

# Guide des bonnes pratiques en itinérance

Document intégral

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec 

# GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

- DOCUMENT INTÉGRAL

---

## INTRODUCTION

Le Guide des bonnes pratiques en itinérance identifie et décrit plusieurs pratiques recommandées afin de favoriser une intervention proactive à l'égard des personnes qui vivent une situation d'itinérance ou qui sont à risque de la vivre. Il s'adresse à tous les intervenant·e·s susceptibles d'entrer en contact avec une personne en situation ou à risque d'itinérance. Il a été conçu pour rejoindre un large public (travailleuses sociales, infirmières, ergothérapeutes, médecins, intervenant·e·s de ressources communautaires, etc.). Bien que le Guide ait été développé initialement pour les équipes « généralistes », non spécialisées en itinérance, il peut être pertinent pour un large public d'intervenants quel que soit le niveau d'expertise.

Cet ouvrage a été produit afin d'outiller et nourrir le jugement clinique des intervenant·e·s. Il sert également à actualiser les pratiques à mettre en œuvre. Le Guide pourra aussi contribuer à l'orientation des nouveaux employé·e·s ou stagiaires, à développer un langage commun et à faciliter l'arrimage entre différents partenaires.

## LE GUIDE DES BONNES PRATIQUES S'INSCRIT DANS L'INTENTION DE MOBILISER LES INTERVENANT·E·S QUANT À LA POSSIBILITÉ D'AGIR POSITIVEMENT « À LEUR NIVEAU ».

Le Guide des bonnes pratiques en itinérance a été conçu principalement pour une consultation web ([www.cremis.ca/guideitinérance](http://www.cremis.ca/guideitinérance)). Il est fortement suggéré de consulter la version web afin d'avoir accès aux capsules vidéos et à différentes synthèses. En parallèle au Guide, d'autres outils ont été produits afin d'aider les intervenant·e·s à repérer et prévenir l'instabilité résidentielle. Ceux-ci peuvent également être consultés sur le site du CREMIS ([www.cremis.ca/iris](http://www.cremis.ca/iris)).

## CONTEXTE D'ÉLABORATION

C'est en 2014 que le CSSS Jeanne-Mance, depuis CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), par l'entremise du CREMIS, a été mandaté par le ministère de la Santé et des

Services Sociaux (MSSS) afin de produire une diversité de ressources visant à soutenir et outiller les intervenant·e·s susceptibles d’être en lien avec des personnes en situation d’itinérance ou à risque de l’être. Ce mandat découle du Plan d’action interministériel en itinérance (2015-2020) et s’inscrit dans le cadre 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 du MSSS.

Ce Guide est le fruit d’un maillage étroit entre la recherche et l’expertise tirée du milieu clinique. Il s’appuie sur une contribution importante de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de différents organismes communautaires de la province ainsi que de chercheur·e·s membres du CREMIS et collaborateur·rice·s extérieur·es. Tout au long de l’élaboration des contenus, plusieurs validations ont également été effectuées auprès de professionnel·le·s susceptibles d’utiliser les ressources. Ces validations ont permis d’affiner les contenus afin qu’ils puissent répondre aux besoins et préoccupations des intervenant·e·s.

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

*(de 2014 à 2019)*

**Roch Hurtubise**, Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

*(de 2019 à 2021)*

**Laurence Roy**, Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Chercheure, CREMIS, CCSMTL

*(2020 à 2021)*

**Guillaume Ouellet**, Chercheur au CREMIS, Professeur associé à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal

## AUTEUR.E.S

**Roch Hurtubise**, Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Laurence Roy**, Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Chercheure, CREMIS, CCSMTL

**Lucie Trudel**, Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CCSMTL

**Marie-Claude Rose**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Alexis Pearson**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

## COORDINATION

**Rachel Benoit**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Alexis Pearson**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Francine Côté**, remplacée par Daphné Morin, Cheffe de service, CREMIS, CCSMTL

## RECHERCHE ET RÉDACTION

**Rachel Benoit**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Sira Camara**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Marianne Carle Marsan**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Lisandre Labrecque-Lebeau**, Professeure associée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Chercheure, CREMIS, CCSMTL

**Gabrielle Perras St-Jean**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Émilie Proteau-Dupont**, Professionnelle de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Alexandre Thériault**, Professionnel de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Michelle Tremblay**, Auxiliaire de recherche, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, CREMIS, CCSMTL

## RÉVISION LINGUISTIQUE

**Nathalie Freitag**

## GRAPHISME ET INFOGRAPHIE

**Paulina Aguilar**

**Anthony Demeter**

## MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

**Rachel Benoit**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Jason Champagne**, Directeur, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Francine Côté**, Cheffe de service, CREMIS, CCSMTL

**Marise Guindon**, Directrice adjointe, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CCSMTL

**Roch Hurtubise**, Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Christopher McAll**, Professeur titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal, Directeur scientifique, CREMIS, CCSMTL

**Daniel Plante**, Chef d'administration de programme Itinérance, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CCSMTL

**Marie-Claude Rose**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Sylvie Simard**, Directrice, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CCSMTL

## APPROBATION DES ORIENTATIONS DU PROJET

**Roch Hurtubise**, Directeur scientifique du projet, Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Sylvie Simard**, remplacée par **Annie-Kim Gilbert**, Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche, CCSMTL

**Marise Guindon**, Directrice adjointe, Recherche, développement et transfert de connaissances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CCSMTL

**Francine Côté**, remplacée par Daphné Morin, Cheffe de service, CREMIS, CCSMTL

**Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois**, Directrice par interim des services en dépendance et en itinérance, MSSS

**Marie-Andrée Gourde**, Coordinatrice en itinérance et adjointe à la direction, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

**Christina Grenier**, Conseillère, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

**Marie-Élise Desgagnés-Bolduc**, Conseillère, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

## MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION

**Samuel Blain**, Médecin de famille et de proximité, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Alana Boileau**, Coordinatrice Justice et Sécurité publique, Femmes autochtones du Québec

**Nathalie Buissière**, Coordinatrice, Santé Femmes autochtones du Québec

**Suzanne Carrière**, Gestionnaire retraitée, CSSS Jeanne-Mance

**François Dorval**, Avocat, Société Makivik

**Stéphanie Dupré**, Infirmière clinicienne, Équipe itinérance, CCSMTL

**Olivier Farmer**, Psychiatre, CHUM

**Mélanie Gaudreau**, Infirmière-ASI, CSSS Gatineau

**Richard Gray**, Gestionnaire des services sociaux, CSSSPNQL

**Nicolas Houde**, Travailleur de rue et de milieu, PECH

**Guillaume Mailhot**, Pair aidant, Groupe d'intervention par les pairs

**Evelyn Manu**, Éducatrice spécialisée, CCSMTL

**Martin Métivier**, Directeur, Urgence psychosociale, Service de police de Laval

**Viviane Michel**, Présidente, Femmes autochtones du Québec

**Sophie Picard**, Gestionnaire, Services de santé, CSSSPNQL

**Steve Richard**, Coordonnateur, RAP Jeunesse des Laurentides

**Annie Ruel**, Spécialiste en activités cliniques, CCSMTL

**Donat Savoie**, Consultant, Société Makivik Michel Simard, Directeur, Centre Le Havre – Trois-Rivières

**Marjolaine Sioui**, Directrice générale, CSSSPNQL  
Niva Sioui, Gestionnaire du développement social, CSSSPNQL

**Marie St-Louis**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CCSMTL

**Mélissa Tam**, Spécialiste en activités cliniques, Équipe EMRII et Itinérance adulte, CCSMTL

**Nancy Tremblay**, Coordonnatrice, Service du refuge, Maison du Père

## CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DU GUIDE

**Judith Arseneault**, Agente de relations humaines, Équipe UPS-Justice, EMRII et Chez soi, CCSMTL

**Nathalie Belletête**, Directrice, Comptoir alimentaire Drummond

**Manon Bergeron**, Éducatrice spécialisée, Centre d'amitié autochtone de Sept-Îles

**Hubert Boudreault**, Directeur, Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi

**Josianne Loïselle-Boudreault**, Coordonnatrice, Santé Femmes autochtones du Québec

**Morris Bowen**, Coordonnateur, Centre d'amitié autochtone de Montréal

**Julie Brissette**, Chef de module de l'urgence dépendance et des unités de désintoxication, CCSMTL

**Adrienne Campbell**, Directrice, Projets autochtones du Québec

**Marco Capinteyro**, Coordonnateur, Table itinérance Rive-Sud (TIRS)

**Marie-Joëlle Carbonneau**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CCSMTL

**Annie Caron**, Intervenante sociale, Côté cour, CCSMTL

**Isabelle Catellier**, Chef d'administration de programme, Santé mentale, CCSMTL

**Anne-Marie Charland**, Directrice, La Piaule de Val-d'Or

**Caleb Clark**, Directeur du centre de jour, Open Door

**Karine Cliche**, Coordonnatrice du service de distribution alimentaire, Comptoir alimentaire Drummond

**Sylvie Cornez**, Consultante, Société Makivik

**Geneviève Côté**, Médecin de famille et de proximité, Clinique Accueil Santé de Laval

**Philippe-Benoit Côté**, Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Charles Coulombe**, Organisateur communautaire, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

**David Crane**, Agent d'action directe, Cabot Square

**Julie De Serres**, Chef d'administration de programmes des services généraux et de crise, CISSS de la Montérégie-Est

**Carlos DeAngelis**, Policier communautaire, Service de police de la ville de Montréal

**Denis Desroches**, Chef de police, Service de police de l'agglomération de Longueuil

**Claire Desrosiers**, Directrice générale, Hébergement La Casa Bernard-Hubert – Montérégie

**Catherine Dubé**, Intervenante, Travail de Rue Ile de Laval (TRIL)

**Marie-Pier Dubé**, Travailleuse de rue, Travail de Rue Ile de Laval (TRIL)

**Marie-Lou Dumont**, Agente de relations humaines, Équipe Jeunes de la rue, CCSMTL

**Stéphanie Dupré**, Infirmière clinicienne, Équipe itinérance, CCSMTL

**Rudy Escoffier**, Éducateur spécialisé, Équipe EMRII, CCSMTL

**Dave Fillion**, Directeur adjoint, Services sociaux généraux et dépendances, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Nathalie Gallant**, Infirmière clinicienne, Équipe EMRII, CCSMTL

**Sandrine Gaudélet**, Directrice générale, L'aviron – Hébergement communautaire Laval

**Louise Gendron**, Infirmière clinicienne, Guichet d'accès santé mentale, CCSMTL

**Yoan Girard**, Directeur de la planification et de la programmation, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

**Marie-Ève Goyer**, Médecin de proximité et cheffe de service en itinérance, Praticienne chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Véronique Houle**, Directrice, Médecins du monde

**Sharon Hunter**, Directrice adjointe, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

**Nancy Keays**, Infirmière clinicienne, Équipe itinérance, Praticienne chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Frédéric Keck**, Responsable du dossier PSOC et itinérance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Richard Kelly-Shepard**, Travailleur de rue, Cactus Montréal

**Linda L'Italien**, Organisatrice communautaire, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

**Danny Lacroix**, Directeur général, Centre Le Havre – Trois-Rivières

**Mélanie Lajoie**, Agente sociocommunautaire, Service de police de Laval

**Julie Lavoie**, Chargée de projet, Centre d'amitié autochtone de Sept-Îles

**Kim Lévesque**, Intervenante, La Piaule de Val-d'Or

**Frédéric Maari**, Spécialiste en activités cliniques, Programme dépendance, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Marie-Pier Martin Fortier**, Infirmière de liaison, Santé mentale, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Geneviève McClure**, Coordinatrice de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Philippe Meilleur**, Directeur, Centre de développement communautaire autochtone de Montréal

**Nicolas Mercier-Lamarche**, Avocat, Coordonnateur, Programme d'accompagnement en justice d'itinérance, Cour municipale de Montréal

**Martin Métivier**, Directeur, Urgence psychosociale, Service de police de Laval

**Doris Nadeau**, Directrice, Transit Sept-Îles

**Marie-Louise Nanipou**, Directrice, Centre d'amitié autochtone de Sept-Îles

**Linda Ounis**, Agente de relations humaines, Évaluation des signalements Direction de la protection de la jeunesse, CCSMTL

**Carole Pagé**, Directrice, Travail de Rue Ile de Laval (TRIL)

**Claudie Paul**, Responsable du dossier santé et services sociaux, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

**Valérie Pelletier**, Travailleur de milieu, Travail de rue/action communautaire (TRAC) Sud-Ouest

**Manuel Penafiel**, Organisateur communautaire, CCSMTL

**Sylvain Picard**, Psychoéducateur, Équipe itinérance, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Brett Pineau**, Directeur général, Centre d'amitié autochtone de Montréal

**Tina Pisuktie**, Intervenante sociale, Chez Doris

**Daniel Plante**, Chef d'administration de programme Itinérance, CCSMTL

**Margaux Pontoreau-Bazinet**, Infirmière de proximité, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Jacinthe Poulin**, Conseillère en santé et services sociaux, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

**France Robertson**, Directrice, Centre d'amitié autochtone de Lanaudière

**Wayne Robinson**, Intervenant social, Centre de développement communautaire autochtone de Montréal

**Philippe Sauvé**, Adjoint et conseiller à la planification régionale et locale, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

**François Savoie**, Chef d'administration des programmes Info-Social et Équipe mobile de crise itinérance, CISSS de Lanaudière

**Geneviève Savoie-Dugas**, Psychoéducatrice, Équipe itinérance, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

**Judith Sigouin**, Agente de relations humaines, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Anick Sioui**, Psychologue communautaire, Centre de santé communautaire d'Odanak

**Martine St-Georges**, Coordonnatrice, Programme Passage, CISSS des Laurentides

**Marc St-Louis**, Directeur général, Coop de solidarité l'Autre-Toit – Drummondville

**Lyne St-Louis**, Agente de justice, Société Makivik

**Marie St-Louis**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CCSMTL

**Lisa Marie Stolack**, Intervenante, Toit rouge

**Mélissa Tam**, Spécialiste en activités cliniques, Équipe EMRII et itinérance adulte, CCSMTL

**Carole Turbide**, Spécialiste en activités cliniques, Accueil psychosocial, CCSMTL

**Johanne Turcotte**, Conseillère clinique en soins infirmiers, CCSMTL

**Marlène Vaillancourt**, Intervenante psychosociale, Plein milieu

**Aline Van de Voorde**, Infirmière clinicienne, CCSMTL

**Luc Villemaire**, Directeur général, Gîte Ami – Gatineau

**Sylvain Volant**, Intervenant psychosocial, Projets autochtones du Québec (PAQ)

**Cindy Walford**, Agente-conseillère en santé mentale, Service de police de l'agglomération de Longueuil

## CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE À LA VALIDATION DES CONTENUS

**Amal Abdel Baki**, Psychiatre chercheure, Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Cheffe de service, Troubles psychotiques, CHUM

**Philippe Archambault**, Professeur agrégé, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill

**David Barbeau**, Médecin, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Monique Barriault**, Agente de relations humaines, Programmes Santé mentale et Dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

**Céline Bellot**, Directrice, École de Travail social, Université de Montréal, Chercheure, CREMIS, CCSMTL

**Daniel Boisvert**, Coordonnateur, Programme Dépendance, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

**Carolina Bottari**, Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

**Mélanie Brault**, Agente de relations humaines, Programmes Santé mentale et Dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

**Emily Brunton**, Travailleuse sociale, Services courants, CCSMTL

**Isabelle Catellier**, Chef d'administration de programmes, Guichet d'accueil Santé mentale adulte, CCSMTL

**Sylvie Cornez**, Consultante, Société Makivik

**Francine Côté**, Cheffe de service, CREMIS, CCSMTL

**Philippe-Benoit Côté**, Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**André Delorme**, Directeur, Direction générale des services de santé mentale, MSSS

**Mélissa Descôteaux**, Travailleuse sociale, Cheffe d'équipe, Équipe itinérance de Trois-Rivières, Programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Julie Duford**, Candidate au doctorat, sexologie, Université du Québec à Montréal

**Olivier Farmer**, Psychiatre, CHUM

**Jean Gagné**, Professeur, Département sciences humaines, lettres et communications, TELUQ, Chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Philippe Gendron**, Travailleur social, Équipe itinérance, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

**Carine Genest**, Spécialiste en activités cliniques UPS-J / ESUP/PAJSM, CCSMTL

**Marie-Ève Goyer**, Médecin de proximité et chef de service en Itinérance, Praticienne chercheure, CREMIS, CCSMTL

**Stéphane Handfield**, Professionnel de recherche, CREMIS, CCSMTL

**Nicolas Houde**, Travailleur de rue et de milieu, PECH

**Didier Jutras-Aswad**, Chef par intérim, Département de psychiatrie, CHUM, Chercheur régulier, Institut universitaire sur les dépendances, CCSMTL

**Nancy Keays**, Infirmière clinicienne, Équipe itinérance, Praticienne chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Linda L'Italien**, Organisatrice communautaire, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

**Danny Lacroix**, Directeur général, Centre Le Havre – Trois-Rivières

**Frédéric Maari**, Agent de planification, de programmation et de recherche, Institut universitaire sur les dépendances, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Sue-Ann MacDonald**, Professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal, Chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Marie-Pier Martin Fortier**, Infirmière de liaison, Santé mentale, Urgence hospitalière, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Nicolas Mercier Lamarche**, Avocat, Coordonnateur, Programme d'accompagnement en justice d'itinérance, Cour municipale de Montréal

**Martin Métivier**, Directeur, Urgence psychosociale, Service de police de Laval

**Daniel Monat**, Coordonnateur service social, Hôpital Verdun, CCSMTL

**Mathieu Morel Bouchard**, Coordonnateur, Programmes Santé mentale et Justice, CISSS des Laurentides

**Daphné Morin**, Cheffe de service, CREMIS, CCSMTL

**Pierre Nadeau**, Avocat, Ministère de la Justice

**Dahlia Namian**, Professeure agrégée, École de service social, Université d'Ottawa, Chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Guillaume Ouellet**, Professeur associé, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Chercheur d'établissement, CREMIS, CCSMTL

**Pierre Pariseau Legault**, Professeur, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

**Sylvain Picard**, Psychoéducateur, Équipe Itinérance, Praticien chercheur, CREMIS, CCSMTL

**Mario Poirier**, Psychologue, Professeur titulaire, Département sciences humaines, lettres et communications, TELUQ

**Margaux Pontoreau-Bazinet**, Infirmière de proximité, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Jacinthe Poulin**, Conseillère en santé et services sociaux, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

**Roxanne Prince**, Résidente en médecine, CCSMTL et Clinique Accueil Santé de Laval

**Steve Richard**, Coordonnateur, RAP Jeunesse des Laurentides

**Louise Riopel**, Agente de relations humaines, Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale, Praticienne chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Marie-Claude Robert**, Infirmière, Soutien à domicile, CIUSSS de l'Est-de-Montréal

**Michel Robitaille**, Éducateur de réinsertion sociale et responsable du projet DAVA, Programme Jeunesse, CCSMTL

**Steven Ross Samuels**, Infirmier, Guichet d'accueil Santé mentale adulte, CCSMTL

**Shirley Roy**, Professeure titulaire, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Chercheuse, CREMIS, CCSMTL

**Alexis B. Salamin**, Agent de relations humaines, Services courants, CCSMTL

**Donat Savoie**, Consultant, Société Makivik  
**François Savoie**, Chef d'administration des programmes Info-Social et Équipe mobile de crise itinérance, CISSS de Lanaudière  
**Koutaiba Sawan**, Infirmière, Programme Santé mentale et Dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest  
**Michel Simard**, Directeur, Centre Le Havre – Trois-Rivières  
**Thierry Simard**, Coordonnateur en dépendance, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS  
**Marjolaine Sioui**, Directrice générale, CSSSPNQL  
**Martine St-Georges**, Coordonnatrice, Programme Passage, CISSS des Laurentides

**Marie St-Louis**, Agente de planification, de programmation et de recherche, CCSMTL

**Mélissa Tam**, Spécialiste en activités cliniques, Équipe EMRII et itinérance adulte, CCSMTL

**Sarah Tanguay**, Coordonnatrice ministérielle aux dossiers sociaux et aux relations internationales, Ministère de la Sécurité publique

**Benoit Tousignant**, Professeur adjoint, École d'optométrie et École de santé publique, Université de Montréal

**Timothy Wideman**, Professeur agrégé, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill

Nous remercions également toutes les personnes des différentes directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que les autres ministères et organismes gouvernementaux membres de la Table interministérielle en itinérance qui ont collaboré à l'élaboration ainsi qu'à la validation du Guide des bonnes pratiques en itinérance.

## Principes clés: un premier pas dans le Guide

- Principes clés du Guide des bonnes pratiques en itinérance

## Fiches sur les pratiques de base à adopter

- Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services
- Répondre aux besoins et orienter dans les services
- Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance
- Accompagner des personnes en situation d'itinérance

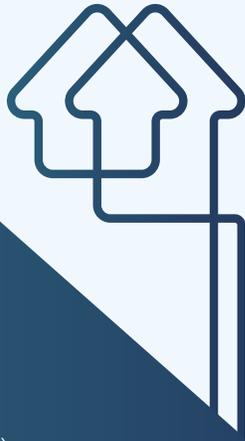
## Fiches sur les situations défi rencontrées dans l'intervention

- Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert
- Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes
- Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent
- Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental
- Accompagner des personnes en contact avec la justice
- Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme
- Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier
- Agir sur l'instabilité résidentielle pour prévenir le passage vers l'itinérance
- Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle
- Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance

## Compléments d'information sur certaines populations

- Femmes
- Hommes
- Jeunes
- Personnes âgées
- Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
- Personnes ayant une déficience physique
- Personnes immigrantes
- Personnes LGBTQ+
- Personnes des Premières Nations et Inuit

HURTUBISE, Roch, ROY, Laurence, TRUDEL, Lucie, ROSE, Marie-Claude et PEARSON, Alexis (2021).  
*Guide des bonnes pratiques en itinérance*. Montréal : CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



## Fiche Principes clés

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# PRINCIPES CLÉS DE L'INTERVENTION EN ITINÉRANCE

## SOUTENIR, ACCOMPAGNER ET FAVORISER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES

Travailler auprès d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être nécessite de croire en elle, de la voir dans sa globalité et de l'accompagner sur le chemin qu'elle souhaite prendre, tout en lui offrant le soutien adéquat et en défendant ses droits lorsque nécessaire.

Soutenir le pouvoir d'agir d'une personne signifie reconnaître son droit de disposer de sa vie et de faire des choix qui sont en accord avec ses priorités et valeurs malgré les difficultés – parfois majeures – qu'elle peut vivre. Il s'agit donc de se concentrer moins sur les limites et les incapacités de la personne et davantage sur son potentiel et ses aptitudes.

## TOUTES LES OCCASIONS DOIVENT ÊTRE SAISIES, CHAQUE INTERVENTION COMPTE

Plus une personne reste longtemps en situation d'itinérance, plus il est difficile pour elle de s'en sortir sans soutien. Une attitude proactive est nécessaire afin d'éviter que la santé

mentale et physique des personnes qui vivent l'itinérance se dégrade. Sans compter que plusieurs d'entre elles se retrouvent dans l'espace public où elles font face à différentes formes de discrimination et sont susceptibles d'être judiciairisées.

Il faut donc saisir toutes les occasions qui s'offrent pour que les droits à la santé et à l'intégrité des personnes en situation d'itinérance soient respectés. Aucune intervention n'est banale, aucun geste n'est trop petit lorsqu'on intervient auprès de personnes qui vivent des situations complexes. Ces gestes ont d'autant plus d'impact lorsqu'ils s'additionnent et que plusieurs personnes les posent. Il faut profiter du moment présent pour créer le lien, faire un pas vers et avec des personnes souvent difficiles à joindre, difficiles à connaître. C'est ainsi que commencent le processus de réaffiliation et la reconnaissance de la dignité des personnes. Prévenir le passage à l'itinérance, en réduire l'ancrage et accompagner les personnes vers la sortie est possible et chaque intervention compte.

## **L'ACCUEIL COMME LEVIER D'INCLUSION**

L'intervention auprès de gens en situation d'itinérance permet rarement de constater de grands résultats à court terme, mais l'attention, l'accueil bienveillant et sans jugement que l'intervenant offre à la personne laissent une trace, une empreinte à ne pas sous-estimer. Même bref, ce moment où elle aura pu se raconter à un professionnel qui aura manifesté intérêt et ouverture à son égard aura un impact significatif sur la suite des choses. Cette expérience d'inclusion permettra de donner un visage « humain » au réseau de la santé et des services sociaux que l'intervenant représente, ce qui constitue un pilier de la construction ou reconstruction de l'accessibilité des services.

## **LA CRÉATION D'UN LIEN, UN PRÉALABLE À L'ÉTABLISSEMENT ET AU MAINTIEN D'UNE RELATION SIGNIFICATIVE**

Plusieurs personnes en situation d'itinérance ont vécu des expériences affectant leur rapport aux autres et à elles-mêmes. Sachant que les comportements qualifiés de « difficiles » sont souvent des mécanismes d'adaptation à des expériences et souvenirs douloureux, l'intervenant doit créer un « espace relationnel » où la personne se sent accueillie, respectée, en confiance et sait qu'elle conserve toute son autonomie. Pour ce faire, il est essentiel de travailler en collaboration avec la personne, de faire équipe avec elle, en étant notamment prévisible, authentique, transparent et en respectant ses engagements.

## **LE RESPECT DU RYTHME, AU CŒUR DE LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE AVEC LES PERSONNES**

Devant une personne en situation de vulnérabilité, le réflexe de l'intervenant peut être de passer rapidement à l'action dans l'objectif d'améliorer les conditions de vie de cette personne. En dehors de certaines situations qui requièrent une intervention d'urgence, il est cependant primordial de respecter le rythme de la personne qui peut ne pas être prête à s'engager dans une démarche concrète à court terme ou ne pas souhaiter prendre la direction que l'intervenant lui propose. Cet empressement peut refléter davantage l'état émotif de l'intervenant confronté à la dure réalité vécue par la personne en situation d'itinérance que les besoins et les priorités de celle-ci. Respecter le rythme de la personne en situation d'itinérance, c'est favoriser la création de l'alliance essentielle à l'accompagnement.

## **LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE, PLUS QUE LA SOMME DES PROBLÈMES QU'ELLES AFFRONTENT**

Les personnes qui se présentent dans les services doivent souvent composer avec des difficultés de divers ordres (itinérance, problèmes de santé, troubles mentaux, dépendances, problèmes de comportement). Le cumul de ces problèmes constitue un défi particulièrement imposant dans l'intervention. Il est d'autant plus important de voir la personne dans sa globalité, et de l'approcher en gardant en tête qu'elle est bien plus que la somme de ses problèmes. C'est pourquoi il est essentiel, a priori, de ne hiérarchiser ni les problèmes ni la recherche de solutions, mais bien de circonscrire les priorités avec elle. La personne est effectivement en difficulté, mais a des acquis, des forces, des ressources, des potentiels et elle a déployé des stratégies pour faire face à sa situation. L'itinérance n'est qu'un morceau de son histoire et non pas ce qui la définit.

## **LA CONVICTION QUE LE CHANGEMENT EST ENCORE POSSIBLE, UNE POSTURE QUI NOURRIT L'ESPOIR**

L'intervenant doit croire en la personne et en la pertinence de lui offrir les services. Pour ce faire, il doit garder en tête que la route ne sera pas linéaire et qu'il existe plus d'un chemin pour améliorer les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance. Il doit nourrir

la conviction qu'elles apprennent de leurs expériences, donc qu'elles changent, qu'elles avancent. Tout changement, si petit soit-il, constitue une victoire à saluer.

L'intervenant doit se rappeler également que les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être peinent à s'accorder de la valeur. Aussi est-il important de cultiver ce regard bienveillant et fondé sur l'espoir afin qu'elles aussi puissent se reconnaître une valeur et se considérer comme capables d'atteindre un mieux-être. Finalement, l'intervenant doit se reconnaître le potentiel d'avoir un impact réel et positif sur la trajectoire des personnes, de par son engagement et sa mobilisation.

## **SOUPLESSE, CRÉATIVITÉ ET ADAPTATION, TROIS CONDITIONS INCONTOURNABLES DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX**

La souplesse, la créativité et l'adaptation des services sont trois conditions dont dépend étroitement l'engagement de personnes marginalisées dans une démarche de soins. De plus, sachant que les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être ont souvent des parcours en pointillés (séjours en centres hospitaliers, en établissements de détention, thérapies), il est important de veiller à la continuité des services. Prendre le temps de comprendre le parcours des personnes, d'évaluer leurs vulnérabilités et leurs incapacités (par ex. : problèmes cognitifs, trouble mental, analphabétisme) et d'assurer un niveau de soutien adéquat pose les bases des conditions gagnantes de l'accès aux soins et aux services. De plus, s'autoriser la créativité et la faire sienne dans ses interventions au quotidien permettra d'accéder à un plus grand éventail de moyens et de surmonter certaines barrières liées à une organisation des services parfois contraignante.

## **SAVOIR ÊTRE ATTENTIF À SOI POUR BIEN PRENDRE SOIN DE L'AUTRE**

La complexité des enjeux et la nature des problèmes auxquels l'intervenant est confronté dans sa pratique auprès des personnes en situation d'itinérance requièrent qu'il porte une attention toute particulière à son état émotif et psychologique. Il est essentiel qu'il soit disponible et attentif à ses propres réactions devant des émotions parfois difficiles telles que l'impuissance, la colère, le découragement, le sentiment d'être isolé, etc. Afin de pouvoir soutenir des personnes en situation de vulnérabilité, l'intervenant doit trouver des stratégies qui lui permettront de renouveler son énergie, de se préserver, de partager ce qu'il vit,

de réfléchir dans et sur l'action et identifier les diverses personnes qui lui offriront du soutien, selon les besoins qui émergent et la situation qui se présente.

## **COOPÉRATION, COLLABORATION ET CONCERTATION : UN RÉSEAU À TISSER POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SERVICES**

Agir sur l'itinérance nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs appelés à interagir avec la personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Le travail d'équipe, la collaboration entre partenaires du réseau et la concertation intersectorielle prennent tout leur sens lorsqu'il est question de favoriser la continuité des services auprès de cette population vulnérable.

Si plusieurs de ces personnes vivent des situations complexes, elles ne sont par ailleurs pas indéchiffrables. En ce sens, s'allier à d'autres professionnels lorsque la situation, la demande ou les besoins d'une personne le requièrent est essentiel. Les rôles des organismes communautaires et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment, sont complémentaires. Des organismes communautaires œuvrent en itinérance et auprès des personnes en situation de précarité résidentielle depuis des dizaines d'années : leur expertise gagne à être mise à profit.

# POUR EN SAVOIR PLUS

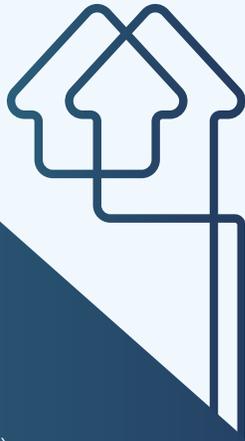
---

## BIBLIOGRAPHIE

Gronda, H. (2009). *What makes case management work for people experiencing homelessness?* Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute. Repéré à : <http://nla.gov.au/nla.arc-108203>

Milaney, K. (2011). [The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness.](#) *Professional Case Management*, 16(6), 281-287; quiz 288-289. doi :10.1097/NCM.0b013e31821ee840

Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: basic skills and practices.* Chicago: Lyceum Books. 412.



## Fiche Accueillir

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ACCUEILLIR DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE DANS LES SERVICES

19

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

Les premiers contacts entre les personnes en situation d'itinérance et les intervenants sont parfois difficiles à cause des appréhensions et des représentations a priori qui peuvent exister de part et d'autre. L'ampleur et la complexité des problèmes vécus par la personne peuvent susciter chez l'intervenant un sentiment d'impuissance et lui faire croire, à tort, qu'il n'a pas les outils et l'expertise nécessaires pour gérer la situation ou encore que les besoins de la personne ne correspondent pas à l'offre de services de l'organisation.

### COMMENT FAVORISER L'ACCUEIL DE CES PERSONNES DANS LES SERVICES ?

L'intervenant peut être déstabilisé par la façon dont la personne entre en relation avec lui, il peut être mal à l'aise devant son apparence physique ou les manifestations d'une hygiène négligée. Il peut parfois estimer qu'il vaut mieux diriger la personne vers des services spécialisés alors qu'il est souvent possible de faire une première action dans l'immédiat. De son côté, la personne en situation d'itinérance peut hésiter parce qu'elle a eu des expériences négatives avec les services et les institutions ou encore parce qu'elle ne sent pas le besoin d'aller vers les services.

Dans un tel contexte, l'accueil est central. Il est souvent le levier qui permet une amélioration

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

des conditions de vie des personnes, qui évite qu'elles se retrouvent en situation d'itinérance ou qui peut en favoriser la sortie.

Comment favoriser l'accueil de ces personnes dans les services ?

## **J'AI DES QUESTIONS...**

### **POUR QUELLES RAISONS DEVRAIS-JE ÊTRE PLUS SOUPLE DANS L'ACCUEIL QUE J'OFFRE AUX PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?**

Plusieurs personnes en situation d'itinérance témoignent d'une expérience des services qui se caractérise par l'incompréhension et le rejet. Une personne qui ne s'est pas sentie bien accueillie ou respectée attend souvent longtemps avant de tenter à nouveau de recourir aux services. Entre-temps, sa santé peut se dégrader et ses problèmes s'aggraver. Voilà pourquoi il faut saisir l'occasion de la première rencontre pour tenter de comprendre les besoins, de les évaluer adéquatement et d'y répondre le mieux possible. Cela peut exiger une certaine souplesse et une ouverture de la part de ceux qui accueillent les personnes en situation d'itinérance. Avoir des comportements dérangeants ou arriver en retard ne devrait pas être interprété comme un désengagement ou un manque d'intérêt de la part de la personne à recevoir les services.

### **EN QUOI LE FAIT DE DEMANDER DE L'AIDE CONSTITUE-T-IL UN DÉFI POUR CES PERSONNES ?**

La littérature scientifique permet de constater que les personnes en situation d'itinérance se sentent souvent « étiquetées, stigmatisées, non respectées et invisibles » (Martins, 2008). Elles arrivent à l'accueil des services en craignant que les gens aient divers préjugés à leur égard et elles appréhendent d'être mal reçues.

Le parcours d'une grande majorité de personnes en situation d'itinérance est parsemé d'expériences traumatiques. Ces expériences les mènent, bien malgré elles, à adopter des comportements de méfiance, d'évitement ou d'hypervigilance. Les comportements d'impatience, les attitudes dérangeantes, le refus de collaboration ne doivent pas être interprétés comme un manque d'intérêt ou une absence de volonté de collaboration. Plusieurs défis auxquels les intervenants sont confrontés lors de l'accueil sont liés à la capacité de composer avec ces comportements.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. ADOPTER DES ATTITUDES ET DES COMPORTEMENTS D'OUVERTURE, DE FLEXIBILITÉ ET D'EMPATHIE LORS DE LA PRISE DE CONTACT

### 1.1 ACCUEILLIR AVEC RESPECT ET SANS PRÉJUGÉS

L'accueil donne le ton à la qualité des services offerts, ainsi qu'aux valeurs de respect véhiculées par une organisation. Il donne une idée de la qualité des soins et des services offerts par les intervenants. Les personnes en situation d'itinérance sont très sensibles à la façon dont elles sont accueillies. Confrontées quotidiennement aux regards que porte la société sur eux et à la honte que cela leur fait vivre, certaines personnes en viennent à réagir fortement lorsqu'elles ressentent une injustice à leur égard. Plusieurs intervenants constatent que lorsqu'elles se sentent incluses et respectées, elles collaborent mieux, elles s'impliquent et elles répondent plus favorablement aux services.

Accueillir chaleureusement ces personnes leur permet de voir que les relations dans ce contexte seront respectueuses et qu'elles méritent elles aussi le respect. Leur offrir une expérience positive des services est essentiel. Plus on aide les personnes à renouer avec des relations saines, plus elles reprennent confiance.

*Soyez conscient de l'importance du premier contact avec la personne*

- Il est important pour les personnes de se sentir respectées lorsqu'elles sont reçues (que ce soit par l'agent de sécurité, le préposé à l'accueil, etc.).
- Favorisez le vouvoiement.
- Cultivez la tolérance à l'égard de la différence.
- Le temps que vous aurez à consacrer à l'accueil des personnes est un facteur qui peut conditionner la manière dont vous choisirez de vous y prendre. Toutefois, rappelez-vous qu'il suffit parfois de quelques minutes pour qu'une personne se sente accueillie et entendue.

- N'orientez pas d'emblée vers un autre territoire une personne qui mentionne ne pas avoir d'adresse sur le vôtre. Prenez le temps de voir ce qui l'amène à faire appel à vous et si elle a bien une adresse fixe ailleurs. Soyez attentif. Vous avez peut-être devant vous une personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (situation de perte de logement, d'hébergement temporaire chez différents amis du secteur, etc.).

## 1.2 CULTIVER DE L'EMPATHIE À L'ÉGARD DE PERSONNES QUI N'EXPRIMENT PAS DE DÉTRESSE OU DE SOUFFRANCE

Certaines personnes conservent une distance psychologique par rapport à elles-mêmes, à leur situation ainsi que dans leurs relations avec les autres. Cette distance émotionnelle peut servir inconsciemment à nier les difficultés vécues, à anesthésier les émotions et rend les problèmes, les besoins et la souffrance invisibles aux yeux des intervenants. Les intervenants peuvent ressentir moins d'empathie pour la personne puisque cette dernière semble trouver sa situation normale, qu'elle n'a pas l'air d'être en détresse et qu'elle ne paraît pas vraiment faire ce qu'il faut pour en sortir. L'empathie étant la capacité de voir la situation du point de vue de l'autre, lorsqu'il n'y a pas de souffrance apparente chez la personne devant lui, l'intervenant risque de ne pas vivre d'émotion particulière en se mettant à sa place.

## 1.3 EXPRIMER DE L'INTÉRÊT POUR LA PERSONNE

L'itinérance est souvent une expérience de solitude et de désaffiliation sociale. Il faut accueillir la personne dans ce qu'elle est et dans sa différence, dans le respect de son rythme, de ses comportements, de ses potentiels, de ses forces, de ses ressources, de ses difficultés et de sa souffrance.

- Même quand l'intervention est brève, prenez le temps d'établir un contact positif et significatif. Soyez pleinement présent à la personne, par l'écoute et la manifestation d'un intérêt pour ce qu'elle dit.

- Laissez de côté votre carnet de notes pour éviter la méfiance qui peut être présente envers les services.
- Favorisez l'utilisation d'un langage simple. Le fait d'être confronté à un langage « d'expert » peut faire naître un sentiment d'inadéquation important chez la personne.
- Dans un contexte où vous avez peu de temps, il demeure possible de privilégier une posture d'accueil et de respect et de traiter la personne avec dignité.

## 2. AMÉNAGER L'ATTENTE AFIN DE FAVORISER L'ACCÈS AUX SERVICES

Le temps d'attente pour accéder aux services peut être dissuasif pour les personnes, il peut occasionner des tensions, susciter de l'impatience, de l'anxiété ou de la colère. Les personnes ont besoin d'être rassurées, de comprendre les raisons de ce temps d'attente et les modalités qui l'accompagnent. Il est nécessaire d'accueillir avec sensibilité.

Le fait de se présenter dans les services est déjà en quelque sorte une demande de service. Pour certaines personnes, l'attente est très anxiogène. D'autres sont particulièrement sensibles à l'injustice ou à l'apparence d'injustice. Les gens arrivent parfois sur la défensive, même s'ils sont bien accueillis. Chez certaines personnes ayant vécu la réalité de la rue, les espaces clos et réglementés peuvent générer beaucoup d'inconfort. Avant de se présenter à votre porte, la personne a peut-être vécu une expérience difficile, elle est peut-être intoxiquée ou encore elle doit composer avec un trouble mental, elle a possiblement faim et a peu dormi – autant de paramètres pouvant rendre l'attente difficile.

*Reconnaissez l'inconfort lié à l'attente, portez une attention particulière à cette personne*

- Explicitez la séquence d'attente et rendez-la prévisible dans la mesure du possible afin de limiter l'anxiété et l'impatience.

- Facilitez la période d'attente en tentant de répondre à certains besoins de base par des gestes tels qu'écouter la personne, lui offrir à boire ou à manger, si cela est possible.
- Identifiez avec la personne des moyens de faire passer le temps : proposez-lui d'aller faire une marche, d'aller fumer à l'extérieur.
- S'il y a prise d'un rendez-vous :
  - Favorisez des plages horaires plus calmes dans votre organisation. Cela pourra faciliter l'attente et minimiser les interactions qui peuvent être difficiles, surtout si la personne présente des comportements qui dérangent particulièrement ou qu'elle se sent mal lorsqu'il y a trop d'action autour d'elle.
  - Prenez en considération l'heure d'entrée des ressources d'hébergement d'urgence ou autres ressources d'hébergement, car la personne qui les utilise peut être anxieuse à l'idée d'arriver en retard et qu'il n'y ait plus de place pour elle. Cela pourrait la rendre également moins disponible.
  - Favorisez de courtes rencontres toujours au même moment (journée, heure), ce qui permet certains repères stables.

### *Accueillez les personnes en retard*

- Soyez attentif à ne pas culpabiliser la personne. Dites-lui que ce n'est pas grave et que vous allez tenter de lui trouver un autre moment de rencontre.
- Si c'est possible, permettez-lui d'avoir une petite rencontre, si courte soit-elle : « D'accord, nous allons vous voir tout de suite après la personne qui avait rendez-vous à cette heure-ci. »
- Si la personne a tendance à arriver souvent en retard, favorisez de courtes rencontres à une fréquence plus régulière. Ainsi, il sera plus facile de voir la personne entre deux rendez-vous.

- Offrez également les plages de sans rendez-vous, lorsque c'est possible.

#### *Relativisez les expressions d'impatience*

- Montrez-vous compréhensif et faites preuve d'empathie relativement à l'impatience vécue par la personne.
- Gérez l'impatience et les réactions des autres personnes dans le lieu d'attente.



*Pour plus d'informations sur des techniques aidant à surmonter les barrières présentes à l'accueil (hygiène négligée, colère, agressivité), voir la fiche thématique [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent](#).*

### **3. ENTENDRE LA DEMANDE**

Les personnes ont besoin de se « déposer » (de pouvoir baisser la garde), d'être entendues, de sentir une écoute empathique. Elles ont un quotidien souvent très éprouvant qui rend l'expérience de se raconter anxiogène. L'objectif est de mettre la personne en confiance à l'égard des services, de susciter son intérêt et de lui donner envie de faire de nouveau appel aux services, que ce soit ceux offerts par la même organisation ou par une autre. Cela constitue déjà un pas important.

- Au départ, laissez la personne exprimer sa demande, que celle-ci vous apparaisse réaliste ou non. La priorité est de lui montrer que vous êtes intéressé par les motifs qui l'ont amenée à vous consulter : « Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? Que puis-je faire pour vous ? »
- Évitez de tomber trop rapidement dans l'évaluation des besoins ou la recherche d'objectifs à tout prix.
- Écoutez avant d'orienter vers des services.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Farrell, D.C. (2010). [The paradox of chronic homelessness: The conscious desire to leave homelessness and the unconscious familiarity of the street life.](#) Journal of Human Behavior in the Social Environment. 20(2). 239-254. doi:10.1080/10911350903269872
- Martins, D.C. (2008). [Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study.](#) Public Health Nursing. 25(5). 420-430. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x
- 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. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 68. (Publication n . 978-2-550-72033-1).  
Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
- Nickasch, B., et Marnocha, S.K. (2009). [Healthcare experiences of the homeless.](#) Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 21(1). 39-46. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x
- Parkinson, R. (2009). Nurses attitudes towards people who are homeless: A literature review. Diversity & Equality in Health and Care. 6(4). 14. Repéré à : <http://diversityhealthcare.imedpub.com/nurses-attitudes-towards-people-who-are-homeless-a-literature-review.php?aid=2049>
- Roy, S., Morin, D., Lemetayer, F., et Grimard, C. (2006). Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux. Montréal: Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale. 179.
- Seiler, A.J., et Moss, V.A. (2012). [The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless.](#) Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 24(5). 303-312. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x
- Wen, C.K., Hudak, P.L., et Hwang, S.W. (2007). [Homeless people's perceptions of welcome and unwelcome in healthcare encounters.](#) Journal of General Internal Medicine. 22(7). 1011.1017. doi:10.1007/s11606-007-0183-7



## Fiche Répondre aux besoins

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

27

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

# RÉPONDRE AUX BESOINS ET ORIENTER DANS LES SERVICES

Un enjeu de l'intervention réside souvent dans l'addition des difficultés vécues par les personnes et le défi de déterminer ce qu'il faut prioriser dans la situation. L'intervenant

**COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ET BIEN LES ORIENTER AFIN QU'ELLES ACCÈDENT AUX SOINS ET AUX SERVICES AUXQUELS ELLES ONT DROIT?**

peut aussi se sentir mal outillé lorsque les besoins des personnes ne sont pas clairement exprimés, qu'ils sont particuliers ou ne semblent pas pouvoir être pris en charge par un service existant.

Dans le cadre d'une intervention ponctuelle ou de courte durée, comment répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance et bien les orienter afin qu'elles accèdent aux soins et aux services auxquels elles ont droit?

### J'AI DES QUESTIONS...

NE VAUT-IL PAS MIEUX DIRIGER LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE VERS DES ACTEURS SPÉCIALISÉS POUR ÉVITER DE FAIRE UNE INTERVENTION QUI N'EST PAS ADAPTÉE À LEURS BESOINS ET À LEUR SITUATION ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec

Au sein du réseau de la santé et des services sociaux, l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir relève d'une responsabilité partagée par tous les programmes-services. L'orientation privilégiée est que tous les acteurs se mobilisent pour offrir l'accueil et les services dont les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être ont besoin.

Il est rarement souhaitable d'orienter systématiquement une personne ayant déjà établi une relation avec un intervenant ou un service vers une équipe spécialisée en itinérance. Dans la mesure où une alliance s'est construite avec l'intervenant et sachant qu'elle constitue un véritable levier pour accompagner la personne vers un mieux-être, le maintien de ce lien est à favoriser par l'intervenant, dans le respect de son mandat. Celui-ci gagnera à s'allier à d'autres intervenants lorsque la situation, la demande ou les besoins de la personne le requerront.

## QUELS SONT LES MOTIFS POUR LESQUELS CES PERSONNES N'ONT PAS RECOURS AUX SERVICES AUXQUELS ELLES ONT DROIT ?

On parle du phénomène de non-recours aux droits et aux services lorsque des personnes ne reçoivent pas une prestation ou un service auquel elles pourraient prétendre sur la base d'un droit. Le non-recours aux services peut survenir dans divers contextes et pour différentes raisons. Connaître ces raisons permet à la fois d'identifier le problème et d'agir de manière plus adaptée.

Voici des formes de non-recours aux droits et services liées à l'organisation des services ou à la réalité des personnes en situation d'itinérance :

- **Non-réponse.** Les services sont connus et demandés par la personne, mais non obtenus. Les motifs de cette non-réponse de la part des prestataires de services peuvent être, par exemple, que la personne est considérée comme non motivée par le personnel en place, parce qu'elle a déjà bénéficié du service, mais s'est désistée en cours de route, ou qu'elle ne respectait pas le cadre imposé (par ex. : en retard aux rendez-vous, arrive en état de consommation). La non-réponse peut aussi découler des règles d'admission ou critères d'accès ou d'exclusion propres à un programme ou service, en lien avec l'âge ou les troubles concomitants, par exemple (voir 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). Il y a d'autres situations où le service n'est pas disponible géographiquement ou est non disponible au moment où la personne le demande. Certains types de services peuvent aussi présenter d'autres types d'obstacles en termes d'accès (par ex. : frais de séjour pour des services en dépendance).

- **Absence d'orientation vers les services.** Ici, ce sont les intervenants qui, par intuition ou présomption, ne considèrent pas que la personne bénéficierait de certains dispositifs d'aide et vont choisir de ne pas orienter celle-ci vers un service qui lui serait pourtant accessible ou ne lui présenteront pas l'offre globale de services. Par exemple, l'intervenant peut avoir un a priori selon lequel la personne n'est pas prête ou encore ne sera pas en mesure de cheminer dans le système complexe des soins et services.
- **Ignorance par la personne** des services existants, des procédures pour y accéder. Ce peut être le cas, par exemple, de personnes dont la situation d'itinérance est récente ou qui sont nouvellement arrivées dans une ville. Parfois l'ignorance peut aussi tenir au fait que les personnes ne s'identifient pas à la population cible.
- **Absence de demande.** Les services sont connus des personnes, mais non sollicités. Les motifs peuvent être nombreux : obstacles liés aux conditions de survie dans la rue, expérience négative des services, méfiance, minimisation ou ignorance par la personne de sa condition parce qu'elle n'est plus attentive à ses besoins.



*Pour en savoir plus sur le non-recours aux droits et aux services, consulter le site web de l'[Observatoire des non-recours aux droits et services \(Odenore\)](#).*



*Pour en connaître plus sur les réalités organisationnelles ou structurelles pouvant affecter l'accessibilité, la qualité et la continuité des services offerts aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être, consulter 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](#).*

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. SOUTENIR LA PERSONNE DANS LA FORMULATION D'UNE DEMANDE CLAIRE

### 1.1 CLARIFIER LA DEMANDE

La personne peut avoir différentes demandes, certaines clairement exprimées, d'autres plus confuses ou imprécises. L'intervenant qui, dès la prise de contact, a pris une posture d'écoute attentive doit s'assurer par la suite de bien comprendre cette demande et ce qui a amené cette personne à se présenter devant lui. Y a-t-il un élément déclencheur, une préoccupation particulière, un problème spécifique qui sous-tend la demande ? Pourquoi à ce moment-ci de son parcours effectue-t-elle une telle demande alors que, par exemple, elle vit une situation d'instabilité résidentielle ou est en situation d'itinérance depuis plusieurs mois ?



*L'utilisation de l'[Outil de repérage IRIS](#) (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque) aide l'intervenant à déceler les indices d'instabilité résidentielle à l'étape de la clarification de la demande.*



*Tout en cherchant à clarifier la demande d'une personne et à l'orienter vers les services les mieux adaptés, il est possible de nourrir la motivation de celle-ci à cheminer vers un mieux-être. Pour en savoir plus sur le regard et sur les attitudes à adopter dans le cas où cela pourrait être utile, consulter la fiche [Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes](#).*

### 1.2 SE CENTRER SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE

À partir du moment où la demande et le contexte qui l'entoure apparaissent plus clairs, il est pertinent d'explorer à quel(s) besoin(s) la demande répond. Qu'est-ce qui est recherché par la personne ? Il est tout à fait possible que la personne ne voit pas de lien direct entre sa demande et le besoin sous-jacent (par ex. : besoin de sécurité, besoin d'être rassuré). En se plaçant dans une position de « traducteur », l'intervenant facilite ce repérage et permet de donner un sens plus précis à la demande, dans la mesure où cette lecture est confirmée par la personne elle-même.

À cette étape, l'intervenant peut se sentir responsable de répondre à divers besoins qu'il a identifiés. Par exemple, avoir devant soi une personne en situation d'itinérance peut faire vivre de l'impuissance et donner l'impression que la chose principale à faire est de lui trouver un toit pour lui offrir un lieu sécuritaire. Or, il est possible que cela ne corresponde ni à la demande de la personne, ni à un besoin qu'elle considère comme prioritaire.



*Un second outil, l'[Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#), permet une évaluation plus approfondie des signes identifiés avec l'[Outil de repérage IRIS](#) 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.*

### 1.3 DÉTERMINER QUELLE EST LA DEMANDE PRIORITAIRE EN FAISANT PREUVE DE SOUPLASSE

Il est évidemment possible de répondre à plusieurs demandes. Toutefois, cela n'est pas toujours la meilleure option à retenir. Par exemple, si le temps ou le contexte ne le permet pas ou encore si la personne elle-même semble ambivalente ou quelque peu déstabilisée par l'ampleur des démarches associées à une ou plusieurs de ses demandes, il sera nécessaire de définir avec elle celle qui est prioritaire.

Il est possible que la personne ait une demande ou exprime un besoin alors qu'aux yeux de l'intervenant, d'autres enjeux sont prioritaires. Cela peut être problématique tant pour l'intervenant que pour la personne elle-même. L'intervenant a donc un double défi : accueillir la demande de la personne et tenter d'y accéder tout en amenant celle-ci à reconnaître la présence d'autres besoins et la nécessité d'y répondre rapidement dans certains cas, pour éviter, par exemple, que sa condition de santé se dégrade. Toutefois, il est important de respecter le rythme des personnes. C'est ainsi que pourra se construire la relation de confiance. Il faut également reconnaître que les personnes puissent avoir d'autres priorités et qu'elles ne retiennent pas toujours les recommandations médicales ou sociales des intervenants. Il faut donc continuer à travailler en collaboration avec les personnes et éviter de tomber dans le blâme ou la culpabilisation.

#### *Établir les priorités pour mieux agir*

- Déterminez avec la personne ce sur quoi elle souhaite agir en premier.

- Repérez ce qui peut être fait à court terme, parfois la journée même (par ex. : consulter une infirmière pour des blessures superficielles).
- Repérez ce qui peut être fait à moyen terme (par ex. : aide financière de dernier recours, cartes d'identité).
- Négociez, entre l'idéal et le possible (par ex. : présence d'une plaie qui nécessiterait un changement de pansement tous les jours. La personne dit qu'elle ne pourra venir que deux fois par semaine. Faites un pansement en prenant cet élément en considération).
- Identifiez avec la personne ce qu'elle connaît déjà des options qui s'offrent à elle pour répondre à certains besoins exprimés et complétez l'information, s'il y a lieu.
- Si la personne a déjà vécu d'autres épisodes d'itinérance ou d'instabilité résidentielle dans le passé, explorez les stratégies d'adaptation qu'elle avait utilisées et qui avaient fonctionné. Cela pourrait vous permettre de cibler là où votre soutien est prioritaire ou non.
- Soyez conscient que les priorités pourraient changer d'une visite à l'autre et demeurez ouvert à cette possibilité.
- Gardez en tête qu'assurer sa survie (manger, se loger, se protéger), de même qu'être confronté à des problèmes de dépendance, peut changer le rapport au temps, à l'espace, à l'argent et modulez les priorités. Le « ici et maintenant » est ce qui est tangible pour la personne.
- Si vous avez des inquiétudes ou que vous percevez un risque pour la personne, soyez transparent et partagez-lui vos inquiétudes (par ex. : lorsque cette dernière décide de ne pas prioriser une démarche de consultation médicale).
- Au besoin, n'hésitez pas à consulter des intervenants de services spécialisés ou à faire appel à des pairs-aidants qui pourront vous soutenir dans votre intervention auprès de la personne (santé mentale, dépendance, itinérance).

- Ne portez pas seul un dossier complexe ou avec lequel vous vous sentez mal à l'aise. Repérez les collègues et les partenaires qui sont à l'aise avec cette population vulnérable, ils seront vos alliés.



**Attention !** L'intervenant peut aussi se sentir submergé par l'ampleur des démarches à entreprendre et être envahi par un sentiment similaire à celui de la personne en situation d'itinérance. La définition des priorités sert également de point d'appui à l'intervenant.



*Concernant les situations pour lesquelles il pourrait être requis de protéger une personne en situation de vulnérabilité, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*

#### 1.4 IDENTIFIER LA PRÉSENCE D'UN PROBLÈME DE « PORTES TOURNANTES »

Devant une personne qui revient à répétition dans vos services, l'hypothèse qu'elle soit prise dans une dynamique de portes tournantes entre les différents services doit être envisagée et explorée.

- Abordez le sujet directement avec la personne en lui faisant part de vos observations. Verbalisez votre souhait de la soutenir de manière à ce qu'elle puisse recevoir une aide plus durable qui répondra à ses priorités et être orientée vers les bons services.
- Demandez à la personne si elle a une hypothèse pour expliquer ces nombreux allers-retours entre les services. Comment vit-elle cette situation ?
- Explorez ce qui explique, par exemple, la fin précipitée d'un suivi, le départ d'une ressource d'hébergement ou l'impossibilité de fréquenter certains organismes. (Par ex. : expulsion pour refus de répondre à certaines exigences ? Absences répétées aux rendez-vous ? Rechute de consommation ? Sentiment qu'aucun service/ressource ne peut répondre à ses besoins ou ses priorités ?

Mécompréhension des services offerts, des références faites, des démarches à entreprendre ? etc.)

- Avec l'autorisation de la personne et lorsque cela est possible, validez ces informations auprès des partenaires et services impliqués.



**Astuce d'intervention !** Pour contrer un problème de portes tournantes, la mise en œuvre d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de service individualisé (PSI) est à privilégier. Le PII ou le PSI permet de clarifier les mandats de chacun et d'offrir à la personne une proposition de soutien plus adaptée à ses besoins. De plus, il représente une occasion pour les différents acteurs de se rencontrer et de mieux comprendre leur offre de service respective. Le médecin de famille gagne également à être invité. S'il ne peut y être présent, il est important de l'informer des décisions prises et des conclusions de la rencontre.



**Attention !** Idéalement, faire preuve d'une plus grande souplesse en matière de conditions d'ouverture et de fermeture de dossier lorsqu'une personne est en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Il faut éviter que ces personnes aient à recommencer les procédures souvent laborieuses d'accueil et d'évaluation. Cela nourrit le phénomène des portes tournantes.

## 2. ASSURER UN NIVEAU DE SOUTIEN ADÉQUAT EN METTANT À CONTRIBUTION LES FORCES ET LES CAPACITÉS DE LA PERSONNE

### 2.1 TRAVAILLER EN COLLABORATION AVEC LA PERSONNE

Plusieurs personnes vivant en situation d'itinérance ont des forces et des capacités qui gagnent à être mobilisées dans l'ensemble des démarches inhérentes à leur plan de soins ou à leur plan d'intervention.

- Au départ, ne présumez pas que la personne n'a pas la capacité de s'engager dans une démarche si elle est soutenue, accompagnée.

- L'impliquer concrètement dans son plan d'intervention.
- Identifiez avec elle les prochains pas à faire pour répondre à ses besoins.
- Cherchez conjointement des solutions afin de lui faciliter l'accès aux soins et aux services.
- Repérez ensemble les contraintes qui pourraient nuire à cet accès.
  - Exemple d'enjeu de mobilité : Y a-t-il présence d'une difficulté à se déplacer d'un point à un autre ?
  - Exemple d'enjeu lié à l'organisation horaire : Y a-t-il dans la journée des moments où le respect d'une heure de rendez-vous constitue un défi ?
- Proposez-lui d'informer les services vers lesquels elle sera orientée des démarches en cours ou réalisées afin que ceux-ci les prennent en considération.

## 2.2 ESTIMER AVEC RÉALISME CE QUI PEUT ÊTRE ATTENDU DE LA PERSONNE

S'il est central de laisser aux personnes le pouvoir de décider pour elles-mêmes, il faut par ailleurs éviter de les surresponsabiliser. Il arrive que les obstacles rencontrés lorsqu'on vit dans la rue soient sous-estimés et les possibilités des personnes surestimées. Par exemple, pour des personnes ayant un trouble mental, des troubles cognitifs ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance, il y a parfois un écart substantiel entre ce que la personne peut faire et les attentes des services ou de la communauté.

*Quelques questions à explorer avec la personne*

- Quelle(s) démarche(s) vous sentez-vous à l'aise de faire seule ?
- De quoi avez-vous besoin pour y parvenir ? Comment puis-je vous aider plus particulièrement pour vous faciliter la tâche ?

- Qu'est-ce qui dans votre vie de tous les jours pourrait vous empêcher d'aller au bout de cette démarche, vous mettre à risque d'échec (conditions de vie, éléments de vulnérabilité particuliers liés à la santé mentale, physique, problèmes de consommation, etc.) ?
- Y a-t-il des signes auxquels je devrais porter une attention particulière et qui pourraient m'indiquer que vous avez besoin de soutien pour compléter votre démarche ?
- Y a-t-il des démarches pour lesquelles vous souhaiteriez un accompagnement particulier ou que vous ne vous sentez pas à l'aise de gérer ?

*Quelques questions complémentaires à vous poser*

- Y a-t-il des indices qui me font croire que cette personne ne sera pas en mesure de mener à bien une démarche par elle-même, malgré ce qu'elle me dit ?
- Sa condition physique ou mentale lui permet-elle de bien comprendre ce que ces démarches impliquent et d'évaluer avec justesse les ressources qu'elle devra mobiliser pour les effectuer ?
- Sinon, comment puis-je lui offrir un partage de responsabilités réaliste et respectueux ?

## 2.3 EXPLORER LES RESSOURCES ET LE RÉSEAU DE LA PERSONNE

L'itinérance ne se caractérise pas seulement par l'absence et le manque. Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être ont des forces, des potentiels qui sont des leviers importants dans l'intervention. Il est nécessaire de s'inscrire dans la continuité, de prendre en compte le parcours de la personne, ses démarches, d'être respectueux de ses repères, des moyens qu'elle a trouvés pour survivre ou pour améliorer sa vie. La recherche de cette information est pertinente pour répondre à ses besoins et à sa demande et l'orienter dans les services.

Il est particulièrement important de créer un filet de sécurité autour d'une personne en situation de vulnérabilité, à risque d'abus ou de victimisation et d'identifier qui sont les personnes susceptibles de savoir comment se porte la personne et où elle se trouve.

*Tôt dans le suivi, intéressez-vous à son milieu de vie et au territoire qu'elle sillonne pour connaître les éléments de stabilité dans son quotidien*

- Demandez à la personne de quel quartier elle provient et quels lieux elle fréquente.
- Explorez sa routine quotidienne. A-t-elle un parcours particulier ? Croise-t-elle souvent les mêmes personnes ?

*Repérez les personnes qui sont des pôles de stabilité et de sécurité dans sa vie*

- Y a-t-il de la famille ou des proches qui sont significatifs ou des personnes qui ont déjà été significatives (par ex. : dans le milieu du travail ou à l'école) avec qui la personne aimerait reprendre contact ?
- Y a-t-il d'autres personnes qui jouent un rôle important dans son quotidien ? Par exemple, des commerçants, des voisins, un concierge, etc.
- Quels sont les autres intervenants qui gravitent autour d'elle ou qui lui offrent des services ? Par exemple, un médecin de famille ou spécialiste, un agent de probation, un pharmacien, un intervenant d'une autre organisation, un pair-aidant, etc.
- Si cela est pertinent, demandez l'autorisation d'entrer en communication avec ceux-ci pour faciliter certaines démarches ou au cas où une situation d'urgence le nécessiterait. Récupérez leurs coordonnées et inscrivez-les à son dossier.



**Attention !** Certains individus peuvent graviter dans l'entourage de la personne pour mieux en abuser (violence sexuelle et physique, vol, engagement dans des activités criminelles sous la menace, etc.). La vigilance est de mise lors de l'exploration de son réseau social.

### 3. ADOPTER UNE DÉMARCHE PROACTIVE AFIN DE FAVORISER L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

#### 3.1 EXPLORER CE QUI PEUT ÊTRE FAIT EN MATIÈRE D'EXERCICE DES DROITS

Il est important, même dans une démarche ponctuelle ou de courte durée, d'explorer ce qui peut être fait pour s'assurer que la personne en situation d'itinérance ait, à l'avenir, le meilleur accès possible aux services et de savoir qu'il sera parfois nécessaire d'être proactif et de défendre les droits de ces personnes afin qu'elles puissent y avoir accès.

L'accès à la carte d'assurance maladie du Québec et l'accès à l'aide financière de dernier recours sont souvent les premières démarches que les personnes en situation d'itinérance souhaitent entamer ou pour lesquelles elles désirent recevoir de l'information. *Concernant ces démarches, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*

*Faites valoir auprès de vos collègues et de vos partenaires l'importance d'accueillir ces personnes dans leur service et de leur donner accès aux soins*

- Aménagez et prônez la tolérance, le réalisme et la patience tant auprès de la personne que de ceux qui l'entourent.
- Expliquez à vos collègues les conditions particulières des personnes que l'on a du mal à voir en consultation, la nécessité de leur faire une place, d'accepter de les recevoir en consultation au moment où elles se présentent, bien qu'elles ne se conforment pas toujours aux heures de rendez-vous.
- Sensibilisez les différents partenaires au fait que l'assouplissement des critères d'accès est requis considérant la réalité particulière des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.
- Sensibilisez-les également au fait que certains comportements dérangeants s'inscrivent parfois dans des expériences antérieures difficiles avec les services.

### 3.2 CONSIDÉRER LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DANS L'OFFRE DE SERVICES

Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui sont temporairement présentes sur un territoire ou dans un secteur donné ont le droit de recevoir les services dont elles ont besoin, comme toute personne ayant une adresse fixe. Cette mobilité, choisie ou imposée, organisée ou improvisée, est motivée par différents facteurs qui gagnent à être connus de l'intervenant qui accueille cette personne.



**Attention !** Devant une personne qui dit être seulement de passage, des intervenants ont rapporté qu'ils avaient le réflexe de vouloir agir rapidement, pris par un certain sentiment d'urgence, en particulier de vouloir lui trouver un toit en priorité. La personne pourrait se sentir bousculée, prise au piège, si cela ne correspond pas à ses priorités et sa demande.

- Rappelez-vous qu'il n'y a aucune intervention banale et qu'un accueil chaleureux et attentif laisse des traces, peu importe la durée de séjour de la personne dans votre secteur. Cette amorce de relation de confiance pourra être le levier qui amènera la personne à aller vers d'autres services là où sa trajectoire la mènera, le cas échéant.
- Explorez la nature et les motifs du passage dans votre secteur afin de fournir une réponse positive à ses besoins et d'offrir une continuité malgré la mobilité. La personne s'est déplacée dans votre secteur parce qu'elle...
  - veut avoir accès à certains services (centre hospitalier, thérapie, maison pour femmes violentées...)?
  - souhaite retrouver un réseau social ou familial, renouer certaines relations ?
  - espère se trouver du travail ?
  - termine un séjour en établissement de détention dans votre région et ne sait pas où aller ou comment se déplacer vers une autre région ?

- est partie d'une communauté autochtone dans l'intention de se rendre en région urbaine ?
- souhaite prendre une pause de sa vie actuelle, changer « d'air », se créer un nouveau réseau ?
- Quelles sont ses intentions ? A-t-elle un plan ?
- Quelles sont ses aspirations en matière de stabilité résidentielle ?
  - a)** Si elle souhaite demeurer pour un certain temps dans votre secteur :  
Quelles sont ses possibilités ? Qu'est-ce qui y fait obstacle ?
  - b)** Si elle envisage de repartir à court terme :
    - Maintenez le cap sur ses besoins et ses priorités.
    - Amorcez certaines démarches et faites le pont vers les autres services si le lieu du prochain déplacement est connu.
    - Remettez-lui les coordonnées des ressources.
    - Invitez la personne à transmettre vos coordonnées à de futurs intervenants qu'elle pourrait être appelée à rencontrer dans un autre secteur, une autre ville ou région.

### 3.3 IDENTIFIER UNE STRATÉGIE POUR RESTER EN CONTACT

Étant donné que la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être n'a pas nécessairement d'adresse fixe ou de téléphone, qu'elle se déplace souvent, il est important d'identifier avec la personne les stratégies pour garder le contact.

- Informez-vous de sa routine quotidienne pour déterminer les endroits où il serait possible de lui laisser un message (par ex. : lieux où elle prend ses repas, où elle dort, où elle reçoit son courrier). Vérifiez si la personne a une adresse courriel, un numéro de téléphone.
- Identifiez un tiers qui permettra de la retracer et de rester en contact avec elle : un membre de sa famille, un intervenant, une pharmacie. Avec des personnes particulièrement mobiles, identifiez de préférence deux personnes ou ressources pouvant servir de relais plutôt qu'une seule.
- Dans le cas où il n'est pas possible de repérer un lieu ou une personne qui pourrait agir comme « point de chute », proposez-lui de jouer vous-même ce rôle, si cela est réaliste dans votre contexte d'intervention.
- Selon le cas, convenez avec la personne d'un moment où elle pourrait se présenter dans votre service ou votre organisation chaque semaine afin qu'elle puisse prendre ses messages et soit informée de ses rendez-vous médicaux et psychosociaux.
- Sinon, offrez-lui un second rendez-vous avant qu'elle quitte votre bureau.

### 3.4 ACCOMPAGNER VERS LES AUTRES SERVICES POUR ÉVITER LES PORTES TOURNANTES

Le fonctionnement du système de santé et des services sociaux peut être difficile à comprendre pour les usagers en général. Y naviguer peut être encore plus étourdissant pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. En tant qu'intervenant, faire le lien vers le prochain service aide à contrer le phénomène des portes tournantes et à éviter les allers-retours entre les services. L'intervenant agit ainsi comme filet de sécurité en permettant de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la personne.

L'accompagnement vers les autres services ne peut s'effectuer de la même manière dans tous les services, la mission et le rôle des intervenants impliqués pouvant varier d'un milieu à l'autre.

L'accompagnement vers les autres services 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
- la prise de contact pour faciliter l'accès aux services (par ex. : contact téléphonique)
- la remise d'information ou de documentation spécifique, en fonction des besoins de la personne.

*Déterminez la modalité d'accompagnement vers les autres services à prévoir selon la situation de la personne*

- Demandez à la personne si un intervenant lui offre déjà un suivi et s'il peut l'accompagner dans ses démarches. Si oui, voir avec la personne si vous pouvez faire une demande d'accompagnement personnalisé à cet intervenant.
- Faites signer des autorisations à communiquer vous permettant d'être en contact avec les intervenants des autres organisations et services fréquentés par la personne.

*Dans la mesure où les autorisations ont été signées, ou notées au dossier si elles ont été données verbalement :*

- Avec l'autorisation de la personne, téléphonez à un autre intervenant au dossier pour échanger de l'information et coordonner l'intervention dans les cas qui le nécessitent.
- Communiquez par écrit avec l'intervenant d'un service sans rendez-vous ou le médecin de famille afin qu'il soit informé qu'il y a un intervenant au dossier. Invitez-le à communiquer avec vous dans un objectif d'arrimage, si la situation le requiert.

- Écrivez une note au dossier à l'intervenant qui assurera le suivi afin de favoriser une continuité dans les démarches entamées : « J'ai travaillé avec telle personne pour faire telles démarches. » Cela permet d'offrir des repères à cet intervenant et de faciliter une continuité de services.

## POUR EN SAVOIR PLUS

---

### CERTAINS ÉCRITS PERTINENTS CONCERNANT LA RÉPONSE AUX BESOINS ET L'ORIENTATION DANS LES SERVICES

*Dossier Savoirs d'intervention en itinérance - Récits de pratiques* ([cremis.ca/savoirs-itinérance](http://cremis.ca/savoirs-itinérance))

- [Le défi de la construction du lien et sa fragilité](#)

### BIBLIOGRAPHIE

Flatau, P., Hall, S., Thielking, M., Clear, A., et Conroy, E. (2014). How integrated are homelessness, mental health and drug and alcohol services in Australia? *AHURI Research and Policy Bulletin*. December (182). 1-4. Repéré à : <http://www.ahuri.edu.au/research/research-and-policy-bulletins/182>

Fournier, A., Rose, M.-C., McAll, C., et Hurtubise, R. (2015). Mobilité et précarité résidentielle en région : bouger pour être. *Revue du CREMIS*. 8(2). 40-47. Repéré à : <http://www.cremis.ca/mobilite-et-precarite-residentielle-en-region-bouger-pour-etre>

Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013). Récits de pratiques et consensus d'expert. *Équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal*. Rapport de recherche. Montréal: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). 116. Repéré à : <http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/recits-de-pratique-et-concensus-d-experts-projet-chez-soi-hurtubise-2013.pdf>

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). Québec: La Direction des communications

du ministère de la Santé et des Services sociaux. 68. Repéré à :

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*. (Publication n. 18-846-02W). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. 40.

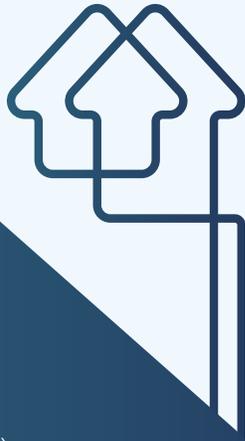
Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-02W.pdf>

Parker, R.D., et Dykema, S. (2013). [The reality of homeless mobility and implications for improving care](#). *Journal of Community Health*. 38(4). 685-689. doi:10.1007/s10900-013-9664-2

Roy, S., Morin, D., Lemetayer, F., et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Montréal: Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale. 179.

Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: basic skills and practices*. Chicago: Lyceum Books. 412.

Warin, P. (2010). *Le non-recours : définition et typologies - Document de travail, no 1, mis à jour en décembre 2016*. Saint-Martin-d'Hères, France: Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore). 8. Repéré à : [http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition\\_typologies\\_non\\_recours.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf)



## Fiche Donner des soins

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# DONNER DES SOINS DE SANTÉ À DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

45

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être sont plus susceptibles de souffrir d'une mauvaise santé physique et mentale ou d'un problème de dépendance

### COMMENT S'Y PRENDRE POUR ÉTABLIR UN PLAN DE TRAITEMENT QUI TIENNE COMPTE DES PRIORITÉS ET DES CAPACITÉS DES PERSONNES, AINSI QUE DE LEURS CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES ?

que la population générale. Comme tout patient, ces personnes ont le droit de recevoir des services de qualité qui prennent en considération leur réalité et répondent à leurs besoins.

Le contenu présenté dans cette fiche s'adresse aux différents intervenants de la santé qui sont appelés à offrir des soins à ces personnes ou à contribuer à l'évaluation de leur état de santé.

Au-delà des soins de santé, gardez à l'esprit le rôle stratégique que vous pouvez jouer afin de faciliter l'accès des personnes à d'autres types de services (par ex. : Programme de solidarité sociale, thérapies, etc.).

Comment mettre en œuvre sa responsabilité d'offrir des soins à des personnes parfois qualifiées par les prestataires de services de « patients difficiles », en ce qu'elles ne se conforment pas aux relations usuelles praticien-patient et qu'il est parfois difficile de recomposer leur histoire ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Comment s'y prendre pour établir un plan de traitement qui tienne compte des priorités et des capacités des personnes, ainsi que de leurs conditions de vie précaires ?

## **J'AI DES QUESTIONS...**

### **QU'EST-CE QUI PEUT EXPLIQUER QUE CES PERSONNES SOIENT PLUS FRÉQUEMMENT AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ QUE LA POPULATION GÉNÉRALE ?**

Leurs conditions de vie et leur réalité quotidienne, dont une extrême pauvreté, des déplacements fréquents, la difficulté à maintenir une hygiène de base en raison de l'absence d'un lieu stable où habiter, les troubles liés à l'utilisation d'une substance, la malnutrition, les agressions ainsi que les traumatismes vécus font partie des facteurs pouvant contribuer au développement ou à l'exacerbation de problèmes de santé, ainsi qu'à l'affaiblissement du système immunitaire. Il devient ainsi plus difficile de combattre la maladie. La présence d'un stress chronique pourrait également y jouer un rôle. D'autres facteurs, tels que l'absence de reconnaissance d'un statut social, peuvent renforcer le sentiment de dévalorisation. Même les cultures plus égalitaires qui s'efforcent de faciliter l'accès universel aux soins de santé arrivent difficilement à atténuer les effets de la pauvreté sur les taux de morbidité et de mortalité.

### **DANS QUELLE MESURE LES PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHENT-ILS PARTICULIÈREMENT CES PERSONNES ?**

Les écrits scientifiques indiquent que certains problèmes de santé touchent particulièrement les personnes en situation ou à risque d'itinérance. Les maladies infectieuses, particulièrement l'hépatite C, les troubles musculo-squelettiques et les traumatismes cranio-cérébraux sont fréquents chez ces personnes, et plusieurs rapportent ne pas avoir reçu de traitement approprié pour ces problèmes.

Plusieurs études estiment que de 25 % à 35 % des personnes en situation d'itinérance présentent des troubles mentaux sévères : dépression, schizophrénie, bipolarité (Fischer et Breakey, 1991, Folsom et coll., 2005, Folsom et Jeste, 2002, Sullivan et coll., 2000, cités dans Pakzad et coll., 2015). Lors de l'Enquête complémentaire au dénombrement réalisé en 2015 à Montréal, un quart des répondants disaient avoir une dépendance à l'alcool et 31%, à au moins une substance psychoactive (Latimer et coll., 2016).

Il arrive souvent que l'état de santé des personnes empire lorsqu'elles sont aux prises avec une situation d'itinérance chronique et cyclique.

## QU'EN EST-IL DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

- Selon le dénombrement du 24 avril 2018 dans 11 régions du Québec, plus de la moitié (56 %) des répondants ont rapporté avoir visité l'urgence au moins une fois au cours de l'année précédente, et plus du tiers (35 %) avoir été hospitalisés (Latimer et Bordeleau, 2019).
- Plusieurs personnes en situation d'itinérance n'ont pas de médecin de famille et n'ont pas vu de médecin depuis parfois très longtemps. Les cliniques sans rendez-vous et l'urgence sont souvent les seuls lieux où elles obtiennent des soins. Les personnes en situation d'itinérance sous-utilisent les services préventifs en santé mentale ou en santé physique, de même que les services spécialisés de traitement et de réadaptation.
- Les personnes en situation d'itinérance peuvent être amenées à changer régulièrement d'intervenants de la santé, ce qui rend difficile la continuité des services. Cette situation présente un risque de stigmatisation pour ces personnes, perçues comme de grandes utilisatrices des services d'urgence.
- Bien que les conditions liées à la survie aient tendance à être priorisées au détriment des aspects touchant à la santé quand il s'agit de personnes en situation d'itinérance, plusieurs expriment le souhait de recevoir des services autant de santé mentale que de santé physique.
- Les personnes en situation d'itinérance peuvent parfois être vues comme de « mauvaises utilisatrices » des services : leurs conditions de vie, de santé et les priorités qui sont autres les empêchent de répondre aux attentes habituelles des intervenants lors de la mise en place d'un traitement ou d'un suivi.
- Parmi les facteurs qui risquent de mener à l'exclusion des personnes des services de santé : la cooccurrence (le fait de vivre simultanément plusieurs difficultés), la perception d'une absence de motivation réelle à changer chez la personne ainsi que la non-adhésion au traitement.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. INSTAURER UN CLIMAT PROPICE À LA COMPRÉHENSION DE LA SITUATION DE LA PERSONNE ET DE SON ÉTAT DE SANTÉ

### 1.1 CRÉER LA RELATION EN TANT QU'INTERVENANT DE LA SANTÉ

Il est important de créer une relation de confiance avec la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être en manifestant de l'intérêt et du respect pour son parcours et sa réalité quotidienne et en démontrant une réelle préoccupation quant à ce qu'elle vit.

La façon dont les personnes se présentent devant l'intervenant et l'attitude qu'elles adoptent d'entrée de jeu teintent les soins. Par exemple, il peut être plus difficile pour l'intervenant de s'engager dans une relation d'aide et d'avoir accès à l'information dont il a habituellement besoin si une personne paraît hostile ou est réfractaire à se dévoiler.

*Une réalité particulière qui nécessite une approche particulière*

- Soyez sensible aux barrières possibles qui peuvent vous empêcher dès la prise de contact d'avoir accès à l'histoire complète de la personne (manque de confiance envers les services, peur du jugement, honte, situation de stress rattachée à sa condition de survie). Cela facilitera la création du lien avec la personne qui se sera sentie accueillie avec respect, sans préjugés, et pourra faciliter une prochaine consultation.
- Demeurez conscient des préjugés qui peuvent vous habiter sans les laisser entraver la relation.
- Gardez en tête le bagage d'expériences difficiles et stigmatisantes cumulées par cette personne.

## 1.2 CERNER LES MOTIFS DE CONSULTATION

La personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être peut avoir été orientée vers un service de santé par des intervenants et pourrait ne pas avoir de demande spécifique même si elle présente des signes évidents de problèmes de santé. Dans d'autres cas, le premier motif de consultation invoqué par la personne en situation d'itinérance peut sembler douteux aux yeux de l'intervenant de la santé (par ex. : demande de stimulants ou de narcotiques, signature d'un document d'invalidité, etc.). Malgré cela, ce motif constitue souvent un bon premier pas pour avoir accès à la personne et pour aborder les autres problématiques sous-jacentes.

*Que puis-je faire pour vous aujourd'hui ?*

- Dans un premier temps, entendez la demande ou la préoccupation première de la personne, celle qui l'a amenée à vous consulter (ou pour laquelle on l'a persuadée de consulter).
- Déterminez si, de prime abord, vous pourrez répondre à cette demande ou si le problème présenté exigera nécessairement une investigation plus approfondie.
- Dans le cas où le motif de consultation paraît douteux, examinez le problème rapporté par la personne et explorez les motifs sous-jacents qui pourraient expliquer une telle demande (par ex. : enjeux de dépendance ou liés aux conditions de précarité et de vulnérabilité).

*Qui peut compléter ce portrait ? Qui pourra coordonner d'éventuelles actions à entreprendre ?*

- Si la personne dit être accompagnée d'un intervenant, mais qu'il n'est pas présent dans le bureau, proposez-lui de l'intégrer à la discussion en soulevant les bénéfices associés (par ex. : mieux répondre à sa demande et ainsi coordonner efficacement les actions à entreprendre pour qu'elle se sente mieux).
- Dans le même ordre d'idées, si la personne a été dirigée vers votre service par un intervenant, demandez-lui l'autorisation de communiquer avec cet intervenant au besoin.



**Attention !** L'itinérance devrait être une situation temporaire. La façon dont les personnes sont décrites dans un dossier médical peut les suivre longtemps, notamment, en réduisant leur identité à celle de « personne itinérante ». Ces personnes sont parents, travailleurs, membres d'une famille, d'une communauté, elles ont des ambitions, des projets. Il faut laisser la chance au prochain intervenant d'avoir un regard neuf, différent sur la personne dont la condition pourrait changer. Il est important d'être prudent dans la façon de décrire la personne, de s'en tenir aux faits, sans poser de jugement. Il apparaît néanmoins opportun d'indiquer au dossier que la personne se trouve actuellement en situation d'itinérance pour permettre une continuité dans le suivi, s'il y a lieu.

### 1.3 COMMUNIQUER DANS UN LANGAGE SIMPLE ET ACCESSIBLE

Face à des gens qui ont souvent le sentiment d'avoir peu de pouvoir sur leur vie et de ne pas être respectés, il est primordial, dès la prise de contact et à chacune des étapes (exploration des motifs de consultation, évaluation, diagnostic, recommandations), de prendre le temps de s'assurer de bien comprendre ce que la personne exprime et de se faire comprendre comme intervenant. Une communication déficiente pourrait contribuer à augmenter le sentiment d'impuissance et d'inadéquation de la personne, ce qui nuirait, entre autres, au maintien du lien de confiance et à l'établissement d'un plan de traitement, si besoin était.

#### *Bien communiquer pour comprendre et se faire comprendre*

- Transmettez à la personne votre désir de bien comprendre ce dont elle a besoin et expliquez-lui que, pour y arriver, vous aurez besoin de lui poser plusieurs questions.
- Insistez sur le fait que vous n'êtes pas là pour la juger et que vos questions ont pour objectif de mieux la connaître et ainsi mieux l'aider.
- Faites de courtes phrases et utilisez un langage simple, imagé.
- Prenez le temps d'écouter la personne. Si la rencontre se déroule trop vite, il est probable que la personne sera gênée de poser des questions, de demander des éclaircissements.

- Validez régulièrement ce qu'elle a compris. En cas de doute, demandez-lui de répéter dans ses mots ce que vous venez de lui dire.
- Adressez-vous directement à elle et non pas à l'intervenant qui l'accompagne, le cas échéant.
- Lorsque vous discutez avec un intervenant en sa présence, assurez-vous que la personne puisse encore suivre la conversation afin qu'elle ne se sente pas écartée de la discussion.
- Offrez-lui une autre rencontre, si cela est possible, pour répondre aux questions qui pourraient surgir dans les jours qui suivent ou identifiez rapidement les ressources qui pourraient le faire en cas de besoin (par ex. : pharmacies communautaires, Info-Santé, etc.).

#### 1.4 RESPECTER LE RYTHME TOUT EN PROFITANT DE L'OPPORTUNITÉ D'APPRÉCIER L'ÉTAT DE SANTÉ

Faire une appréciation rigoureuse et globale de la condition de santé des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être prend du temps. Le respect du rythme des personnes est essentiel pour y parvenir, car plusieurs d'entre elles éprouvent des difficultés à tolérer une rencontre dont la durée se prolonge. Toutefois, l'intervenant de la santé doit profiter de sa présence pour procéder à celle-ci. À ce titre, la consultation constitue aussi un moment propice pour faire le bilan de la condition de santé des personnes.

*Soyez flexible et prêt à adapter votre démarche*

- Procéder à un examen annuel des patients n'est désormais plus recommandé aux médecins de famille, mais dans le cas d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être, saisissez l'occasion pour faire un examen plus complet.
- Selon votre contexte de pratique, envisagez la possibilité que quelques rencontres

soient nécessaires pour compléter la démarche.

- Prenez en considération ce que la personne identifie comme une priorité, vérifiez ce dont elle souhaite discuter en particulier.
- Dans le cas où la personne manifeste rapidement son impatience, repérez les problèmes médicaux ou psychosociaux qui demandent une intervention rapide et proposez une autre rencontre pour poursuivre la démarche. Il n'est pas nécessaire de compléter la démarche dès le premier rendez-vous. S'il y a des signes de méfiance, il est préférable de ne pas être intrusif et de doser les questions en conséquence.
- Intéressez-vous aux motifs qui peuvent expliquer cette impatience. Par exemple, est-ce dû à des préoccupations liées à ses conditions de précarité (par ex. : pression pour se présenter à une certaine heure à la ressource d'hébergement d'urgence pour avoir une place) ou à des malaises physiques découlant d'un état de manque, de sevrage ?
- Gérez d'abord les symptômes de sevrage, car ceux-ci l'empêcheront d'être disponible pour répondre à vos questions.
- Parallèlement, profitez des occasions qui s'offrent de faire une analyse plus complète, particulièrement lorsque la personne paraît disposée à collaborer. Dans le cas où la personne n'est pas intoxiquée, cette occasion est en particulier à mettre à profit pour analyser ses capacités cognitives, son autonomie et ses conditions d'hébergement.

## 2. METTRE EN ŒUVRE UNE APPROCHE DE SANTÉ GLOBALE

### 2.1 PRÊTER ATTENTION AUX BESOINS ESSENTIELS ET À LA VULNÉRABILITÉ

Dans une approche de santé globale, s'enquérir des dimensions psychologiques et sociales est tout aussi important que d'évaluer la dimension physique de la santé. Il est important

de veiller à la sécurité des personnes qui vivent en situation d'itinérance ou sont à risque de l'être et d'être attentif aux éléments qui les rendent particulièrement vulnérables. L'évaluation de l'état de santé permet notamment de prêter attention aux éléments qui peuvent empêcher les personnes de répondre à leurs besoins essentiels.

*Questions à explorer en lien avec la sécurité, la vulnérabilité et la réponse aux besoins de base*

- Intéressez-vous au parcours de la personne, à ce qui l'a amenée à vivre une situation d'itinérance ou de précarité, et ce, sans porter de jugement.
- A-t-elle sa carte d'assurance maladie ?
- A-t-elle une couverture pour les médicaments ?
- Où dort-elle habituellement ?
- Depuis combien de temps n'a-t-elle plus de logement ?
- A-t-elle mangé ? (Quand a-t-elle mangé pour la dernière fois ?)
- Se sent-elle en sécurité ?
- A-t-elle un revenu ?
- Y a-t-il des risques liés à la chaleur, à la déshydratation, au froid ? Est-elle habillée adéquatement pour la saison ?
- Quelles sont les ressources, les organismes qu'elle fréquente sur une base régulière et qu'elle apprécie particulièrement? Qui est l'intervenant en qui elle a confiance (incluant les intervenants communautaires) ? De qui est constitué son réseau de soutien ?
- Déterminez le besoin de protection de la personne si vous avez des indices importants qui vous laissent croire que celle-ci pourrait être en danger.



**Astuce d'intervention !** Plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont déployé un processus allégé pour l'obtention d'une carte d'assurance maladie pour les personnes en situation d'itinérance, en collaboration avec le milieu communautaire. *Pour plus d'informations, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*



**Attention !** Certaines personnes sont peu en contact avec elles-mêmes. Cette anesthésie émotionnelle et corporelle peut les rendre psychologiquement distantes relativement à leurs besoins de santé et d'hygiène. Il est également possible que ce soit des personnes à protéger.



*Concernant les situations pour lesquelles la question de la protection d'une personne en situation de vulnérabilité est présente, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*

## 2.2 FACILITER L'EXAMEN PHYSIQUE

L'examen complet sur le patient dévêtu, dans le cas d'une personne en situation d'itinérance, sera rarement possible sans qu'au préalable une relation de confiance ait été établie avec l'intervenant de la santé. La personne pourrait être trop craintive ou mal à l'aise pour se soumettre à l'examen.

- Si une personne préfère ne pas se dévêtir à la première visite, reportez l'examen génital à la seconde visite ou lorsque son niveau de confort le permettra, spécialement pour les jeunes ou pour les personnes ayant été victimes d'abus sexuels. Une fois en confiance, une analyse plus complète pourra être réalisée plus aisément.
- Soyez sensible au niveau de confort de la personne (par ex. : température ambiante, succession des étapes et durée de l'examen).
- Expliquez à la personne à la première visite ce qu'implique une évaluation physique complète et demandez-lui la permission avant de procéder (par ex. : mesure du poids, de la taille, de la masse corporelle, de la pression sanguine et du rythme

cardiaque ; examen des yeux, des oreilles, de la bouche, du cou, du cœur, des poumons, de l'abdomen, des organes reproducteurs et des membres inférieurs).

- Permettez la présence d'une personne de confiance pendant l'examen, soit dans la pièce ou de l'autre côté du rideau. Ceci permettra de la sécuriser.
- Si possible, offrez à la personne en situation d'itinérance l'option d'être examinée par une femme plutôt que par un homme si cela constitue un facteur de refus d'examen physique.
- Soyez à l'affût des signes d'inconfort durant l'examen et, le cas échéant, proposez de cesser ou de différer l'examen, lorsque possible.

### 2.3 ÊTRE À L'AFFÛT DE CONDITIONS DE SANTÉ PARTICULIÈRES LORS D'UNE ÉVALUATION

Outre les évaluations de base (signes vitaux, taille, poids et indice de masse corporelle, etc.), il est nécessaire de vérifier certains éléments particuliers puisque les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être présentent des risques élevés d'éprouver des problèmes de santé spécifiques à leur condition.

*Soyez attentif aux conditions de santé particulières suivantes et aux risques associés*

- maladie pulmonaire obstructive chronique et infections des voies respiratoires (par ex. : asthme)
- troubles musculo-squelettiques (douleurs chroniques, arthrite)
- maladies infectieuses (tuberculose, VIH, hépatite B ou C)
- mauvaise hygiène buccale et dentaire
- affections de la peau et des pieds (impétigo, poux, gale, dermatite)

- mauvaise gestion des problèmes chroniques (hypertension artérielle, diabète)
- carences alimentaires et blessures accidentelles
- plaies ouvertes ou infectées
- affections chroniques instables ou à surveiller étroitement (diabète incontrôlé, fractures ou hématomes sous-duraux)
- comportements à risque (risque suicidaire, consommation problématique de substances, jeu, risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang).

*Devant la manifestation de comportements difficiles, gardez en tête la présence possible :*

- du syndrome de Korsakoff ou de l'encéphalopathie de Wernicke
- d'un traumatisme crânien
- de troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale
- d'un état de stress post-traumatique
- de troubles cognitifs
- d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme
- de symptômes liés à un sevrage.

## 2.4 DÉTECTER LES TROUBLES MENTAUX ET LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE

Lors de l'analyse de la situation, la présence de troubles mentaux et la présence de troubles liés à l'utilisation d'une substance doivent être explorées. De plus, dans certains cas (par ex. : un séjour prolongé à l'urgence ou une hospitalisation), il serait important de déterminer si la personne consomme une substance dont le sevrage pourrait mettre sa vie en danger.

*Quelques exemples de questions qui permettent d'explorer certaines préoccupations liées à la consommation de substances psychoactives*

- Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ?
- Votre consommation d'alcool ou de drogues a-t-elle déjà fait réagir votre entourage ?
- Vous êtes-vous déjà dit que vous buviez trop ou que vous consommiez trop de drogues ?
- Le lendemain d'une journée où vous avez beaucoup consommé, avez-vous constaté que votre organisme réagissait (par ex. : besoin de boire le matin, tremblement des mains) ?

*Lorsque la personne répond oui à l'une ou l'autre de ces questions, une évaluation plus poussée (de détection) pourra être faite tout en s'assurant de continuer à lui offrir des soins. Ceci est d'autant plus important lorsque sa consommation de substances psychoactives pourrait occasionner des complications.*

- La personne a-t-elle des troubles mentaux ? Quels en sont les symptômes ? Prend-elle des médicaments pour les apaiser ? A-t-elle un diagnostic ?
- Informez-vous auprès de la personne : est-elle suivie par une équipe pour l'un ou l'autre des problèmes identifiés ?



*Pour plus d'informations sur les pratiques à privilégier dans un contexte de concomitance, consulter la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#).*



**Attention !** Différents facteurs peuvent être à l'origine d'erreurs de diagnostic lors de consultations médicales effectuées auprès d'une personne intoxiquée. Celle-ci n'étant pas toujours en mesure d'expliquer clairement sa situation et de répondre aux questions, il peut manquer à l'intervenant de la santé plusieurs informations

importantes. La personne intoxiquée risque également d'être plus irritable, ce qui peut entraîner diverses réactions de la part de l'intervenant, dont celle d'être plus expéditif dans l'établissement du diagnostic. De plus, il peut y avoir confusion entre les manifestations de l'intoxication ou du sevrage et les symptômes d'autres troubles tels que l'anxiété ou les troubles de comportement.

### 3. EXPLORER LES FORCES ET LES RESSOURCES DE LA PERSONNE

#### 3.1 FAIRE APPEL AU RÉSEAU DE SOUTIEN DE LA PERSONNE

Afin d'optimiser les chances que les soins et les traitements portent leurs fruits, l'alliance avec le réseau de soutien existant constitue un élément-clé tant de la guérison que de la stabilisation de l'état de la personne. Ce réseau peut également jouer un rôle actif, par exemple dans le rappel des rendez-vous, dans l'accompagnement vers certains services, etc.

*Intéressez-vous rapidement à la communauté et aux personnes significatives qui gravitent autour de la personne*

- Quels sont les éléments de stabilité dans sa vie ? Qui représente cette stabilité à ses yeux ?
- Quels lieux, quels organismes fréquente-t-elle régulièrement ?
- Qui sont les personnes susceptibles de savoir comment elle va, où elle se trouve si vous aviez besoin de la joindre (membres de la famille, voisin, ami, intervenant) ? Comment joindre ces personnes ? Vous autorise-t-elle à les contacter dans le cadre de votre mandat ?



*Pour plus d'informations sur l'exploration des ressources et du réseau de la personne, consulter la fiche [Répondre aux besoins et orienter dans les services](#).*

### 3.2 ADOPTER UNE APPROCHE AXÉE SUR LES FORCES

L'approche centrée sur les forces consiste, entre autres, à s'attarder à des périodes de la vie de la personne où celle-ci était connectée à d'autres personnes, fonctionnait mieux, était stable sur le plan résidentiel, etc. Cette approche met l'accent sur sa capacité à prendre soin d'elle et à réaliser des projets dont elle peut être fière. Adopter une telle approche dans l'échange entre l'intervenant de la santé et la personne peut être un levier pour favoriser une entente sur les objectifs à caractère clinique inclus dans son plan de traitement et renforcer l'engagement de la personne vis-à-vis des démarches à réaliser. Les interventions proposées et les choix offerts par l'intervenant sembleront moins stigmatisants ou contrôlants et seront davantage perçus comme un désir sincère d'aider la personne.

*Quelques exemples de questions qui misent sur les forces*

- *« Je suis curieux de savoir comment vous faites pour ne pas souffrir d'engelures alors que vous me racontez dormir très souvent dehors par grand froid. Cela prend une grande débrouillardise et sans doute beaucoup d'organisation. On pourrait voir ensemble comment ces qualités pourraient vous aider à améliorer votre santé et à diminuer les risques de... ? »*
- *« Vous me dites que vous venez souvent à l'urgence pour recevoir des soins et que vous attendez de voir le médecin même quand vous trouvez que l'attente est très longue. Je vois que vous êtes une personne persévérante qui veut vraiment prendre soin de sa santé même quand il y a des obstacles. Y a-t-il des obstacles qui vous empêchent de prendre soin de votre santé comme vous le voudriez en ce moment ? Est-ce que moi ou quelqu'un d'autre de votre entourage pourrait vous aider à les surmonter ? »*

## 4. EXPLORER DES AVENUES NOVATRICES ET CRÉATIVES POUR FAVORISER LA PRESTATION ET L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ

### 4.1 FAVORISER LE TRAVAIL DE COLLABORATION ET DE CONCERTATION DANS L'ÉVALUATION ET LE SUIVI

Pouvoir compter sur des alliés qui jouent un rôle de vigie auprès de la personne en situation de vulnérabilité est un des effets bénéfiques du travail de collaboration. De plus, la création de passerelles entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux est essentielle. Certains intervenants des organismes communautaires connaissent très bien la personne en situation d'itinérance, car dans certains cas, ils la voient quotidiennement. Ils sont parfois en mesure de faire un portrait global de sa situation et ils détiennent des informations auxquelles l'intervenant du réseau de la santé n'a pas toujours accès dans une rencontre ponctuelle.

Les échanges avec d'autres intervenants favorisent également un partage de certaines responsabilités et augmentent les chances de trouver des pistes de solution appropriées au contexte, tout en favorisant la mise en place d'une vision commune et complémentaire des services à offrir.

#### *Déployer des alliances avec d'autres intervenants*

- Si le besoin ponctuel nécessite des prises de sang, profitez de l'occasion pour offrir à la personne de faire l'ensemble des bilans requis selon son âge et ses conditions de santé. Assurez-vous d'un arrimage avec l'équipe qui pourra effectuer le suivi des évaluations et des démarches à poursuivre (résultats, tests supplémentaires à faire, arrimage avec des spécialistes au besoin).
- Lorsqu'ils sont présents lors de la consultation, informez-vous des possibilités d'action des acteurs qui sont autour de la personne dans la communauté et invitez-les à collaborer aux plans de traitement et à l'évaluation de la fonctionnalité, etc.
- Dans le cas où la personne se présente au sans rendez-vous : après avoir répondu aux besoins de base, profitez-en pour demander à la personne si elle a un médecin

de famille. Dans la négative, assurez-vous qu'une demande soit faite au guichet d'accès à un médecin de famille ou offrez-lui un autre rendez-vous afin de poursuivre l'appréciation de sa condition de santé.

- L'hospitalisation, parmi d'autres, est une occasion hors pair pour intervenir auprès de la personne au-delà de la pathologie pour laquelle elle est hospitalisée. Associez d'autres professionnels tôt dans le suivi d'une personne hospitalisée, dont un travailleur social, pour vous aider à intervenir sur les différents aspects de la vie de la personne.
- Dans le cas d'une hospitalisation, en collaboration avec le travailleur social, planifiez la convalescence de concert avec les ressources, telles les ressources d'hébergement d'urgence, si la personne a des liens significatifs avec certaines. Toutefois, ne présumez pas que celles-ci pourront prendre le relais sur le plan des soins. *Voir la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#).*
- Pour faciliter l'accès à des spécialistes, assurez-vous que la personne ait sa carte d'assurance maladie. Sinon, accompagnez-la dans ses démarches pour l'obtenir. *Voir la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*
- Dans le cas où une demande doit être acheminée au Centre de répartition des demandes de service (CRDS), et que la personne n'a pas le téléphone, assurez-vous d'y inscrire les coordonnées téléphoniques d'une personne de son réseau ou d'un organisme avec lequel elle est régulièrement en contact.
- Explorez la possibilité de développer des liens avec certaines cliniques qui démontrent une ouverture à l'égard des personnes en situation d'itinérance.
- Lorsque la personne est atteinte d'un problème de santé incapacitant, pensez à signer un certificat médical donnant droit à certains soutiens médicaux gratuits, par exemple prothèses, orthèses, transport adapté, etc. (*voir [formulaire en ligne](#)*).
- Pensez également à faire signer un rapport médical si la personne présente une

contrainte sévère l'emploi, pouvant ainsi lui donner droit à un supplément au montant de base de l'aide financière de dernier recours (voir [formulaire en ligne](#)).

- Ne demeurez pas isolé dans votre pratique, particulièrement dans les cas de situations difficiles et complexes. Consultez des collègues pour valider vos hypothèses, votre appréciation et repérez les gens avec qui vous pourrez exprimer vos préoccupations, malaises et dilemmes.

## 4.2 FAIRE APPEL À DES OPTIONS ET À DES STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LA RÉCEPTIVITÉ AUX SOINS

Il est important d'adopter des stratégies qui augmenteront la disposition de la personne à accepter le traitement. La créativité est de mise afin d'explorer des alternatives adaptées à la réalité des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être.

- Privilégiez des solutions qui sont disponibles maintenant, aujourd'hui ou, à défaut, demain. Plus les délais sont longs, plus les chances que la personne adhère au plan de traitement diminuent.
- Estimez la faisabilité de tout traitement ou recommandation et mobilisez les ressources ou les intervenants à même de soutenir la démarche.
- Par exemple :
  - Avec l'accord de la personne, informez l'organisme d'hébergement fréquenté par celle-ci (y compris une ressource d'hébergement d'urgence) de la nature du traitement, de la surveillance requise et du contexte dans lequel le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation serait souhaitable.
  - Comme l'absence d'hébergement stable, l'absence de cartes d'identité (carte d'assurance maladie ou autres) et l'absence de revenu sont des obstacles majeurs à l'observance de n'importe quel traitement médical.

Assurez-vous que la personne soit orientée vers un intervenant ou un service qui pourra l'accompagner dans ses démarches pour y remédier. Afin de favoriser la continuité des soins, la personne peut, par exemple, obtenir une couverture temporaire pour ses médicaments pendant que sa demande d'aide financière de dernier recours est en cours de traitement. Voir la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#) pour plus d'informations sur les démarches à privilégier pour refaire une carte d'assurance maladie ou accéder à l'aide financière de dernier recours.

- Lorsque la personne exprime une souffrance ou un désir de changement, soyez prêt à explorer les options qui s'y rattachent et faites des références personnalisées (par ex. : démarches pour réduire ou traiter les conséquences associées à la consommation, référence vers une équipe psychosociale pour trouver un hébergement d'urgence, soutien d'une équipe en santé mentale, etc.).
- Si les priorités de la personne ne vont pas dans le sens des recommandations émises, reconnaissez cette divergence et acceptez, par exemple, que pour le moment elle souhaite bénéficier d'un soin sans désirer de suivi. Le soin constitue un premier pas qui s'inscrit dans la construction du lien, dans une relation où l'autre est reconnu. Évitez de blâmer ou de culpabiliser la personne. Donnez les soins dans le respect de ce qui est acceptable pour elle.
- Évaluez les raisons d'un refus de traitement, assurez-vous que la personne comprenne bien les risques associés à son refus et qu'elle soit apte à consentir aux soins. La personne a le droit de refuser une évaluation ou des soins si elle est apte. Cependant, le professionnel de la santé a la responsabilité de s'assurer que la personne prend une décision éclairée.
- S'il y a des problèmes graves de santé et que la personne refuse de recevoir un traitement ou de se faire administrer un médicament, utilisez d'autres stratégies telles que la négociation.

- Certaines situations d'urgence pourraient demander l'adoption d'une attitude plus directive de votre part. Voir la fiche [Protéger des personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).
- Gardez en tête qu'une hospitalisation peut être une occasion à saisir pour examiner l'état de santé de la personne. Il faut se rappeler que de nombreuses évaluations ne pourront pas être réalisées dans la communauté. Si la personne a déjà une équipe dans la communauté, demandez-lui son consentement pour pouvoir communiquer avec eux afin d'avoir leur avis sur l'évaluation et le suivi à offrir.



**Attention !** L'évaluation d'une forme d'inaptitude chez les personnes en situation d'itinérance est souvent difficile à réaliser, qu'il s'agisse de l'inaptitude à consentir à un soin, l'inaptitude à administrer ses biens ou l'inaptitude à prendre soin de sa personne et à assurer l'exercice de ses droits civils. De plus, une personne peut être inapte concernant un aspect de sa vie et conserver les facultés lui permettant de prendre des décisions pour elle-même dans d'autres sphères. L'instabilité de ces personnes, un état d'intoxication qui peut perdurer et le morcellement des services offerts augmentent la difficulté d'assurer un suivi suffisant pour permettre d'effectuer une évaluation qui pourrait conclure à un besoin de protection. Il est d'autant plus important que les professionnels autorisés à procéder à cette évaluation, à savoir le médecin et le travailleur social, puissent la réaliser lorsque la situation se présente.



**Astuce d'intervention !** L'intervenant de la santé a avantage à faire appel à sa créativité afin d'augmenter les chances qu'une personne se présente à un second rendez-vous. Par exemple, dans le cas d'une petite plaie, une infirmière indiquerait habituellement à la personne de bien nettoyer la plaie au savon, de la laisser à l'air libre et d'observer d'éventuels signes d'infection. Or, pour instaurer un suivi auprès d'une personne qui semble avoir divers enjeux de santé, cette même infirmière pourrait décider de faire un pansement et demander à revoir la personne dans quelques jours.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS ET DOCUMENTS AUDIOVISUELS PERTINENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

*Guides de pratique disponibles en ligne*

Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Faire ensemble et autrement.*

*La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement - Guide d'accompagnement.* (Publication n. 17-914-03W). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 18.

Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Canada

Golden, G., Alyssa, K. et Alisha, Z. (2017). *Health of the homeless: Learning through narratives and statistics, learning module.* Vancouver.

Repéré à : <https://afmc.atavist.com/story/9033>

Commission de la santé mentale du Canada (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.* Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada. p. 110.

Repéré à : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC\\_Recovery\\_Guidelines\\_2016\\_fr.PDF](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_fr.PDF)

États-Unis

Klein, J.W., et Reddy, S. (2015). [Care of the homeless patient.](#) *Medical Clinics of North America.* 99(5). 1017-1038. doi:10.1016/j.mcna.2015.05.011

Angleterre

Guides et outils développés par le Queen's Nursing Institute traitant des soins de santé aux personnes en situation d'itinérance (par ex. : soin des pieds, santé buccale, nutrition, etc.)

Repéré à : <https://www.qni.org.uk/resources/?aow=homeless-health>

*Dossier Savoirs d'intervention en itinérance - Récits de pratiques* ([cremis.ca/savoirs-itinerance/](http://cremis.ca/savoirs-itinerance/))

- [Cahier des récits de pratique d'intervention en itinérance des équipes du projet Chez soi à Montréal](#)

- [De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance](#)
- [Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes](#)

Dossier Accès au programme de solidarité sociale: constats et pistes de réflexion pour un accès plus équitable ([cremis.ca/contraintes](http://cremis.ca/contraintes))

- [Brochures d'information à l'intention des médecins, des professionnels et des personnes bénéficiaires](#)

Document audiovisuel

Leblanc, D. et Blain, S. (2014). *Équipe de soins de proximité*. Trois-Rivières. 10:39 minutes. Repéré à : <https://vimeo.com/106956103>

## BIBLIOGRAPHIE

Aldridge, R.W., Story, A., Hwang, S.W., Nordentoft, M., Luchenski, S.A., Hartwell, G., Tweed, E.J., Lewer, D., Vittal Katikireddi, S., et Hayward, A.C. (2018). [Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis](#). *The Lancet*. 391(10117). 241-250. doi:10.1016/S0140-6736(17)31869-X

Commissaire à la santé et au bien-être (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux. Rapport*. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être. Gouvernement du Québec. 243. Repéré à : [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)

Curateur public du Québec (2008). *À la rencontre de la personne. L'itinérance et l'inaptitude*. Montréal: Commission parlementaire des affaires sociales. 11. Repéré à : [http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/memoire\\_itinerance\\_inaptitude.pdf](http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/memoire_itinerance_inaptitude.pdf)

Doran, K.M., Vashi, A.A., Platis, S., Curry, L.A., Rowe, M., Gang, M., et Vaca, F.E. (2013). [Navigating the boundaries of emergency department care: Addressing the medical and social needs of patients who are homeless](#). *American Journal of Public Health*. 103(S2). S355-S360. doi:10.2105/AJPH.2013.301540

Elliott, A.S. (2013). Répondre aux besoins de santé des jeunes de la rue. Documents de principes et points de pratique. *Paediatrics & Child Health | Société canadienne de pédiatrie*. 18(6). 322-326. Repéré à : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/besoins-de-sante-des-jeunes-de-la-rue>

- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., et Marks, J.S. (2019). [Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences \(ACE\) Study](#). *American Journal of Preventive Medicine*. 56(6). 774-786. doi:10.1016/j.amepre.2019.04.001
- Fortier, J., Thibaudeau, M.-F., et Campeau, P. (1998). [Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants à Montréal : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions](#). *Nouvelles pratiques sociales*. 11(1). 43-68. doi:10.7202/301423ar
- Frankish, C.J., Hwang, S.W., et Quantz, D. (2005). [Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities](#). *Canadian Journal of Public Health | Revue Canadienne de Santé Publique*. 96(Suppl. 2). S23-29. doi:10.1007/BF03403700
- Hwang, S.W., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., et MacDonald, A. (2011). [Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management](#). *BMC Family Practice*. 12(1). 73. doi:10.1186/1471-2296-12-73
- Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018*. Montréal: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 267. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-10W.pdf>
- Latimer, E., Méthot, C., et Cao, Z. (2016). *Enquête complémentaire sur les personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 août 2015*. Montréal: Institut universitaire en santé mentale Douglas | Ville de Montréal. 122. Repéré à : [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d\\_social\\_fr/media/documents/rapport\\_enquete\\_complementaire\\_final\\_rev2.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/rapport_enquete_complementaire_final_rev2.pdf)
- McCormack, D., et Gooding, B.A. (1993). *Homeless persons communicate their meaning of health*. *The Canadian Journal of Nursing Research | Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 25(1). 33-50. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8330254>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (Publication n°. 978-2-550-57773-7)*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 52 p. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-846-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir - Politique nationale de lutte à l'itinérance (Publication n°. 978-2-550-70034-0)*. Québec: La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services. 74. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- Nikoo, M., Gadermann, A., To, M.J., Krausz, M., Hwang, S.W., et Palepu, A. (2017). [Incidence and associated risk factors of traumatic brain injury in a cohort of homeless and vulnerably housed adults in 3 Canadian cities](#). *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 32(4). E19- E26. doi:10.1097/HTR.0000000000000262

- Pakzad, S., Ringuette, J., et Bergheul, S. (2015). L'itinérance et la santé mentale. Dans S. Bergheul (dir.), *Regards croisés sur l'itinérance*. Québec: Presses de l'Université du Québec. 36-49.
- Parker, R.D., et Dykema, S. (2013). [The reality of homeless mobility and implications for improving care](#). *Journal of Community Health*. 38(4). 685-689. doi:10.1007/s10900-013-9664-2
- Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing and Health. (2010). *Housing vulnerability and health: Canada's hidden emergency*. Toronto: Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing and Health. 12. Repéré à : <https://www.homelesshub.ca/resource/housing-vulnerability-and-health-canada%E2%80%99s-hidden-emergency>
- Roy, S., Morin, D., Lemetayer, F., et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Montréal: Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale. 179.
- Sabourin, G. (2015). Survol : Les traumatismes craniocérébraux et l'itinérance. *Perspectives Infirmières*. 12(1). 55. Repéré à : <https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no1/14-survol.pdf>
- Sapolsky, R.M. (2005). [Sick of poverty](#). *Scientific American*. 293(6). 92-99. doi:10.1038/scientificamerican1205-92
- Seiler, A.J., et Moss, V.A. (2012). [The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless](#). *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 24(5). 303-312. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x
- Trépanier, J.-P. (2007). *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec par les milieux communautaire et institutionnel*. Mémoire de maîtrise en santé communautaire. Université Laval, Québec. 116. Repéré à : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/19143>
- Waegemakers Schiff, J., Pauly, B., et Schiff, R. (2016). Pandemic preparedness in the context of homelessness: Health needs and analysis of pandemic planning in four Canadian cities. Dans K. Buccieri et R. Schiff (dir.), *Pandemic Preparedness: Lessons from H1n1 in Canada*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press. 163-192. Repéré à : <https://ighhub.org/sites/default/files/LessonsfromH1N1-Introduction.pdf>



## Fiche Accompagner

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ACCOMPAGNER DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

69

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

Dans le contexte d'un suivi à moyen ou à long terme, le défi que représente la construction d'une alliance avec des personnes marginalisées et souvent méfiantes qui ont des parcours et des conditions de vie atypiques est bien réel pour les intervenants. Se mettre au service de ces

### COMMENT ACCOMPAGNER LES PERSONNES DANS LEUR CHEMINEMENT ?

personnes dont les choix et les priorités peuvent heurter les convictions et les principes qui guident généralement l'intervenant dans ses actions est une posture exigeante, mais nécessaire.

Comment accompagner les personnes en situation d'itinérance dans leur cheminement ?



Pour plus d'informations sur les pratiques privilégiées dans l'accueil des personnes, voir la fiche [Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services](#).

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec

## J'AI DES QUESTIONS...

### EST-CE QUE L'INTERVENTION AUPRÈS DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE NÉCESSITE DES CONNAISSANCES APPROFONDIES DANS UNE MULTITUDE DE DOMAINES ?

En fait, les équipes qui œuvrent auprès des personnes en situation d'itinérance ne sont pas tant des spécialistes que des généralistes qui s'intéressent aux différentes dimensions de la vie des personnes. Certes, des connaissances en santé mentale, en dépendance et la maîtrise de l'entretien motivationnel, entre autres, sont des atouts non négligeables, mais la base de l'intervention est la même.

### QU'ENTEND-ON PAR « ACCOMPAGNEMENT » ?

Accompagner une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être, c'est cheminer avec elle et l'aider à mobiliser son potentiel, son énergie et ses ressources. Selon là où elle en est dans sa vie au moment où l'intervenant la croise, l'accompagner voudra dire l'aider à faire un bilan, à maintenir ses acquis ou à développer ses compétences, sa confiance en elle, ses forces dans une perspective de changement. C'est une démarche faite d'essais et d'erreurs dont le principal défi est de garder le cap sur la relation tout en étant flexible sur les objectifs. L'accompagnement doit permettre à la personne en difficulté d'acquiescer de l'autonomie, de décider par elle-même et de devenir le premier acteur de sa vie.

L'intervenant n'est pas seulement « à côté de » ou « avec » la personne, il s'implique dans la compréhension de l'histoire, des besoins et des projets de la personne et dans la recherche, avec elle, de solutions existantes ou à créer, pour améliorer sa situation. C'est alors que le rôle d'accompagnement prend tout son sens puisqu'il devra susciter le désir de la personne de sortir de sa zone de confort en la soutenant et en la sécurisant tout au long du processus.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. SOUTENIR LA PERSONNE DANS LA DÉFINITION ET L'ACTUALISATION DE SES PRIORITÉS, DE SES ASPIRATIONS ET DE SES PROJETS DE VIE

### 1.1 RESPECTER LE RYTHME DE LA PERSONNE TOUT AU LONG DE L'ACCOMPAGNEMENT OFFERT

Le changement peut faire peur. La personne qui consulte les services n'est pas nécessairement prête à sortir de la rue à brève échéance ou à s'engager dans un processus de changement à court terme. Elle est vraisemblablement demeurée en marge des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux depuis un certain temps.

Le respect du rythme de la personne est donc central à la création d'une alliance. Il faut prendre le temps et rester centré sur les besoins exprimés par la personne, ainsi que sur ses aspirations.

- Ne précipitez pas les choses. Il est possible que plusieurs rencontres soient nécessaires avant d'entendre la demande réelle de la personne.
- Proposez des rencontres plus fréquentes de courte durée plutôt que de longues rencontres éloignées dans le temps les unes des autres. La régularité des rencontres est importante également.
- N'hésitez pas à demander à la personne de quelle manière elle envisage la fréquence des rencontres ainsi que le meilleur moment pour les tenir en tenant compte de sa réalité et de la vôtre.
- Demeurez flexible et disposé à rencontrer la personne malgré des retards ou l'absence à certains rendez-vous. Il ne faut pas interpréter ces situations comme un désengagement ou un manque d'intérêt de sa part à recevoir vos services.

## 1.2 FAIRE LE POINT RÉGULIÈREMENT

Il est nécessaire de revoir fréquemment avec la personne ce qu'elle désire pour elle-même, de valider ses buts. En faisant des bilans périodiques avec elle, l'intervenant demeure centré sur les bons objectifs et les réajuste au besoin. Ceci permet tant à l'intervenant qu'à la personne de ne pas se décourager devant des défis qui, par exemple, apparaissent trop importants ou qui ne correspondent plus à ce à quoi elle aspire. Cette façon de faire est importante pour nourrir l'espoir, pour faire de petits pas vers un mieux-être. Entre l'idéal et le possible, il est important d'identifier avec la personne ce qui lui convient le mieux et de lui permettre de rester connectée à ses besoins.

## 1.3 EXPLORER ET CONSIDÉRER LES PROJETS DE VIE DE LA PERSONNE

Considérer les projets de vie des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être dans l'accompagnement ne signifie pas que l'intervenant doive les transformer en objectifs à atteindre. Aucun projet ne devrait être réprimé. Chacun peut être découpé en petites étapes réalisables en vue de s'en rapprocher. Il s'agit de les envisager comme un moteur, un levier qui permet à la personne de se mettre en marche, qui lui donne une occasion de faire des pas dans une direction qui lui est chère. Ce faisant, elle accorde à nouveau une valeur à ce qui était important pour elle.

# 2. AIDER LA PERSONNE À REPÉRER SES FORCES, SES RESSOURCES ET SES POTENTIALITÉS

## 2.1 FAVORISER LA RÉAPPROPRIATION DU POUVOIR

Un important travail est à faire pour aider la personne dont l'expérience de la rue a affecté de façon très négative l'image qu'elle a d'elle-même à poser un regard bienveillant sur elle-même et à s'autoriser de la compassion par rapport à ses fragilités, à ce qu'elle a vécu. Il faut, notamment, lui permettre de reconnaître qu'elle a des compétences relationnelles et qu'elle possède des capacités personnelles sur lesquelles elle peut s'appuyer pour améliorer sa situation.

Il faut avoir en tête que se retrouver dans une situation où le contrôle de ses choix et de ses décisions risque de se retrouver entre les mains de quelqu'un d'autre, voire d'un intervenant, constitue un frein potentiel à l'investissement de la personne dans un rapport de relation d'aide.

Les gens intériorisent leurs étiquettes, ils les endossent. Ils intègrent l'image que leur renvoie la société. C'est ce qu'on appelle l'autostigmatisation. L'intervenant doit contribuer à faire tomber ces étiquettes en aidant la personne à reprendre contact avec elle-même, à se reconstruire et à se redécouvrir.

*Une posture d'accompagnement qui favorise le pouvoir d'agir redonne le pouvoir de choisir et outille les personnes afin qu'elles fassent des choix éclairés*

- Gardez en tête que si la personne est devant vous, c'est qu'elle a des ressources personnelles et qu'elle ose consulter.
- Adoptez une position d'échange plutôt que d'expert.
- Lorsque possible, faites « avec » plutôt que « pour ». La personne vivra des expériences de succès qui renforceront son sentiment de compétence.

## 2.2 IDENTIFIER LES FORCES DONT TÉMOIGNE LE PARCOURS DES PERSONNES, Y COMPRIS L'EXPÉRIENCE DE LA RUE, ET TABLER SUR CELLES-CI

Le travail d'intervention et d'accompagnement doit s'appuyer sur les acquis des personnes. L'intervenant doit se rappeler que vivre en situation d'itinérance ou être en situation d'instabilité résidentielle requiert des qualités, des aptitudes ainsi que l'actualisation de mécanismes de protection importants. De plus, ces gens ont des occupations quotidiennes qui s'inscrivent dans une routine qui peut être relativement bien structurée. Il faut reconnaître que cette personne a appris à travers ses expériences et faire appel aux stratégies qu'elle a mises en œuvre et qui fonctionnent ou ont fonctionné par le passé.

## 2.3 VALORISER ET COMMUNIQUER LES AVANCÉES ET LES PROGRÈS OBSERVÉS AFIN DE SUSCITER L'ESPOIR

S'il n'y a pas de chemin déjà tracé pour réaliser de bons suivis, et considérant que l'intervention s'inscrit dans le moyen et long terme, il est par ailleurs important de savoir reconnaître que l'on est sur la bonne voie dans l'intervention. Quels sont des éléments d'une intervention réussie, témoignant des pas effectués avec la personne ?

La personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être peut parfois avoir besoin de soutien et de rétroaction pour reconnaître le chemin qu'elle a parcouru en cours de suivi. L'intervenant doit mettre en lumière les gestes, réflexions et attitudes de la personne qui sont des manifestations de ses forces.

Des exemples d'un résultat positif de l'intervention :

- Le fait que la personne revienne.
- La personne chemine, elle se sent mieux, qu'elle soit ou non en logement.
- Elle n'est plus en situation de survie, elle commence à prendre soin d'elle-même.
- Un lien a été créé avec une personne très isolée, méfiante.

Une bonne intervention aura permis d'offrir aux personnes l'opportunité d'apprendre, d'expérimenter de nouvelles avenues, de faire de nouvelles expériences, d'accéder à de nouveaux services, d'établir des relations saines.

### *Reconnaissez chaque petit pas comme une victoire*

- Soulevez les points positifs de l'expérience et de la trajectoire de la personne, y compris ceux rattachés à son vécu dans la rue. « Malgré tout, vous êtes ici pour demander de l'aide. Vous avez une force de caractère qu'on voit peu chez les gens. » Manifestez de l'intérêt pour les diverses connaissances que la personne peut posséder, aussi loin soient-elles de sa réalité actuelle. Voyez-y l'occasion d'un partage. « Vous étiez mécanicien ? Je comprends mieux comment vous vous y prenez pour avoir toujours un vélo en bon état ! »
- Utilisez des outils qui permettent à la personne de faire une autoévaluation des différentes sphères de sa vie. Celle-ci sera à même d'observer qui elle est dans sa globalité et ce qu'elle a réalisé dans son parcours de vie. Vous aurez ainsi l'occasion de discuter d'un ensemble de sujets, de la connaître autrement.
- Ayez des attentes et des ambitions pour la personne, sans lui en demander trop. Croire en sa capacité de réaliser son potentiel témoigne de votre espoir comme intervenant dans l'accompagnement que vous lui offrez.

- Soulignez ses avancées, par exemple, lors de moments bilans qui permettront à la personne d'apprécier les progrès accomplis. Cela nourrit l'espoir.

### 3. CRÉER UN FILET DE SÉCURITÉ AUTOUR DE LA PERSONNE

#### 3.1 FAVORISER L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS PLUS SÉCURITAIRES TOUT EN RÉDUISANT LES CONSÉQUENCES NÉGATIVES DE CERTAINS COMPORTEMENTS

Dans le domaine de l'itinérance, l'approche de réduction des risques (ou des méfaits) peut s'appliquer dans d'autres sphères que celle rattachée à la consommation problématique de substances psychoactives. Ces personnes qui dorment à l'extérieur et qui, pour certaines, sont intoxiquées, sont à risque de se faire agresser, voler, d'être victimes d'un ensemble d'autres actes de nature violente à caractère traumatique. Sachant qu'une certaine proportion de la population en situation d'itinérance a effectivement vécu des événements traumatiques, l'adoption de comportements plus sécuritaires est à favoriser. Il est important que l'intervenant soit conscient de cette réalité et aborde le sujet pendant l'accompagnement.

Lorsqu'il est difficile d'intervenir de façon à modifier une situation à risque, des interventions visant à en atténuer les conséquences néfastes, notamment pour leur santé, sont particulièrement appropriées.

#### *Co-développer des stratégies de réduction des risques (ou des méfaits)*

- Limitez chez la personne des comportements qui mènent à son exclusion de divers lieux : enjeux de cohabitation dans l'espace public, conflits avec les voisins ou le propriétaire (par ex. : parce qu'elle héberge plusieurs personnes qui sont bruyantes ou qui consomment dans les espaces communs, etc.).
- Nommez les risques, mentionnez vos préoccupations.
- Informez la personne de ses droits, de ses obligations et des conséquences possibles de ses choix.

- Explorez les options qui s'offrent à elle, autres que les comportements destructeurs. Il est important que la personne soit mise à contribution dans la recherche de ses propres solutions.

### 3.2 ENTREPRENDRE DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES DANS LE BUT DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA PERSONNE

Les personnes en situation d'itinérance évoluent parfois dans une sorte de « vide » administratif, dans le sens où elles ne possèdent pas les documents permettant à divers organismes et services de reconnaître leur identité ou leur permettant à elles-mêmes d'exercer leurs droits en tant que citoyens. Le contexte d'accompagnement est une occasion à saisir pour informer la personne sur les recours et services auxquels elle a droit et pour l'aider à accomplir certaines démarches administratives favorisant, par exemple, la prestation et la continuation des soins, l'accès aux médicaments ou l'obtention d'une aide financière de dernier recours. Il existe certaines procédures ou certains programmes s'adressant spécifiquement aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. L'encadré ci-dessous précise certaines démarches qu'il est possible de proposer à la personne au moment opportun dans le processus d'accompagnement (*pour une liste de ressources à contacter pour effectuer ces démarches, consulter la section [Pour en savoir plus](#) ci-bas*).

#### *Accès à la carte d'assurance maladie*

Afin de pouvoir faciliter la prestation future de soins de santé ou de médicaments, il est souhaitable que la personne puisse avoir en sa possession sa carte d'assurance maladie valide.

Au Québec, une modalité administrative particulière existe afin de faciliter l'obtention de la carte d'assurance maladie pour les personnes en situation d'itinérance. Ce service est disponible à travers toutes les régions du Québec et il est gratuit pour la personne en situation d'itinérance (aucuns frais pour l'émission de la carte ni pour la photo).

- Il permet à certains types d'acteurs travaillant dans les établissements de santé et de services sociaux, les centres locaux d'emploi, les bureaux de Services Québec, ainsi qu'à certains organismes communautaires reconnus d'attester de l'identité d'une personne et de sa situation d'itinérance ainsi que de recevoir la carte d'assurance maladie pour cette personne et de la lui remettre.
- La personne en situation d'itinérance qui obtient ainsi sa confirmation ou sa déclaration d'identité et de domicile au Québec a 45 jours pour compléter sa demande de carte d'assurance maladie en se présentant dans un point de services d'authentification offrant ce service, ou dans un des deux bureaux d'accueil de la RAMQ, à Montréal ou à Québec. Le formulaire de demande de carte est disponible à ces endroits, et la photo sera prise sur place, gratuitement.
- Une fois la demande de carte remplie et reçue à la RAMQ, si la personne est déclarée admissible à l'assurance maladie, une carte d'une durée d'un an sera produite. La personne devra donc reprendre le processus avant l'expiration de sa carte (aucun avis de renouvellement n'est transmis par la RAMQ).

Pour plus d'informations sur le processus, vous pouvez contacter la RAMQ (préciser que l'information recherchée est en lien avec la procédure itinérance), l'accueil psychosocial du CISSS ou CIUSSS de votre territoire, Info-Social (8-1-1), votre centre local d'emploi (CLE) ou encore le bureau de [Services Québec](#).

### *Accès au certificat de naissance*

Pour les personnes nées au Québec, la demande d'un certificat de naissance se fait auprès du [Directeur de l'État civil](#) ou dans les bureaux de [Services Québec](#).

- Dans le cas d'une personne en situation d'itinérance qui ne peut pas joindre une pièce d'identité avec photo à sa demande, il est possible pour un répondant de confirmer l'identité de cette personne en remplissant une déclaration du répondant et en expliquant le motif de sa demande dans le formulaire. Ce répondant doit

remplir certaines conditions, comme exercer au Québec une profession reconnue par le Directeur de l'État civil et connaître la personne depuis au moins deux ans.

- Également, un représentant d'un organisme public, parapublic ou privé, pourrait faire une demande de certificat en joignant une lettre officielle de son organisme l'autorisant à demander en lieu et place de la personne son certificat.

Pour les personnes nées au Canada hors Québec, il faut s'adresser directement aux registraires de la province ou du territoire concerné.

### *Accès à l'aide financière de dernier recours*

Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociales (MTESS) a instauré des mesures facilitant la demande d'aide financière de dernier recours (AFDR) aux personnes en situation d'itinérance. Par exemple, il est parfois possible de recevoir un premier chèque en attendant la réception de documents d'identité officiels.

- L'aide financière peut être expédiée par la poste à un organisme communautaire, un établissement de santé et de services sociaux, un CLE ou un bureau de Services Québec. Elle peut également être expédiée à l'adresse d'un tiers désigné par la personne.
- Afin de faciliter la gestion de la remise de l'AFDR ou encore dans une perspective d'accompagnement, une entente peut être conclue entre un organisme communautaire et un CLE ou un bureau de Services Québec.
- Lorsqu'une personne en situation d'itinérance y consent en remplissant un formulaire, l'AFDR peut aussi être versée à un administrateur.
- L'admissibilité à l'AFDR peut donner accès à une prestation spéciale couvrant les frais de séjour dans des centres certifiés offrant des services en dépendance avec hébergement (*voir [ici](#), section 12*).



**Astuce d'intervention !** Il est bon de savoir que, selon certaines conditions, la personne peut encaisser gratuitement un chèque gouvernemental en l'absence d'un compte bancaire (pour plus d'informations, voir le site web du [ministère des Finances](#). Certains organismes communautaires offrent également un service gratuit d'encaissement de chèques.

*Autres démarches à considérer selon les besoins et les caractéristiques de la personne en situation d'itinérance que vous accompagnez*

- N'hésitez pas à contacter le bureau de [Services Québec](#) ou le [centre local d'emploi](#) de votre territoire afin de connaître les programmes de pré-employabilité (par ex. : PASS Action), d'aide à l'emploi ou de retour aux études disponibles.
- Les agents pourront vous donner les détails quant aux critères d'accès à ces programmes. Voir le [Guide des mesures et des services d'emploi](#).

### 3.3 CRÉER UN ESPACE D'ÉCHANGE AUTOUR DE L'ÉVENTUALITÉ DE LA CRISE

Les personnes en situation d'itinérance doivent souvent composer avec des difficultés pouvant provoquer de la souffrance ou de la détresse susceptibles de mettre à mal leurs stratégies d'adaptation habituelles. Ces situations peuvent les mener à la crise. Ainsi, l'élaboration d'un plan de gestion et de prévention de crise peut être une option à explorer dans le cadre de l'accompagnement auprès d'une personne avec qui on a établi un lien de confiance. L'exercice d'élaboration d'un plan de crise consiste à permettre à la personne d'identifier les indices qui précèdent la crise et de partager avec l'intervenant ses propres solutions pour la prévenir ou la désamorcer.

La crise ne doit pas être considérée comme un échec, tant par la personne que par l'intervenant. Elle doit être vue comme une opportunité pour la personne de faire des apprentissages et de nouveaux choix. Ce peut être l'occasion de repartir sur de nouvelles bases ou de consolider la relation d'aide.



**Astuce d'intervention !** Les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires ont développé des protocoles d'intervention en situation

de crise. En prendre connaissance permettra à l'intervenant d'être mieux outillé si la gestion d'une telle situation était nécessaire. Aussi, se renseigner sur les différents services disponibles sur son territoire pour la gestion d'une crise et, selon la situation, ne pas hésiter à recourir à ces services (par ex. : centre de crise avec hébergement, équipes mobiles ou consultation téléphonique).

*S'il vous apparaît pertinent de le faire, explorez ces différentes questions avec la personne pour élaborer un plan de prévention*

- « Qu'est-ce qu'une crise pour vous ? »
- « À partir de votre expérience, qu'est-ce qui peut occasionner une crise ? »
- « Quels sont les signes précurseurs, les indices ? »
- « Quelles sont les conséquences de la crise selon vous ? »
- « Que faites-vous lorsque cela vous arrive ? »
- « Lorsque vous vous sentez fragile, que faites-vous pour éviter la crise, pour vous protéger ? »
- « Qu'est-ce qui a fonctionné par le passé, qu'est-ce qui a moins fonctionné pour faire face à une crise ? »
- « Quelles sont vos attentes envers moi, dans le cas où vous seriez en crise ? »



Concernant les situations dans lesquelles il pourrait être requis de faire une intervention auprès de personnes qui présentent des comportements d'agressivité, consulter la fiche [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent](#).



Concernant les situations pour lesquelles la question de la protection d'une personne en situation de vulnérabilité est présente, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).

*Et si la crise devait se produire*

- Si vous craignez que la relation d'intervention soit mise à mal, rappelez-vous que la crise peut être l'occasion de montrer à la personne que votre équipe et vous êtes dignes de confiance, à la fois pour contenir la crise et pour demeurer auprès d'elle malgré ses difficultés.
- Faites un retour sur la crise après qu'elle se soit résorbée afin de poursuivre l'intervention auprès de la personne.
- Maintenez le cap sur les projets de vie de la personne. Cela lui permettra de se projeter au-delà de la période de crise.
- Si nécessaire, révisez le plan de prévention.

## 4. MOBILISER LES ACTEURS À MÊME DE SOUTENIR LA PERSONNE

### 4.1 ÊTRE PROACTIF DANS LA CRÉATION DE LIENS AVEC LES AUTRES SERVICES

En début d'accompagnement, l'intervenant peut avoir tendance à se centrer sur la création du lien avec la personne ainsi que sur le suivi en tant que tel et à remettre à plus tard l'établissement des liens avec les partenaires des autres services. Pourtant, il importe de faire la liaison rapidement avec ces derniers afin de s'assurer que les services souhaités seront disponibles avec la bonne personne au bon moment.



**Astuce d'intervention !** Pour contrer un problème de portes tournantes, lorsque la personne fait des allers-retours constants entre les services sans qu'on ait répondu à ses besoins, la mise en œuvre d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou d'un plan de service individualisé (PSI) est à privilégier. Le PII ou le PSI permet de clarifier les mandats de chacun et d'offrir à la personne une proposition de soutien plus adaptée à ses besoins. De plus, c'est une occasion pour les différents acteurs de se rencontrer et de mieux comprendre leur offre de service respective. Le médecin de famille gagne

également à être invité. S'il ne peut y être présent, il est important de l'informer des décisions prises et des conclusions de la rencontre.

- Repérez aussitôt que possible les partenaires qui pourraient répondre à certains besoins particuliers de la personne et interpellez-les. Ceci constitue un défi, mais faire seul le suivi complexe d'une personne l'est tout autant, sinon plus.
- Si la personne ne veut pas qu'il y ait d'autres intervenants autour d'elle à ce moment-ci de votre accompagnement, retenez qu'elle pourrait être ouverte à cette idée plus tard. Conservez cette option en tête et développez la relation de confiance. Vous pourrez en reparler et la proposer de nouveau éventuellement.

L'intervenant qui travaille auprès d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être peut également se sentir isolé et parfois en manque de moyens devant l'ampleur de certaines difficultés vécues par la personne qu'il accompagne. La création rapide de liens avec d'autres intervenants permet de se donner un espace de réflexion et d'échanges, de prendre un pas de recul et d'explorer d'autres stratégies et possibilités d'action.

La proactivité dans la création de liens permet, lorsque le suivi se termine, d'éviter de transmettre le flambeau à la dernière minute à un inconnu, et d'offrir plutôt aux personnes une transition plus rassurante grâce à la construction de ponts qui s'est effectuée au fil du temps.

#### 4.2 IDENTIFIER UN INTERVENANT-PIVOT

Lorsque plusieurs acteurs apportent leur soutien à une personne, il est gagnant d'identifier un intervenant-pivot, et ce, même si tous les acteurs ne sont pas du même établissement du réseau de la santé et des services sociaux ou s'ils travaillent dans diverses organisations, dont celles du milieu communautaire. Ceci permet de se doter d'une vision d'ensemble et de prendre des initiatives de manière concertée.

Les personnes en situation d'itinérance circulent à travers les services et certaines séjournent dans différents établissements (par ex. : centre hospitalier, établissement de détention, centre

de réadaptation en dépendance). Il est nécessaire qu'un intervenant reste en lien avec elle et possède cette vision d'ensemble, peu importe où est la personne.

### *Repérer la bonne personne, une étape importante*

- Pour identifier l'intervenant-pivot, demandez-vous avec quel intervenant cette personne a un lien de confiance particulièrement fort, ou encore lequel offre l'accompagnement le plus soutenu dans le temps.
- Si cette personne circule entre deux villes et qu'elle y consent, l'identification d'un intervenant-pivot dans chaque ville est une option à considérer. Tenez compte de la fréquence des déplacements en cours d'année et des motifs qui amènent cette personne à se déplacer dans la stratégie d'identification des intervenants-pivots (par ex. : la personne fréquente les ressources d'hébergement d'urgence seulement l'hiver lorsqu'elle se déplace de sa région d'origine vers une zone urbaine, car elle ne connaît personne dans cette zone qui pourrait l'héberger).

## **4.3 BALISER LES ÉCHANGES D'INFORMATION AVEC LES PARTENAIRES ET ÊTRE PROACTIF DANS LA PROTECTION DES DROITS**

La concertation entre intervenants qui œuvrent auprès d'une même personne peut permettre d'aller plus loin dans l'intervention, d'explorer de nouvelles avenues et d'éviter le clivage. Ceci dit, si l'échange d'informations avec d'autres intervenants et l'accès aux dossiers sont parfois nécessaires pour mieux comprendre la situation d'une personne et intervenir efficacement, l'intervenant a par ailleurs la responsabilité de se faire sa propre opinion clinique dans l'évaluation de la situation de la personne. Il doit également s'assurer que cette dernière demeure l'acteur central du suivi.

D'autre part, il n'est pas nécessaire ni souhaitable de tout connaître à propos de la personne. Le choix des sources d'informations ainsi que leur nature dépendent de plusieurs facteurs : le mandat de l'intervenant, l'état de santé de la personne, les situations d'urgence, ainsi que les modalités de concertation utiles à établir, les informations que la personne nous autorise à divulguer et auprès de qui (policiers, curateur, personnel d'un centre hospitalier, ressources

communautaires, maisons d'hébergement ou ressources d'hébergement d'urgence, établissements de détention).



**Attention !** La [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(articles 17 à 28\)](#) balise clairement les droits des individus quant à l'accès à leur dossier, à la confidentialité, à la communication des renseignements qui s'y trouvent et aux exceptions qui s'appliquent.

*Obtenir le consentement à la communication de renseignements : une démarche qui demande du doigté*

- La création du lien de confiance est le moyen à privilégier pour obtenir le consentement de la personne à l'accès à son dossier. Ceci nécessite parfois du temps et de la persévérance.
- Ne voyez pas un premier refus de consentement de la part d'une personne comme un motif raisonnable de ne pas lui offrir de services.
- Il faut parfois reprendre la discussion et trouver les bons mots pour lui expliquer les motifs pour lesquels avoir son consentement à la communication avec d'autres intervenants est nécessaire.
- Considérez comme essentielles les informations relatives à la condition de santé de la personne qui peuvent avoir un impact déterminant sur les interventions et les soins à apporter (maladies nécessitant des traitements spéciaux, médicaments prescrits).
- Invitez autant que possible la personne aux rencontres d'intervenants qui la concernent (tant les rencontres entre intervenants œuvrant dans différentes ressources que celles réunissant plusieurs intervenants d'une même équipe de suivi intensif), ce qui assure qu'elle demeure au cœur du travail d'intervention et des solutions identifiées.
- Donnez l'occasion à la personne de s'exprimer, de dire son opposition si elle n'est pas d'accord.
- Tenez la personne au courant des renseignements qui s'échangent tout au long du suivi.

- Assurez-vous que les consentements à la communication de renseignements soient précis, restrictifs, libres et éclairés.
- Informez la personne qu'elle peut annuler son consentement en tout temps et qu'il est possible d'en exclure les sujets à propos desquels elle ne veut pas que d'autres intervenants soient informés. Assurez-vous que la personne comprend bien ce qu'elle signe.
- Sachez que le consentement peut se donner verbalement. Ceci peut être une alternative à considérer lorsque, par exemple, la personne se retrouve hospitalisée et que vous souhaitez avoir un échange avec l'infirmière. La personne peut, par téléphone, vous autoriser à faire cette démarche auprès du personnel médical.
- Le consentement peut également être signé à distance et vous être envoyé par télécopieur.

#### 4.4 FAVORISER LES LIENS AVEC L'ENTOURAGE

Une dimension importante du travail de mobilisation est la contribution possible de l'intervenant au rétablissement de relations sociales entre la personne et son environnement qui, au fil du temps, se sont souvent détériorées. En premier lieu, il s'agit pour l'intervenant d'offrir un contexte propice à la construction d'une relation significative avec la personne, puis de l'accompagner dans l'établissement de relations satisfaisantes avec son environnement.

L'intervenant qui a su créer cette relation avec la personne en situation d'itinérance devient un interlocuteur crédible qui agit comme médiateur entre cette personne et son environnement (autres services, réseau social, acteurs liés à l'accès au logement, etc.). Il démontre qu'il est possible d'entrer en relation avec cette personne malgré sa situation et il peut ainsi faciliter la reprise de contact et de dialogue.

#### 4.5 FAVORISER L'ARRIMAGE AUX PROCHAINS SERVICES

Orienter une personne vers un autre service ne signifie pas se dégager complètement de la situation. Selon le contexte d'intervention, il peut être pertinent que l'intervenant demeure

présent bien qu'un autre acteur soit impliqué dans le dossier (par ex. : différence entre le contexte d'intervention à l'accueil psychosocial et celui aux services de soutien d'intensité variable [SIV]). Dans les cas où une zone de co-intervention est pertinente, il est important de déterminer les rôles de chacun auprès de la personne afin d'assurer une continuité du suivi, ne serait-ce que pour quelques mois. Ce moment de co-intervention peut permettre au nouvel intervenant de connaître la personne, notamment ses forces et ses capacités.

*Faites une référence « de quelqu'un à quelqu'un », plutôt que « de quelqu'un vers quelque part »*

- Préparez la personne à son nouveau suivi. Aidez-la à définir ce qui l'inquiète, le cas échéant.
- Présentez le nouveau service/intervenant si cela n'a pu se faire avant.
- À la fin d'un suivi, lorsque cela est pertinent, faites un transfert personnalisé en officialisant la transition vers l'autre ressource afin que la personne y soit accueillie et accompagnée dans l'expression de ses besoins et de ses priorités. Ceci facilitera son adaptation au changement.
- Communiquez aux intervenants qui prendront la relève les forces et les capacités de la personne ainsi que les contacts que celle-ci a établis au fil du temps avec d'autres services ou d'autres ressources.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS PERTINENTS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

*Consensus d'experts dans l'intervention auprès de personnes combinant parcours d'itinérance et problèmes de santé*

- [30 principes de l'intervention dégagés par des équipes spécialisées en itinérance](#)

*Dossier Savoirs d'intervention en itinérance - Récits de pratiques ([cremis.ca/savoirs-itinerance](https://cremis.ca/savoirs-itinerance))*

- [Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études](#)
- [Accompagner sans succomber à l'urgence. Quand l'intervention consiste à attendre le moment propice au rétablissement](#)
- [L'usage du récit personnel et du cahier du rétablissement dans l'intervention](#)
- [Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes](#)

## INFORMATIONS SUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES À ENVISAGER AFIN DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE L'ÊTRE

*Pour plus d'informations sur les démarches à suivre pour obtenir la carte d'assurance maladie, contactez :*

- La Régie de l'assurance maladie du Québec (1-800-561-9749). Veuillez préciser que l'information recherchée est en lien avec la procédure itinérance.
- L'accueil psychosocial du CISSS ou du CIUSSS de votre territoire
- Info-Social (8-1-1)
- Votre [centre local d'emploi](#)
- Le [bureau de Services Québec](#)

Pour plus d'informations sur les démarches à suivre pour obtenir le certificat de naissance :

- [Formulaire de déclaration du répondant](#)
- [Renseignements généraux pour remplir la déclaration du répondant](#)
- [Formulaire de demande de certificat de naissance](#)

*Pour plus d'informations sur le versement de l'aide financière de dernier recours pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être :*

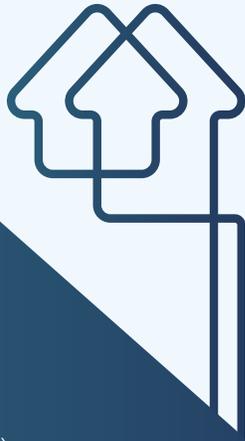
- [Informations générales sur les procédures pour obtenir l'aide financière de dernier recours selon les situations spécifiques](#)
- [Informations sur les procédures pour obtenir l'aide financière de dernier recours pour des personnes en situation d'itinérance](#)
- [Formulaires relatifs à l'aide financière de dernier recours](#)
- [Aide-mémoire destiné aux personnes judiciairisées](#)
- [Pour les prestations spéciales](#)
- [Soutien financier aux mineures enceintes](#)
- [Informations sur la prestation spéciale couvrant les frais de séjour dans des centres offrant des services en toxicomanie avec hébergement certifiés par le MSSS](#)

*Autres liens utiles :*

- [Programmes d'aide à l'emploi](#)
- [Programme objectif emploi, volet Habilités sociales](#)
- Encaissement de chèques gouvernementaux, ouverture d'un compte bancaire et gestion des finances :
  - <http://www.finances.gouv.qc.ca/fr/Ministere226.asp>
  - <https://www.canada.ca/fr/agence-consommation-matiere-financiere/services/activites-bancaires/encassier-cheque-gouvernement.html>
  - [https://www.option-consommateurs.org/documents/principal/fr/File/guide\\_servfi\\_1205.pdf](https://www.option-consommateurs.org/documents/principal/fr/File/guide_servfi_1205.pdf)
  - <https://lautorite.qc.ca/grand-public/>

## BIBLIOGRAPHIE

- Colombo, A. (2013). [Défis et conditions de l'accompagnement de la sortie de la rue](#). *Lien social et Politiques*(70). 171-187. doi:10.7202/1021162ar
- Desrosiers, C., et Larose, S. (2012). *L'accompagnement dans le changement dans un contexte d'itinérance : un modèle d'intervention : un modèle d'intervention développé à Hébergement La Casa Bernard-Hubert*. Longueuil: Hébergement La Casa Bernard-Hubert. 46. Repéré à : <http://www.la-casa-bernard-hubert.org/file-fetch/2-l-accompagnement-dans-le-changement-dans-un-contexte-d-itinerance.pdf>
- Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013). *Cahier des récits de pratique d'intervention en itinérance des équipes du projet Chez soi à Montréal*. Montréal: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). 274. Repéré à : <http://www.cremis.ca/sites/default/files/recits-de-pratique/cahier-des-recits-chez-soi-hurtubise-rose-2013.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*. (Publication no 978-2-550-81066-7). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux 40. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-02W.pdf>



## Fiche Protéger

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# PROTÉGER LES PERSONNES LORSQUE LEUR ÉTAT OU LA SITUATION LE REQUIERT

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Cette fiche porte principalement sur les situations qui soulèvent des interrogations ou des doutes quant au besoin de protection des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Ces questionnements peuvent survenir devant un risque accru d'atteinte à leur santé, à leur sécurité et à leur intégrité ou encore, dans certains contextes, d'un risque pour

autrui. En présence de tels questionnements, il est important de rester à l'écoute de la personne et de l'accompagner dans la recherche de solutions. Toutefois, si l'urgence de la situation ou sa dangerosité le requiert, notamment parce que l'état mental de la personne est perturbé et qu'il n'a pas été possible d'obtenir sa collaboration pour trouver des solutions malgré toutes les tentatives, des

### COMMENT DRESSER UN PORTRAIT PLUS PRÉCIS DE LA SITUATION D'UNE PERSONNE QUI PARAÎT ÊTRE DANS UN ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ IMPORTANTE ? QUE DOIT-ON EXPLORER ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

mesures de protection exceptionnelles doivent être envisagées. Des lois balisent clairement les conditions d'application de ces mesures, ainsi que les droits et recours des personnes qui en font l'objet. Il ne faut jamais perdre de vue qu'il s'agit de mesures d'exception : toutes les autres options d'intervention sont à privilégier avant d'y avoir recours.

Comment dresser un portrait plus précis de la situation d'une personne qui paraît être dans un état de vulnérabilité importante ? Que doit-on explorer ?

Lorsque l'intervenant constate un danger pour la personne ou pour autrui et conclut à l'urgence d'agir (par ex. : après avoir tracé le portrait initial de la situation de la personne, parce que son état s'est dégradé ou parce qu'une situation non anticipée se présente), que doit-il faire ? Qui peut le soutenir ?

## **J'AI UNE QUESTION...**

### **EST-CE QUE LA VOLONTÉ DE PROTÉGER UNE PERSONNE EN SITUATION D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE L'ÊTRE MÊME CONTRE SON GRÉ NE RISQUE PAS DE PORTER ATTEINTE À SES DROITS FONDAMENTAUX ?**

Il est vrai qu'accompagner des personnes en situation de grande précarité et vulnérabilisées par leurs circonstances de vie comporte des défis pour les intervenants, car ce contexte d'intervention est susceptible de mettre en opposition certains droits fondamentaux : le droit à l'intégrité, à la liberté, au secours et à la sécurité.

Il faut se rappeler que :

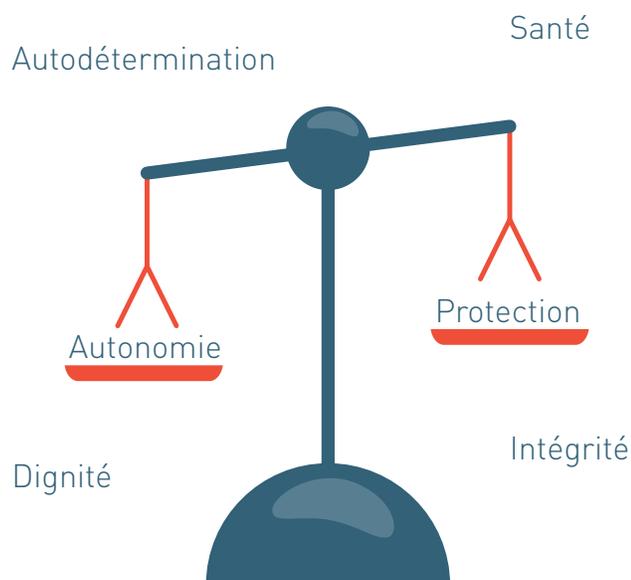
- La majorité des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être sont capables de prendre des décisions pour elles-mêmes et sont aptes à consentir aux soins, ce que l'intervenant doit respecter, soutenir et valoriser.
- Ces personnes ne représentent pas d'emblée une menace pour la sécurité d'autrui. Elles ne sont pas non plus toutes aux prises avec un trouble mental et lorsque c'est le cas, elles ne sont pas nécessairement violentes et ne représentent pas automatiquement un danger.
- Elles ont les mêmes droits que toute autre personne.



**Attention !** La vulnérabilité d'une personne peut coexister avec le respect de son autodétermination.

À trop vouloir protéger la personne, il y a un risque d'anticiper un danger qui peut porter préjudice à sa liberté et à son autonomie. Par exemple, « trop protéger » une personne contre un risque d'aggravation d'un problème de santé peut aller à l'encontre de son droit à prendre des décisions pour elle-même, à consentir ou non à des soins. À l'inverse, une intervention qui ne prend pas en considération le besoin de protection de la personne et qui sous-estime certaines incapacités de celle-ci peut porter préjudice à son intégrité, à sa sécurité ou à celle d'autrui.

Cette balance illustre la nécessité de soupeser chacun de ces éléments dans toutes les situations où la question du besoin de protection d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être se pose.



# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. EXPLORER UNE SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Dans le cas où un intervenant rencontre une personne qui présente un risque accru de subir un préjudice (par ex. : danger pour sa santé physique ou mentale, possible situation d'exploitation, accès limité aux soins), il gagne à noter ses observations pour soutenir son jugement clinique. Il doit sopeser les facteurs de risque et de protection. Pour ce faire, il est important que l'intervenant collabore étroitement avec la personne afin d'avoir accès à sa perception de la situation et explorer avec elle ce qui peut être mis en place de manière à éviter que la situation ne se détériore et que le risque d'atteinte à sa santé, sa sécurité et son intégrité augmente, voire débouche sur une éventuelle nécessité d'intervenir pour la protéger.

### 1.1 CONNAÎTRE ET OBSERVER LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

La présence de certains indices peut indiquer que la personne est dans une situation de vulnérabilité importante qui risque de lui causer des torts sérieux si elle persiste. Outre les indices qu'on peut observer dans l'immédiat de la rencontre avec la personne, certaines conditions de vie, dont des circonstances socioéconomiques (par ex. : accès à des ressources et à des services) ou de santé, ou encore des caractéristiques sociodémographiques (par ex. : âge, sexe, genre, origines ethnoculturelles), doivent également être considérées, car non seulement elles ont pu contribuer au processus ayant mené la personne à vivre ou être à risque de vivre une situation d'itinérance, mais elles peuvent également continuer d'augmenter le risque d'atteinte à sa santé, sa sécurité et son intégrité.



**Attention !** Il est important de distinguer les facteurs de vulnérabilité de la situation d'itinérance elle-même. Certaines sphères de la vie domestique sont difficiles à observer dans un contexte où la personne n'a pas de logement stable et sécuritaire (par ex. : si elle vit temporairement chez des proches, dans une ressource intermédiaire, dans une voiture ou dans la rue), mais globalement, il est tout de même possible de faire des observations qui éclaireront le jugement de l'intervenant.

## *Quelques volets à explorer pour déceler des facteurs de vulnérabilité*

### Besoins de base

- Revenu insuffisant pour couvrir certains besoins essentiels
- Absence d'un endroit prévisible, stable et sécuritaire pour dormir, se reposer, se soigner ou se retirer au besoin
- Alimentation et hydratation inadéquates ou insuffisantes, et la personne ne fait appel à aucune ressource disponible pour répondre à ces besoins, même si elle les connaît
- Habitudes de sommeil modifiées : dort très peu (par ex. : est en hypervigilance constante) ou encore dort tout le temps.

### Liens sociaux

- Absence d'un réseau de soutien minimal (social, familial) ou de liens significatifs
- Non-fréquentation de ressources ou refus de recevoir du soutien en cas de besoin (par ex. : se retrouve en état d'hypothermie après avoir refusé d'être accompagnée vers une ressource d'hébergement par grand froid ou de porter des vêtements appropriés à la température).

### Santé physique et mentale

- Présence d'une maladie chronique ou dégénérative
- Difficulté à prendre soin de sa santé (par ex. : ne se présente pas à ses rendez-vous médicaux, démontre une mauvaise observance répétée de la médication qui a des conséquences significatives sur sa condition de santé)
- Lieu de résidence dans un état de délabrement important (par ex. : présence de vermine ; dort sur un matelas infesté de punaises lui causant des réactions allergiques importantes et refuse de le changer malgré l'offre de lui en trouver un autre sans frais ; non-accès au chauffage, à une toilette)

- Propos ou réactions qui suscitent des questionnements quant à l'état mental et à son caractère dangereux (*voir la section 2 [Mettre par écrit ses observations devant la présence d'un danger lié à l'état mental](#), ci-dessous*).

Capacité à prendre soin de soi

- Absence d'une hygiène de base qui a un impact sur sa santé et son intégrité (par ex. : problème de plaies persistantes aux pieds, mais refus de se laver ou de changer de chaussettes)
- Présence d'une incapacité jumelée aux conditions de vie en situation d'itinérance (par ex. : mobilité réduite et incapacité de se déplacer pour assurer sa sécurité, particulièrement lors de périodes de grand froid ou de grande chaleur).

Capacité à faire des choix éclairés et à se protéger

- Difficulté à administrer ses biens (par ex. : la personne semble présenter des limitations intellectuelles importantes, présente un trouble lié à l'usage d'une substance et est régulièrement volée par des revendeurs de drogues lorsqu'elle reçoit ses prestations d'aide financière de derniers recours)
- Signes pouvant indiquer un trouble cognitif (par ex. : pertes de mémoire, incapacité à analyser une situation, à prendre des décisions la concernant, à s'orienter dans le temps et dans l'espace).

## 1.2 MOBILISER LA PERSONNE DANS L'ANALYSE DE SA SITUATION ET DANS L'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE PROTECTION

La mobilisation de la personne est essentielle afin d'avoir accès à sa vision de la situation et d'explorer la présence de facteurs de protection pouvant contrebalancer des facteurs de vulnérabilité ou servir de levier pour permettre à la personne de mieux répondre à ses besoins. La prévention, la création d'une alliance thérapeutique et la préservation du lien sont d'une grande importance.

Cette démarche de mobilisation auprès de la personne constitue un terrain fertile pour l'intervention et permet, entre autres :

- La création d'un lien
- La mise en place d'un filet de sécurité
- Un travail sur le plan de la motivation
- La promotion de pratiques sécuritaires
- La réduction des risques (ou des méfaits).



**Attention !** Dans la majorité des situations, l'intervenant pourra, en parlant avec la personne de ses inquiétudes et de concert avec elle, participer à la mise en place de solutions pour remédier à la situation, pallier les difficultés et gérer les risques. Les solutions trouvées par la personne ne seront peut-être pas celles que l'intervenant aurait privilégiées. Ce dernier est alors encouragé à revoir ses objectifs et à continuer d'accompagner la personne dans ses choix. La personne peut être tout à fait apte à prendre des décisions de manière libre et éclairée.



Consulter la fiche [Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes](#) pour prendre connaissance des pratiques à privilégier afin de soutenir la mobilisation d'une personne dans ses démarches vers un mieux-être.



La fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#) propose certaines approches à privilégier relativement à la promotion de pratiques sécuritaires. Elle propose également certains outils pour mobiliser les personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental.

### *Transparence et collaboration*

- Dites-lui que vous vous inquiétez pour elle et demandez-lui si elle a une idée de ce qui vous préoccupe actuellement.
- Est-elle préoccupée par la situation, par son état ?
- Laissez-lui la place et le temps pour exprimer sa perception de la situation. Ce dialogue pourra servir de levier à l'intervention.
- Précisez-lui que votre souhait est qu'elle puisse prendre ses propres décisions, mais que vous ne désirez pas voir sa sécurité, sa santé et son intégrité mises en péril si la situation se détériorait.

### *Exploration, filet de sécurité et priorités d'action*

- Intéressez-vous à la trajectoire de la personne. Par exemple, est-elle en situation d'itinérance ou de précarité résidentielle depuis longtemps ? Est-ce que certains facteurs de vulnérabilité paraissent être directement liés à la situation de précarité résidentielle ou étaient-ils déjà présents avant qu'elle ne s'y retrouve ?
- Concentrez-vous sur les éléments qui présentent actuellement un risque. Ne visez pas à régulariser l'ensemble de la situation à court terme. D'autres démarches pourront être entreprises dans le futur.
  - › Quels moyens la personne prend-elle pour faire face, même de manière sporadique, à la situation ou pour gérer les facteurs qui augmentent sa vulnérabilité ?
  - › Quelles sont ses compétences et sa capacité à mettre en place son propre filet de sécurité ?
  - › Comment pourrait-elle reconnaître les signes que la situation se dégrade et que compte-t-elle faire si elle en fait le constat ? Proposez-lui d'établir un plan.
  - › Si plusieurs intervenants sont impliqués auprès de la personne, explorez

avec celle-ci qui pourrait vous aider à mieux comprendre sa situation afin d'éviter, dans certains cas, de recommencer certaines démarches inutilement. Utilisez le formulaire de consentement à communiquer propre à votre organisation ou notez le consentement verbal au dossier.

- › Mobilisez l'entourage et la famille de la personne concernée. Dans le cas des personnes vivant en situation d'itinérance, un tel réseau peut être composé d'un ami, d'une personne travaillant dans un commerce à proximité, de travailleurs de rue, d'organismes communautaires, etc. Qui pourrait contribuer à la soutenir dans la mise en place du plan afin de minimiser les risques pour sa santé, sa sécurité et son intégrité ?
- Faites appel à des collègues de votre équipe pour faire le bilan de vos observations et consolider votre jugement clinique.



**Attention !** L'intervenant doit rester à l'affût d'une détérioration de la situation.



**Astuce d'intervention !** Il est souvent utile de consulter les autres intervenants, les proches et la famille qui gravitent autour de la personne, tout en se rappelant que toute communication d'information de la part d'un intervenant à un tiers doit faire l'objet d'un consentement de la personne concernée, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou l'intégrité de celle-ci. Cela est d'autant plus important si la relation entre l'intervenant et la personne est récente et si cette dernière semble hésitante à collaborer. Les collaborations permettent à l'intervenant de compter sur des alliés qui jouent un rôle de vigie auprès de la personne en situation de vulnérabilité, en étant régulièrement en contact avec celle-ci.



*Certaines mesures de protection peuvent également s'appliquer dans les cas où une personne n'est pas apte à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens (par ex. : tutelle<sup>1</sup>). Pour de l'information de base concernant l'inaptitude et le besoin de protection (moyens de représentation courants, mesures de protection juridique, démarches associées), consulter la section [Pour en savoir plus](#) ci-dessous.*

## 2. METTRE PAR ÉCRIT SES OBSERVATIONS DEVANT LA PRÉSENCE D'UN DANGER LIÉ À L'ÉTAT MENTAL

Lorsque l'intervenant est préoccupé par la présence d'un danger pour la personne ou pour autrui, il doit tout d'abord se questionner et mettre par écrit ses observations relatives à la nature du danger, à l'urgence d'agir et à la présence ou non d'un état mental perturbé. Ces observations lui permettront de mieux s'orienter quant aux actions à privilégier et d'informer les équipes qui prendront le relais (s'il y a lieu). L'intervenant doit également faire de son mieux pour obtenir la collaboration de la personne et, au besoin, calmer la situation.

Le tableau ci-dessous (adapté de MSSS, 2018a) offre quelques repères pour soutenir l'intervenant dans sa prise de décision quant aux actions à privilégier devant la présence d'un danger lié à l'état mental. Les sections qui suivent proposent aussi quelques questions à se poser afin de déterminer le niveau de danger et les actions à privilégier.



*Plusieurs informations dans cette section sont tirées du [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux](#). Les intervenants sont invités à consulter ce document (notamment les outils présentés dans l'annexe 8). Ces outils sont utilisés par les professionnels du service de consultation téléphonique 24/7 d'Info-Social.*

---

<sup>1</sup> La nouvelle Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité devra entrer en vigueur en juin 2022. Pour plus d'information, visiter la page web du [Curateur public](#).

	La personne accepte de collaborer	La personne n'accepte pas de collaborer
<b>Absence de danger</b>	Explorer la situation de vulnérabilité ; mobiliser la personne (voir <a href="#">section 1</a> ).	Faire appel au 8-1-1 ou au service d'aide en situation de crise désigné ; déposer une requête pour évaluation psychiatrique ; continuer de travailler l'adhésion (voir <a href="#">section 2</a> et <a href="#">section 3.2</a> ).
<b>Danger faible</b>		
<b>Danger grave et non immédiat</b>	Faire appel au 8-1-1 ou au service d'aide en situation de crise désigné (voir <a href="#">section 2</a> ).	Faire appel au service d'aide en situation de crise désigné ; aux policiers (9-1-1) ; continuer de travailler l'adhésion (voir <a href="#">section 3.1</a> ).
<b>Danger grave et immédiat</b>		



**Astuce d'intervention !** À tout moment, un intervenant peut communiquer avec le service de consultation téléphonique [Info-Social 8-1-1](#) afin de discuter de la situation qui le préoccupe et partager ses observations. Ce service est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7<sup>2</sup>. Selon la nature des observations rapportées, l'intervenant d'Info-Social 8-1-1 pourra le diriger vers une personne ou un service autorisés à estimer la présence d'un danger en raison d'un état mental perturbé. L'intervenant gagne également à discuter de la situation avec ses collègues et son gestionnaire.



**Attention !** La présence d'un trouble mental n'est pas synonyme de dangerosité. Il ne faut pas non plus confondre besoin de traitement et dangerosité. La présence d'idées de grandeur, d'agitation, d'euphorie, par exemple, ne permet pas de présumer qu'il y a un danger associé à ce comportement ou une urgence d'agir.

<sup>2</sup> Le service Info-Social 8-1-1 est actuellement offert dans toutes les régions du Québec, à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. À noter qu'il existe d'autres services d'écoute téléphonique 24/7 dans ces deux régions, dont :

- [Ligne d'écoute Wiichihwaauwin](#) : 1-833-632-4357 (Terres-Cries-de-la-Baie-James)
- [Ligne d'aide Nunavut Kamatsiaqtut](#) (inuktitut / anglais) : 1-800-265-3333 (Nunavik)
- [Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuit](#) : 1-855-242-3310



Consulter la fiche [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent](#) afin de prendre connaissance des pratiques à privilégier devant certains comportements pouvant susciter des inquiétudes et de l'inconfort chez les intervenants et l'entourage sans toutefois constituer un danger lié à l'état mental. Y sont également présentés des indices et des éléments à considérer dans l'analyse d'un risque pour la sécurité en cours d'intervention.

## 2.1 Y A-T-IL PRÉSENCE D'UN DANGER ?

Pour déterminer s'il y a présence d'un danger pour la personne ou autrui, l'intervenant doit considérer différents types de danger, dont le danger homicidaire ou d'agression, le danger suicidaire et d'autres menaces. Par exemple, les conséquences d'une hygiène déficiente, telles que des plaies importantes non traitées, de l'infection, voire une nécrose apparente, peuvent constituer une menace pour l'intégrité de la personne en situation d'itinérance, de même qu'un arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation (par ex. : par crainte d'être empoisonnée).

### *Définition de la dangerosité (MSSS, 2018a)*

« La dangerosité est définie comme une probabilité élevée d'un passage à l'acte dangereux associé à un état mental. Parler de danger suppose la possibilité d'un dommage considérable à l'intégrité de la personne ou d'autrui. À l'extrême degré de gravité, le danger suppose une menace à la vie, comme dans les cas de suicide ou d'homicide. Bien que la dangerosité soit habituellement établie afin de prévenir certaines actions d'une personne, elle peut également résulter d'une omission de sa part, comme celle de poser les gestes absolument essentiels pour se maintenir en vie. »



Concernant les pratiques à privilégier afin de prévenir le suicide, consulter le guide [Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#).

## 2.2 EST-CE QUE CE DANGER EST GRAVE ?

Plus l'atteinte pressentie à l'intégrité de la personne ou à celle d'autrui est importante, étendue, multiple ou irréversible, plus le danger est grave. C'est le cas lorsque la vie de la personne ou d'autrui est menacée<sup>3</sup>.



**Attention !** Certains facteurs de risque propres aux conditions de vie en contexte d'itinérance peuvent avoir un impact sur le niveau de gravité d'un danger. Par exemple, le fait de consommer des substances psychoactives en grande quantité et de dormir dans la rue, sans protection, de manière répétitive, dans des conditions insalubres et à des températures très froides peut amener une personne à subir une engelure profonde qui, non traitée, pourrait avoir des conséquences irréversibles (par ex. : conduire à l'amputation). De plus, certaines personnes ayant vécu de nombreux traumatismes par le passé sont dans un état d'« engourdissement » qui les rend très peu sensibles à certaines sensations physiques, voire à la douleur, cela pouvant augmenter la gravité des conséquences.

## 2.3 Y A-T-IL URGENCE D'AGIR ?

Plus le temps nécessaire pour contrer le danger (temps utile) se rétrécit, plus le niveau d'urgence est élevé.

- Est-ce que les gestes pressentis ou les menaces pour la santé, la sécurité et l'intégrité sont imminents ?
- Est-ce qu'une menace est proférée à l'encontre d'une personne en particulier ? Cette personne est-elle accessible ?
- Ai-je une marge de manœuvre en tant qu'intervenant ? De combien de temps je dispose pour agir : de quelques minutes ? d'une heure ? d'une journée ? d'une semaine ?

---

<sup>3</sup> Voir le [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux](#).

Dans toute situation où l'intervenant estime que la sécurité de la personne, la sienne ou celle d'autrui est compromise dans l'immédiat, il doit faire appel au 9-1-1. Toutefois, s'il dispose d'une marge de manœuvre (temps utile), il est fortement recommandé de contacter le service Info-Social 8-1-1<sup>4</sup> afin de recevoir du soutien clinique pour estimer s'il y a danger grave et immédiat en raison de l'état mental ou gérer la situation de crise, tout en continuant d'accompagner la personne et de chercher sa collaboration<sup>5</sup>.



**Attention !** La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) prévoit à [l'article 19](#) qui peut communiquer certains renseignements contenus au dossier d'une personne sans son consentement et dans quel contexte. [L'alinéa 19.0.1](#) traite des situations où un danger grave et imminent autorise cette communication. L'intervenant doit consulter son supérieur immédiat ou l'instance désignée dans son établissement pour toute situation où le respect de la confidentialité ou du secret professionnel est en jeu relativement à la protection d'une personne.

---

<sup>4</sup> Voir note 2 de bas de page portant sur les services d'écoute téléphonique 24/7 dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik.

<sup>5</sup> Pour plus d'information, l'intervenant est invité à consulter [l'offre de service du programme-services Services sociaux généraux](#) ou le [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux](#).

## 2.4 EST-CE QUE CE DANGER EST LIÉ À L'ÉTAT MENTAL ?

L'intervenant doit mettre par écrit les éléments qui l'inquiètent relativement à la présence possible d'un danger associé à l'état mental. Attention, il faut distinguer les notions de « trouble mental » et d'« état mental perturbé » : une personne avec un diagnostic psychiatrique (un « trouble mental ») ne présente pas un état mental perturbé en tout temps et une personne sans diagnostic peut avoir un état mental perturbé. De fait, de multiples autres causes peuvent être à l'origine de cet état : la démence, un trouble neurologique, un traumatisme crânien, le syndrome de l'alcoolisme fœtal, la consommation de substances psychoactives, la réactivation de traumatismes passés, l'état de crise, etc.

### *Certaines sphères pouvant être affectées par un état mental perturbé*

- le comportement et l'apparence
  - › sur le plan verbal (débit lent, très rapide, parole désinhibée, etc.)
  - › sur le plan non verbal (apathie, perte de poids, impulsivité, agitation, etc.)
- l'attitude en lien avec l'intervention (méfiance, suspicion, indifférence, etc.)
- l'orientation dans le temps, l'espace et en rapport aux personnes (par ex. : ne pas savoir quel jour nous sommes, où elle est, avec qui elle est)
- l'affect ou l'humeur (anxiété, angoisse, tristesse, rage, euphorie, agressivité, etc.)
- le contenu de la pensée (idées de grandeur, de persécution, incohérentes, récurrentes, idées suicidaires, etc.)
- la perception (déformation de la réalité, présence d'hallucinations visuelles ou auditives, voix impératives commandant de blesser une autre personne)
- le jugement (absence d'autocritique face à un danger potentiel, jugement altéré en raison d'un trouble cognitif, etc.).



**Attention !** Une personne peut avoir un jugement altéré par un état mental perturbé ET ne pas présenter de danger (par ex. : croire qu'elle va hériter très bientôt d'une grosse somme d'argent). Dans ce cas, l'intervenant doit garder l'œil ouvert et poursuivre son accompagnement tel que décrit dans la section 1.2 [\*Mobiliser la personne dans l'analyse de sa situation et dans l'identification de facteurs de protection\*](#) ci-dessus.



**Attention !** La dangerosité tout comme l'état mental perturbé sont des réalités qui fluctuent : il faut donc être en **constante réestimation** de ces dimensions lorsqu'une situation préoccupante persiste.

## 2.5 EST-CE QUE LA PERSONNE EST DISPOSÉE À COLLABORER ?

L'intervenant doit faire part de ses observations à la personne. Il doit rechercher sa collaboration aux interventions proposées, y compris s'il s'agit de se rendre à l'urgence consulter un psychiatre si la situation l'impose. Il doit tenter de susciter cette collaboration à l'aide de tous les moyens mis à sa disposition. De plus, cette recherche de collaboration et de volontariat doit être constante. Il faut se rappeler que la trajectoire de la personne en situation ou à risque d'itinérance peut être parsemée de déceptions relativement aux services offerts et d'obstacles dans l'accès aux services. C'est seulement lorsque ce travail important de mobilisation de la personne ne peut se faire assez rapidement au regard du danger présent que l'on peut mettre en place des actions exceptionnelles visant à protéger la personne sans son consentement.



**Attention !** L'intervenant doit se demander s'il est le mieux placé pour rechercher la collaboration de la personne. L'absence d'un lien de confiance peut être un obstacle à l'atteinte d'un compromis ou à l'engagement de la personne dans une démarche d'aide. Si un autre intervenant ou quelqu'un de l'entourage a un lien privilégié avec elle et que le consentement à communiquer a été donné au préalable, il est judicieux de faire appel à ce dernier pour mobiliser la personne.

*Dans le cas où la personne accepte de collaborer à l'intervention, pour recevoir des soins et des services*

- Établissez un plan de protection.
- Maintenez la personne active dans les prises de décision, acceptez de négocier lorsque cela est possible.
- Entrenez les démarches avec la personne afin d'assurer qu'elle reçoive les services dont elle a besoin.
- Explorez la place que l'entourage peut prendre dans le soutien à lui apporter (réseau social, un autre intervenant ou service).

*Dans le cas où dans un premier temps, la personne se montre réticente ou réfractaire devant les soins et les services proposés*

- La transparence demeure de mise.
- Soyez clair sur ce qui n'est pas une option pour vous dans les circonstances, par exemple le statu quo.
- Explorez sa vision des services d'aide et de soins.
  - › Sait-elle comment faire, voire formuler une demande de soins ou de services ?
  - › A-t-elle des expériences antérieures qui teintent sa vision des soins ?
  - › Connaît-elle les possibilités de soins ou de services ?
  - › A-t-elle honte de consulter ?
  - › A-t-elle peur des conséquences possibles d'une consultation parce qu'elle est consciente de ses défis, de ses limitations ?
  - › Est-ce que les soins proposés interfèrent avec sa consommation de substances psychoactives (par ex. : une hospitalisation) ?

- A-t-elle perdu espoir en l'amélioration de sa situation ?
- Offrez-lui de faire appel à son entourage (réseau social, intervenants) afin de la soutenir.
- Proposez-lui des avenues pour aller vers les services et parlez des avantages d'aller vers les soins. Offrez un espace de négociation qui permet à la personne de dire « oui ». Par exemple : la personne peut refuser de consulter un médecin dans un premier temps, mais accepter de rencontrer une infirmière. Explorer avec la personne la possibilité de faire appel à des services qui répondent mieux à ses besoins (horaires flexibles, cadre moins formel, etc.).
- Assurez-vous qu'elle comprenne les risques qu'elle encourt sur le plan de sa santé, de sa sécurité et de son intégrité du fait de ne pas recevoir des services ou des soins dans son contexte de vie actuel.
- Si le contexte le permet, mentionnez-lui que devant la situation actuelle, si vous n'obtenez pas sa collaboration, vous devrez envisager de discuter de la situation avec d'autres personnes, voire un juge, afin de vérifier si vos inquiétudes sont fondées et de déterminer si elle peut bénéficier d'une évaluation psychiatrique de la part d'un médecin.



**Attention !** Toute personne est présumée apte à consentir aux soins. Ce n'est pas parce qu'une personne en situation d'itinérance est sous curatelle ou sous un régime de protection, a un trouble mental, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou des troubles cognitifs qu'elle ne peut pas comprendre les risques qu'elle encourt ou prendre une décision libre et éclairée. Toutefois, il est possible que certaines conditions de santé ou un état mental perturbé affectent la capacité de la personne à comprendre les risques encourus si elle ne reçoit pas les soins requis par son état de santé. La notion de consentement aux soins est balisée par le [Code civil du Québec \(art. 11 à 17\)](#).

### 3. UTILISER LES LEVIERS LÉGAUX EN L'ABSENCE D'UNE COLLABORATION DE LA PERSONNE LORSQU'UN DANGER GRAVE EST PRÉSENT

Dans le cas où l'intervenant observe des indices d'un danger grave et d'un possible état mental perturbé et que la personne refuse de collaborer, il est possible de recourir à des leviers légaux afin de la protéger. Deux de ces leviers sont décrits dans les sections suivantes :

1. Le recours à [l'article 8](#) de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, mieux connue sous l'appellation P-38, en cas de danger grave et immédiat (présence d'une urgence)
2. La requête pour ordonnance d'évaluation psychiatrique de la dangerosité, si le danger est jugé grave, mais non immédiat ([articles 27 et 28](#) du Code civil). Voir aussi les dispositions de la [loi P-38.001](#) à cet effet.



*L'intervenant est invité à consulter le [Guide pratique sur les droits en santé mentale – Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale](#) qui présente de manière claire et vulgarisée un ensemble d'informations, notamment sur la requête pour évaluation psychiatrique et l'ensemble des démarches qui s'y rattachent (par ex. : garde préventive, garde provisoire et garde en établissement).*

*Dans un contexte où vous anticipez qu'une intervention visant à protéger la personne devra être mise en place, plusieurs dilemmes peuvent être présents pour vous :*

- crainte de briser le lien de confiance que vous avez établi avec la personne et qu'elle se sente trahie ;
- crainte de victimiser à nouveau une personne ayant probablement déjà vécu plusieurs traumatismes avant ou pendant son passage à l'itinérance ;
- sentiment de porter la responsabilité d'apprécier à sa juste valeur ce qu'est un danger et de risquer de brimer ses droits ou, à l'inverse, de minimiser le danger et de voir la condition de la personne se détériorer d'une manière irréversible, voire fatale ;

- crainte relative à la manière dont les prochains intervenants prendront le relais.

Devant ces préoccupations, ne restez pas seul : consultez des collègues, demandez du soutien à votre gestionnaire, faites appel aux services de votre établissement et aux organisations sur votre territoire qui sont expérimentés dans l'accompagnement des personnes dans ce type de situations.

### 3.1 AGIR DANS UNE SITUATION OÙ L'ÉTAT MENTAL D'UNE PERSONNE PRÉSENTE UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT POUR ELLE-MÊME OU POUR AUTRUI (P-38.001)

Lorsque le danger est grave et immédiat pour la personne, pour l'intervenant ou pour autrui, que la personne refuse toute intervention ou qu'il n'a pas été possible d'établir un lien de collaboration avec elle et qu'on ne dispose d'aucun temps pour intervenir (temps utile), il faut contacter le 9-1-1.

Par contre, si l'on dispose du temps pour intervenir, les efforts doivent viser à calmer la situation, à rechercher la collaboration de la personne. Au besoin, il est possible de contacter Info-Social 8-1-1<sup>6</sup> pour obtenir le soutien clinique d'un intervenant en ligne (désigné comme intervenant du service d'aide en situation de crise [SASC] et formé pour ces situations).

L'intervenant d'Info-Social 8-1-1 pourra également estimer la gravité du danger. Au besoin, il pourra faire la référence pour dépêcher une équipe d'intervenants de crise 24/7 dans le milieu. Dans le cas où l'état mental d'une personne présente un danger (grave et immédiat) pour elle-même ou pour autrui, l'intervenant du SASC, de l'équipe de crise 24/7 ou l'intervenant initial contactera les policiers ou le 9-1-1 (s'ils n'ont pas été contactés au préalable) pour faire transporter, contre son gré, la personne vers les urgences d'un centre hospitalier ou d'un autre établissement admissible en vue d'une garde préventive d'une durée maximum de 72 heures. Précisons qu'en vertu de l'article 8 de la P-38.011, les agents de la paix (policiers) sont autorisés à intervenir à la demande soit d'un intervenant désigné du SASC, soit d'un tiers lorsqu'aucun SASC n'est disponible en temps utile.

---

<sup>6</sup> Voir note 2 de bas de page portant sur les services d'écoute téléphonique 24/7 dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik.



**Attention !** La garde préventive ne permet pas de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique sans son consentement.

### 3.2 FAIRE UNE REQUÊTE POUR ORDONNANCE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

La démarche de requête pour évaluation psychiatrique, donnant lieu à ce qui est appelé une garde provisoire, est à envisager lorsqu'il y a un danger grave, mais non immédiat, en raison de l'état mental de la personne et que celle-ci refuse de consulter un médecin pour être évaluée, et ce, malgré diverses tentatives de la mobiliser et de l'amener à collaborer. Il est pertinent de faire une requête pour évaluation psychiatrique lorsque l'état de la personne se détériore et que l'intervenant a des motifs importants de croire que son état ne pourra s'améliorer sans démarches de sa part. La requête, examinée par un juge de la Cour du Québec, donne lieu, si le juge l'accepte, à une ordonnance pour évaluation psychiatrique.



**Astuce d'intervention !** Adressez-vous à votre gestionnaire pour connaître la procédure prévue dans votre organisation pour demander une évaluation psychiatrique et pour en assurer le suivi.

*Qu'est-ce qu'une requête pour évaluation psychiatrique ?*

- C'est une démarche légale qui vise à exposer à un juge de la Cour du Québec une situation qui compromet la sécurité ou l'intégrité d'une personne ou celle d'autrui à cause d'un état mental perturbé. L'objectif est de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique afin de savoir si elle représente un danger. Elle oblige l'établissement hospitalier à procéder à une évaluation psychiatrique.

*Qui peut présenter une telle requête ?*

- Toute personne (entre autres un intervenant) qui a pris connaissance de la détérioration de l'état mental d'un tiers, et qui peut témoigner du danger que cela représente pour la sécurité ou l'intégrité de cette personne ou d'autres personnes.

*Quelles sont les conditions pour faire une telle requête ?*

- Présenter une preuve écrite (formulaire), basée sur des faits récents et des comportements observables et observés (menaces de suicide, désorganisation, violence et menaces envers autrui, etc.) qui sont en lien direct avec l'état mental réel et actuel de la personne. C'est par ces écrits que le juge évaluera si son état mental nécessite une évaluation psychiatrique.
- Rechercher activement et de manière continue le consentement de la personne à se rendre aux urgences. La requête permet de passer outre ce consentement si le danger le justifie.
- La requête doit être signée par deux personnes qui sont témoins des mêmes faits et qui sont d'accord avec la procédure. L'une agira comme « demandeur » et l'autre comme « mis en cause ».

*Étapes pour effectuer une requête :*

- a. Procurez-vous le formulaire** à la Cour du Québec, Chambre civile, en communiquant avec le greffe de votre région. En cas de difficulté, téléphonez au 8-1-1.

*Pour trouver un district judiciaire, consultez le [Répertoire des programmes et services \(RPS\)](#).*

- b. Remplissez le formulaire.** Si vous avez des difficultés à le remplir, faites-vous aider par le Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR ou accueil social) du [CLSC de votre territoire](#). Il est également possible d'obtenir du soutien de certaines associations comme le [Réseau Avant de craquer](#) ou [l'Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale \(l'AQPAMM\)](#).

- › Précisez les éléments inquiétants observés ou rédigez une annexe que vous joindrez au formulaire.
- › Spécifiez si vous avez une lettre d'appui d'un médecin. Ce n'est pas obligatoire, mais cela peut grandement faciliter les démarches.

- › Il est possible de demander une « dispense de signifier » la requête à la personne si l'urgence est assez importante. Cette urgence doit être directement liée au fait de signifier (par ex. : la personne va fuir si elle est avertie qu'une requête est déposée, il y a un danger pour autrui). Dans le cas d'une personne en situation d'itinérance, le fait de ne pas pouvoir rejoindre facilement la personne peut constituer une urgence.
- › Il est possible de demander une « dispense d'interrogatoire » de la personne, lorsqu'il pourrait être nuisible à sa santé et sa sécurité d'exiger son témoignage à la cour (par ex. : risque de fuite, de désorganisation, etc.).

**c. Prenez rendez-vous avec le greffier.** Généralement, le rendez-vous est obtenu pour le lendemain matin.

**d. Présentez-vous au palais de justice :** d'abord pour remettre les documents dûment remplis au greffier, puis pour comparaître devant le juge.

*Que doit-on faire lorsque le juge a accepté la requête et ordonné l'évaluation psychiatrique de la personne ?*

- Vous recevrez trois copies : une pour le centre hospitalier où aura lieu l'évaluation psychiatrique, une seconde pour le service policier et une troisième pour vos dossiers.
  - › Si cela vous est possible, apportez la copie au centre hospitalier avant de vous présenter au poste de police. Cela vous donnera l'occasion de faire un rapport plus personnalisé à l'infirmière de l'urgence psychiatrique, ce qui facilitera l'accueil de la personne.
  - Prenez le nom de l'infirmière que vous avez rencontrée.
  - Remettez-lui vos coordonnées en mentionnant votre souhait de collaborer à la suite de l'intervention, particulièrement en ce qui a trait à la préparation de la sortie du centre hospitalier.

- Notez que la personne pourrait être dirigée dans un premier temps vers l'urgence générale avant d'être transférée à l'unité psychiatrique si sa condition de santé physique le demande.
  - S'il ne vous a pas été possible de vous présenter au centre hospitalier avant, l'ordonnance devra être déposée lors de l'arrivée de la personne à l'urgence.
- Déposez la seconde copie au poste de police du secteur où la personne habite ou se tient, le cas échéant. Informez le policier rencontré de certains éléments qui pourraient être pertinents à connaître pour faciliter l'intervention auprès de la personne et augmenter les chances qu'elle se déroule le mieux possible.



**Attention !** Une ordonnance d'évaluation psychiatrique ne permet pas de prodiguer des soins ou des traitements à la personne contre son gré (il faut pour cela une ordonnance de traitement) et ne permet pas non plus de garder la personne contre sa volonté de manière prolongée (il faut pour cela une ordonnance de garde autorisée en établissement). S'il y a lieu, ces démarches seront entreprises par les médecins traitants du centre hospitalier ou de l'établissement où la personne est gardée.



*L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a produit une [trousse d'information](#) sur la garde en établissement qui pourrait éclairer l'intervenant.*



**Attention !** Une personne qui fait l'objet d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique conserve l'ensemble de ses autres droits (à l'intégrité, à l'information, à la communication confidentielle, au transfert d'établissement, au recours auprès du Tribunal administratif du Québec et tout autre droit et recours reconnu par la LSSSS). Le centre hospitalier doit s'assurer que la personne a accès à cette information. Le soutien à l'exercice de ces droits est particulièrement important pour les personnes en situation d'itinérance dont l'état mental est perturbé, qui sont parfois victimes de discrimination et entretiennent des rapports complexes avec les institutions. L'intervenant peut jouer un rôle important dans ce processus, que ce soit en s'assurant

que l'information aura été transmise ou que quelqu'un d'autre prendra le relais, s'il n'est pas la meilleure personne pour le faire.



*Pour de l'information sur les droits et recours des personnes mises sous garde (préventive, provisoire ou en établissement), consulter ce [dépliant](#) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).*



**Attention !** Dans plusieurs cas, si son mandat le lui permet, le travail de l'intervenant se poursuivra pendant et après le séjour de la personne en centre hospitalier. Maintenir le lien et assurer le relais avec l'intervenant de liaison du centre hospitalier sera déterminant pour soutenir la personne, particulièrement dans un contexte de grande précarité résidentielle, voire d'itinérance.



*L'intervenant est invité à consulter la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#) qui présente les pratiques à privilégier pour planifier la sortie d'établissement.*



**Astuce d'intervention !** Lorsque la situation le permet, il est important d'effectuer un retour après coup avec la personne sur les motifs du dépôt de la requête, dans l'esprit de maintenir une relation authentique et de conserver ou rétablir le lien qui aura pu être mis à mal dans le cadre d'une intervention non désirée. L'intervenant doit reconnaître l'expérience vécue par la personne dans ce processus.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINES INFORMATIONS ET CERTAINS ÉCRITS PERTINENTS AUTOUR DE LA QUESTION DE LA PROTECTION D'UNE PERSONNE

*Ressource pour mieux comprendre les interventions du Curateur public du Québec auprès des personnes en situation d'itinérance, les problèmes qui se posent et les recommandations associées<sup>7</sup>*

- [Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales – À la rencontre de la personne. L'itinérance et l'inaptitude \(Curateur public du Québec, 2008\)](#)

*Brochure présentant des informations de base concernant l'inaptitude et le besoin de protection (moyens de représentation courants, mesures de protection juridique, démarches associées)*

- [Un de vos proches devient inapte : Comment le protéger? \(Curateur public du Québec, 2021\)](#)

*Dossier web sur les droits et la santé mentale (accepter ou refuser les soins, confidentialité du dossier médical, protéger les personnes vulnérables – inaptitudes et régime de protection)*

- [Droit et santé mentale : ce qu'il faut savoir \(Éducaloi\)](#)

*Livret d'information sur l'autorisation judiciaire de soins et les droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale*

- [Guide d'information – L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins. Je me renseigne, je me prépare \(Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2014\)](#)

---

<sup>7</sup> La nouvelle Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité devrait entrer en vigueur en juin 2022. Pour plus d'information, visiter la page web du [Curateur public](#).

## *Guides de pratique*

- [L'intervention en contexte d'autonégligence – Guide de pratique \(Calvé, J., et Beaulieu, M., Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, édition octobre 2016\)](#)
- [Guide de sécurité – Pour les intervenants de suivi intensif en équipe \(Centre national d'excellence en santé mentale, 2013\)](#)
- [Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux \(Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010\)](#)
- [Guide de pratique – L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'inaptitude et des autres mesures de protection au majeur \(Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2011\)](#)

## *Guides sur la garde en établissement et sur les droits et les recours des personnes*

- [Droits et recours des personnes mises sous garde. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008\)](#)
- [Guide de survie—La garde en établissement \(Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2007\)](#)
- [Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018\)](#)
- [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2005a). *Cahier de formation – Estimation de la dangerosité dans le cadre de la Loi P-38.001*. [https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageFichier.aspx?idf=104106](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=104106)
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2005b). *Cahier de formation – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. [https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageFichier.aspx?idf=104113](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=104113)
- Boisvert, I., et Gaumont, C. (2018). *Standards ministériels d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Etat\\_Analyse\\_24\\_7.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Etat_Analyse_24_7.pdf)
- Calvé, J., et Beaulieu, M. (2016, octobre). *L'intervention en contexte d'autonégligence – Guide de pratique*. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. [http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide\\_auton%C3%A9gligence\\_franco\\_final.pdf](http://www.maltraitancedesaines.com/images/Guide_auton%C3%A9gligence_franco_final.pdf)
- Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). (2015). *Guide d'estimation et de gestion du risque d'homicide – Manuel du participant*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
- Duhamel, M. (2011). *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-914-08.pdf>
- Dumais Michaud, A.-A., Joyal, M., et Hallé, T. (2016). *Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001)*. Action Autonomie. [http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016\(1\).pdf](http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tablissement%202016(1).pdf)
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 (vol. 1)*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-aupres-de-la-clientele-des-ressources-pour-personnes-itinerantes-des-regions-de-montreal-centre-et-de-quebec-1998-1999-volume-1.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2013). *Offre de service, Services sociaux généraux – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de*

qualité, d'efficacité et d'efficaces. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018a). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018b). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>

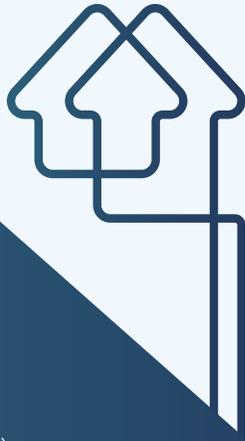
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf>

Poirier, M. (2007). Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 76-91. <https://doi.org/10.7202/016052ar>

Simard, M. (2016). L'itinérance dans les sociétés modernes contemporaines. *Repères pour un changement de paradigme*. Centre Le Havre de Trois-Rivières. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=4041&owa\\_no\\_fiche=519](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4041&owa_no_fiche=519)

SPP Intégration sociale. (2017). *Guide pour les sans-abris*. [https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/guide\\_pour\\_les\\_sans-abri.pdf](https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/guide_pour_les_sans-abri.pdf)

Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: Basic skills and practices*. Lyceum Books. [https://www.researchgate.net/publication/269095237\\_Working\\_With\\_Homeless\\_and\\_Vulnerable\\_People\\_Basic\\_Skills\\_and\\_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true](https://www.researchgate.net/publication/269095237_Working_With_Homeless_and_Vulnerable_People_Basic_Skills_and_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true)



## Fiche Susciter l'engagement

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# SUSCITER L'ENGAGEMENT ET L'IMPLICATION CHEZ LES PERSONNES

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Il peut être difficile de savoir comment soutenir une personne dont on a du mal à comprendre la demande, qui ne se présente pas à ses rendez-vous ou qui semble manifester peu de motivation à changer une situation qui, selon l'intervenant, nuit pourtant de manière importante à sa santé et son bien-être.

### COMMENT ACCOMPAGNER DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE L'ÊTRE QUI SEMBLent PEU MOTIVÉES À UTILISER LES SERVICES ?

Comment accompagner des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être qui semblent peu motivées à utiliser les services ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

## J'AI DES QUESTIONS...

DANS QUELLE MESURE UN INTERVENANT DOIT-IL ENDOSSER LE RÔLE DE « MOTIVATEUR » ?  
IL ME SEMBLE QUE SI UNE PERSONNE FAIT APPEL AUX SERVICES, C'EST PLUTÔT À ELLE DE DÉMONTRER SON DÉsir D'AMÉLIORER SA SITUATION ?

L'accent mis sur la motivation comme condition implicite d'accès aux services tend à exclure les personnes qui ne vont pas vers les services ou qui ne démontrent pas l'attitude attendue par les intervenants. Interpréter certains comportements des personnes en situation d'itinérance comme un manque de motivation peut entraîner une moins bonne réponse à leurs besoins et, conséquemment, mener à des problèmes psychosociaux plus sévères, ce qui augmente les besoins de soins. Changer de regard sur ces comportements peut être le premier pas vers une réponse plus adaptée aux besoins.

Pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être, se reconnaître comme dignes d'être considérées constitue souvent un défi à surmonter dans le processus vers un mieux-être. Les intervenants ont un rôle important à jouer pour susciter leur motivation et faire émerger l'espoir et le désir de changement. Pour ce faire, ils doivent être proactifs afin d'offrir aux personnes un accueil et un accompagnement témoignant d'une profonde reconnaissance de leur dignité, pour défier le peu d'estime de soi qu'ont certaines d'entre elles, et ce, peu importe leur condition, leurs difficultés et leurs limites.

### DES CONDITIONS DE VIE QUI ONT UN IMPACT SUR LA MOTIVATION ET LA CAPACITÉ D'AGIR DES PERSONNES

Des expériences antérieures difficiles, des troubles mentaux et les conditions de vie dans la rue peuvent faire que certaines personnes perdent espoir, semblent accoutumées à leurs conditions de vie et ne demandent plus rien. La capacité de se projeter dans l'avenir est aussi affectée par la précarité des conditions d'existence. Par ailleurs, même si la personne est fortement motivée à changer, il est possible qu'à ce moment-ci de sa vie, elle n'ait pas la stabilité nécessaire pour mettre en route une demande de changement. Le manque de motivation perçu peut être directement lié à l'épreuve de l'itinérance en elle-même. Lorsque le temps passé en situation d'itinérance augmente, le désespoir, le manque de foi en l'avenir augmentent également. Cela entraîne souvent un moins grand intérêt à s'engager dans des comportements permettant un mieux-être. L'adoption d'une identité « d'itinérant », observée principalement lorsque la situation dure depuis longtemps, rend plus difficile l'établissement de liens avec le milieu de soins.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. S'INSCRIRE DANS UNE DÉMARCHE SOUPLE ET ADAPTÉE À L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION

### 1.1 MAINTENIR LE LIEN MALGRÉ L'ABSENCE DE MOTIVATION PERÇUE

Lorsqu'un lien de confiance est déjà établi avec la personne, il est important de ne pas rendre son maintien conditionnel à l'expression d'une demande précise, à l'assiduité aux rendez-vous ou à la reconnaissance par l'intervenant d'un problème. Le maintien du lien sans conditions, sans attentes quant à tel ou tel changement, est le levier sur lequel l'intervenant pourra tabler afin de susciter l'engagement et de faire émerger le désir de changement chez la personne. À ce titre, le soutien clinique est utile pour aider l'intervenant à dénouer certaines impasses souvent inconscientes et liées à ses valeurs personnelles, pour augmenter sa capacité à accueillir la personne sans jugement et sans attentes.



**Attention !** Certaines personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être conservent une distance psychologique par rapport à elles-mêmes, à leur situation ainsi que dans leurs relations avec les autres, ce qui rend parfois leur souffrance invisible aux yeux des intervenants. Cela ne devrait pas freiner l'approche de l'intervenant empreinte de bienveillance, de respect et de sensibilité.



*Concernant la création du lien avec les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être et les pratiques d'accueil à privilégier, consulter la fiche [Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services](#).*

- Rappelez-vous qu'aucune intervention n'est banale. Lorsque l'expérience de la rencontre est positive, les chances qu'un prochain rendez-vous amène une plus grande ouverture augmentent.
- Toutefois, notez que la motivation s'inscrit souvent dans un mouvement de va-et-vient. Évitez de tenir pour acquis que le cheminement de la personne ira invariablement en direction d'un mieux-être et maintenez le lien dans tous les cas.

- Adoptez des stratégies qui prennent en compte cette ambivalence et cette variabilité de la motivation, par exemple en augmentant l'intensité du suivi pour pouvoir mieux vous adapter au rythme de la personne et saisir les occasions lorsque celle-ci souhaite s'engager concrètement dans certaines démarches (par ex. : favorisez de courtes rencontres, plus fréquentes).
- Le lien de confiance établi jumelé par la suite à un entretien de type motivationnel aidera, au moment opportun, à favoriser un désir de changement (*voir la section 2.2 [Adopter l'approche motivationnelle dans son intervention](#) ci-dessous.*

## 1.2 MIEUX COMPRENDRE L'ORIGINE DU MANQUE DE MOTIVATION PERÇU

Afin de bien accompagner la personne dans une démarche vers un mieux-être, il est pertinent de faire un certain pas de côté afin de comprendre ce qui est à l'origine du manque de motivation perçu. Pour ce faire, les expériences antérieures de la personne avec les services peuvent être explorées pour saisir ce qui a bien fonctionné, ce qui a posé problème et ce qui a été source d'insatisfaction et l'a menée, par exemple, à ne pas donner suite à certaines démarches.

Il est important de se rappeler qu'une décision qui paraît déraisonnable, par exemple un refus d'entreprendre une démarche proposée, n'est pas nécessairement une décision non éclairée. Le plus souvent, en explorant les raisons associées à ce refus, il est possible de le comprendre.



*Concernant les situations où un besoin de protection semble présent, mais où la personne refuse de collaborer, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert.](#)*

*Lors de l'exploration, intéressez-vous aux motifs menant une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être à s'investir difficilement dans certaines démarches*

- « Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences avec certains services offerts (par ex. : centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, centre hospitalier, centre de réadaptation en dépendance, établissement de détention) ? Concrètement, qu'est-ce qui vous a amené à ne plus utiliser ces services ? »
- « Avez-vous déjà eu le sentiment que ce qu'on vous offrait ne correspondait pas à vos besoins ? Que ce qu'on vous proposait de faire comme démarche n'était pas réaliste ? »

*Suivez également la piste des expériences antérieures positives : cela vous permettra de cerner ce qui, dans les démarches ou façons d'intervenir dans le « ici et maintenant », correspond à des stratégies qui fonctionnent bien auprès de cette personne*

- « Qu'est-ce que cet intervenant faisait de différent, de bon, qui vous a motivé à lui faire confiance ? À accepter ses services ? À vous engager dans certaines démarches ? »

*Autres dimensions à considérer comme motifs de non-engagement*

- « Qu'est-ce qui, dans votre vie de tous les jours, nuit à votre capacité actuelle à vous engager dans certaines démarches que vous voudriez entreprendre (difficultés liées au rapport au temps, à la gestion des déplacements, priorité accordée à la recherche d'un endroit où dormir, où manger, en lien avec la précarité des conditions de vie, etc.) ? »
- La personne a-t-elle un trouble important lié à l'utilisation d'une substance, un trouble mental, une incapacité physique, une maladie, une douleur sévère ou chronique ou a-t-elle vécu un traumatisme ?

## 2. INSTAURER UN CLIMAT DE COLLABORATION PROPICE AU CHANGEMENT

### 2.1 PRENDRE LE TEMPS DE CLARIFIER LA DEMANDE

L'instauration d'un climat de collaboration propice au changement exige que l'intervenant, avant tout, pose les bases d'une relation bienveillante, respectueuse et sans jugement, puis prenne le temps de s'attarder aux motifs qui ont amené la personne à faire appel aux services. La personne en situation d'itinérance est particulièrement sensible aux réactions de l'intervenant. Si la personne a l'impression d'être jugée, de déranger, qu'elle sent l'intervenant impatient devant sa difficulté à nommer ce qui l'amène et à répondre aux questions, le climat de collaboration en souffrira et sa disponibilité pour entendre ce que l'intervenant a à proposer également.



**Attention !** Il est entendu que l'accompagnement ne peut pas se faire de la même manière dans tous les services. 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 dans chacun des milieux.

#### *Explorez*

- Y a-t-il un élément déclencheur, une préoccupation particulière, un problème spécifique qui explique la présence de la personne devant vous ?
- Pourquoi à ce moment-ci de son parcours effectue-t-elle une démarche auprès des services alors que, par exemple, elle vit dans la rue depuis plusieurs mois, plusieurs années déjà ? Cela aide à situer ce qui constitue une priorité pour la personne.
- Posez des questions du type : « Quels seraient les deux problèmes les plus importants que vous voudriez régler pour vous sentir mieux ou pour être en meilleure santé ? »
- Sachant ce qui peut se cacher derrière une apparente absence de motivation, laissez de la place pour des questions plus larges portant sur certains enjeux qui

peuvent miner la volonté d'une personne d'améliorer son état et ses conditions de vie ou réduire l'énergie qu'elle a à y consacrer (voir la section 1.2 [Mieux comprendre l'origine du manque de motivation perçue](#) ci-dessus).

*Dans le cas où la personne se présente à vous sous la pression d'un tiers (par ex. : policier, intervenant d'un autre service ou d'une ressource du milieu)*

- Évaluez la situation à partir de la perspective de la personne. Écoutez ce qu'elle a à vous dire sur la situation pour laquelle on l'a amenée à vous consulter.
- Mettez sur la collaboration, la création du lien et la sensibilité à l'égard de ce qui l'inquiète, elle, dans cette situation. Cela permettra plus facilement d'aborder par la suite les inquiétudes qui peuvent être celles du tiers.
- Prenez votre temps. Ne tombez pas dans l'urgence à moins qu'il y ait effectivement urgence.

## 2.2 ADOPTER L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE DANS SON INTERVENTION

L'approche motivationnelle est particulièrement adaptée aux situations où la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être est ambivalente relativement à un changement de comportement donné, en raison des conséquences importantes que ce comportement a déjà ou pourrait avoir sur sa santé ou sa situation. Devant une personne dont le parcours se caractérise par des allers-retours dans les services et l'absence de services adaptés à ses besoins, l'intervenant a avantage à adopter certaines stratégies qui lui permettront de demeurer disponible et empathique afin d'offrir un accompagnement de qualité à la personne, à toutes les étapes de son parcours.

## PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

- La motivation au changement doit émaner de la personne et non être imposée de l'extérieur.
- Il revient à la personne et non à l'intervenant de résoudre son ambivalence.
- La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence.
- Le style de l'entretien motivationnel évite la confrontation et invite à l'exploration.
- L'intervenant doit être directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence, il peut même provoquer l'ambivalence afin d'aider la personne à explorer différentes facettes de sa situation et son état d'esprit face à celles-ci.
- La motivation au changement n'est pas un trait de caractère de la personne, mais un état qui fluctue en fonction de la qualité d'une interaction personnelle.

La relation entre l'intervenant et la personne en est une de partenariat. L'intervenant est l'expert dans son domaine (travail social, dépendance, santé, etc.) et la personne, experte en ce qui concerne sa situation, c'est-à-dire ses forces, ses défis, ses capacités et ses ressources.

Ce partenariat repose sur une posture d'empathie et d'acceptation inconditionnelle de la personne de la part de l'intervenant. Cette posture se traduit par la reconnaissance et l'affirmation de la valeur intrinsèque de la personne et le soutien à son autonomie.

## ATTITUDES QUI CONTRIBUENT À FACILITER LE PROCESSUS ET SOUTIENNENT L'AUTONOMIE ET LA PERSISTANCE DU CHANGEMENT

- Explorez avec la personne en quoi le changement X permettrait de mieux répondre au besoin Y (motif rationnel pour adopter un comportement ou effectuer un changement).
- Reconnaissez l'ambivalence présente chez la personne et faites-lui part de votre observation.

- Informez-la des choix possibles, explorez avec elle les avantages et les inconvénients qui y sont liés.
- Laissez-lui la liberté de choisir en l'accompagnant dans sa réflexion, puis dans la recherche de solutions lui permettant de composer avec ses choix.

#### FACTEURS POUVANT CONTRIBUER À REHAUSSER LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE DE LA PERSONNE

- Offrez une rétroaction objective, reliée à la tâche ou au comportement souhaité.
- Valorisez les efforts consentis.
- Proposez un défi à la mesure des capacités et des ressources de la personne.



**Attention !** Il est important de se rappeler que l'état physique ou mental d'une personne ainsi que des traumatismes accumulés peuvent l'empêcher de s'engager activement dans des démarches. Susciter la motivation ne sera pas nécessairement l'objectif poursuivi dans un tel cas et d'autres approches gagneront à être mises en avant, telles que l'accompagnement comme pratique transversale, l'approche du rétablissement et l'approche tenant compte des traumatismes.



*Pour des ressources et une formation en lien avec l'approche motivationnelle et l'accompagnement comme pratique transversale, consulter la section [Pour en savoir plus](#) ci-dessous.*

### 2.3 EXPLORER LES OPTIONS CONJOINTEMENT AVEC LA PERSONNE

Lorsqu'une demande se clarifie, il est dans l'intérêt de l'intervenant de profiter de cette fenêtre pour explorer l'ensemble des options avec la personne et lui donner la possibilité de faire certains choix selon les critères décisionnels qui correspondent à ce qu'elle recherche.

- Demandez à la personne si elle a des idées quant à la meilleure manière de répondre à cette demande, d'atteindre son but : « Qu'est-ce qui devrait se passer pour que cela se règle, s'améliore ? De votre côté, si vous pouviez faire une ou deux choses pour faire un pas dans cette direction, qu'est-ce que ce serait ? Avez-vous déjà essayé ? Comment cela s'est-il passé ? »
- Repérez ce qui, dans l'offre de services du réseau public et des organismes communautaires, a le potentiel de correspondre à ses besoins. Prenez le temps de discuter des différentes options avec elle plutôt que de l'orienter d'emblée vers un service, une ressource. Explorez les avantages et les inconvénients des choix qui s'offrent à elle ainsi que les adaptations possibles pour répondre à ses besoins.
- Permettez-lui d'établir ses priorités. Le fait que la personne soit en situation ou à risque d'itinérance ne vous oblige pas à vous inscrire dans un mode d'urgence. Parfois, miser sur des petits pas et des réussites concrètes à court terme pourra avoir un effet d'entraînement et activer la motivation à moyen et long terme.
- Reconnaissez à la personne le droit de ne pas retenir les options proposées ou de vouloir y réfléchir plus longuement, quitte à la voir partir sans qu'une décision ait été prise.
- Dans le cas où une décision prise par la personne aurait eu un impact négatif sur elle, explorez avec bienveillance ce qu'elle a retenu de cette expérience et comment cela pourrait influencer ses prochaines décisions.
- Si vous êtes déstabilisé ou un peu perplexe quant à la direction à prendre, dites-le à la personne. Si cela est fait avec authenticité et laisse transparaître votre désir de la soutenir, cela pourra permettre l'établissement d'une alliance avec elle dans l'esprit de « faire équipe ».



**Attention !** L'intervenant peut se sentir déstabilisé ou préoccupé par les choix que la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être fait (ou ne fait pas). Il peut aussi être secoué, touché et avoir le sentiment de ne pas avoir « réussi » à mobiliser la

personne comme il l'aurait souhaité. L'intervenant doit être sensible à son propre état émotif et faire appel à la supervision clinique. Il pourrait aussi identifier les personnes dans son milieu de travail qui sont présentes pour le soutenir dans la validation de ses interventions et dans la détermination de stratégies à mettre en œuvre.



*Pour en savoir plus sur les attitudes à adopter et les pratiques à privilégier pour favoriser la motivation chez une personne en situation ou à risque d'itinérance, consulter la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#).*

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINES RESSOURCES PERTINENTES CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT AUPRÈS DES PERSONNES POUR SUSCITER LEUR ENGAGEMENT ET LEUR IMPLICATION

*Guide et formation sur l'entrevue motivationnelle*

- [L'Entrevue motivationnelle – Un guide de formation \(Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 2001\)](#)
- [Formation de base en entretien motivationnel \(Institut national de santé publique du Québec, 2019\)](#)

*Récits de pratiques – Dossier web « Savoirs d'intervention en itinérance » du CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](http://cremis.ca/savoirs-itinerance))*

- [Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études](#)
- [Aider un homme d'origine inuite à renouer avec lui-même](#)
- [Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes](#)
- [Le défi de reconstituer l'histoire des personnes pour intervenir dans une situation de refus de soins](#)
- [Soigner et protéger : dilemme entre responsabilité professionnelle et volonté individuelle](#)

*Dossier web sur une perspective d'accompagnement transversale*

- [Accompagner les personnes : au-delà du suivi \(Simard, M., Centre Le Havre de Trois-Rivières, 2016\)](#)

*Article scientifique sur les notions de réaction et de résistance*

- [Resistance, Reactance, and Reluctance to Change : A Cognitive Attributional Approach to Strategic Interventions \(Kirmayer, L. J., 1990, \*Journal of Cognitive Psychotherapy\*, 4\(2\), 83-104\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Collins, J., et Slesnick, N. (2011). Factors associated with motivation to change HIV risk and substance use behaviors among homeless youth. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 163-180. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2011.570219>
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., et Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33-46. <https://doi.org/10.1081/ADA-100100589>
- Desrosiers, C., et Larose, S. (2012). *L'accompagnement dans le changement dans un contexte d'itinérance – Un modèle d'intervention développé à Hébergement La Casa Bernard-Hubert*. Hébergement La Casa Bernard-Hubert. <http://www.lacasabernardhubert.org/section-33-notre-modele>
- Friedland, G. H., et Williams, A. (1999). Attaining higher goals in HIV treatment: The central importance of adherence. *AIDS*, 13, S61-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10546786/>
- Hurtubise, R., et Babin, P.-O. (2010). *Les Équipes itinérance en santé du Québec. Description de pratiques innovantes* (Rapport de recherche ; 84 p.). Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI), Programme de développement des connaissances sur l'itinérance. <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/08/rapport-de-recherche-equipes-itinerance-hurtubise-babin-2010.pdf>
- Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013a). *Cahier des récits de pratique d'intervention en itinérance des équipes du projet Chez soi à Montréal*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/cahier-des-recits-chez-soi-hurtubise-rose-2013.pdf>
- Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013b). *Consensus d'experts dans l'intervention auprès de personnes combinant parcours d'itinérance et problème de santé* (22 p.). Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://docplayer.fr/374389-Consensus-d-experts-dans-l-intervention-aupres-de-personnes-combinant-parcours-d-itinerance-et-problemes-de-sante.html>
- Maesele, T., Bouverne-De Bie, M., et Roose, R. (2013). On the frontline or on the side-line? Homelessness care and care avoiders. *European Journal of Social Work*, 16(5), 620-634. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.732932>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002089/?&date=DESC>

- Phelan, E., et Norris, M. (2008). Neo-coporatist [sic] governance of homeless services in Dublin: Reconceptualization, incorporation and exclusion [sic]. *Critical Social Policy*, 28(1), 51-73. <https://doi.org/10.1177/0261018307085507>
- Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinerance-questions-1561.html>
- Roy, S., Morin, D., Lemetayer, F., et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI). <https://www.rondpointdelitinerance.ca/ressource/itin%C3%A9rance-et-acc%C3%A8s-aux-service-probl%C3%A8mes-et-enjeux>
- Simard, M. (2016). *Accompagner les personnes. Au-delà du suivi*. Centre Le Havre de Trois-Rivières. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F\\_1697733180\\_accompagner\\_les\\_personnes.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F_1697733180_accompagner_les_personnes.pdf)
- Snow, D. A., et Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1336-1371. [https://www.jstor.org/stable/2779840?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2779840?seq=1#page_scan_tab_contents)
- Stobbe, J., Wierdsma, A. I., Kok, R. M., Kroon, H., Depla, M., Roosenschoon, B.-J., et Mulder, C. L. (2013). Lack of motivation for treatment associated with greater care needs and psychosocial problems. *Aging & Mental Health*, 17(8), 1052-1058. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.807422>
- Tremblay, J., et Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9(1), 165-210. <https://doi.org/10.7202/044872ar>
- Velasquez, M. M., Crouch, C., von Sternberg, K., et Grosdanis, I. (2000). Motivation for change and psychological distress in homeless substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 395-401. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00133-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00133-1)



## Fiche Comprendre ce qui dérange

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# COMPRENDRE ET AGIR AUPRÈS DES PERSONNES DONT LES COMPORTEMENTS DÉRANGENT

133

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

L'accueil d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir peut engendrer de l'insécurité ou causer un certain inconfort chez l'intervenant ou chez les personnes qui gravitent autour d'elle lorsque, dans certains cas, elle manifeste des comportements dérangeants, voire agressifs, ou fait état d'un manque d'hygiène important. Il faut se rappeler que les contextes

### COMMENT INTERVENIR EN COLLABORATION AVEC DES PERSONNES DONT LA CONDITION OU LES COMPORTEMENTS DÉRANGENT ?

difficiles dans lesquels peut se trouver la personne peuvent contribuer à ce qu'elle présente des comportements allant à l'encontre des conventions sociales attendues. L'aspect dérangeant de ces comportements est relatif et varie en fonction de ce qui est jugé tolérable et acceptable dans une ressource ou une communauté. De son côté, la personne peut elle aussi anticiper avec appréhension une rencontre avec un intervenant, craignant d'être jugée, contrôlée, rejetée ou étiquetée.

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Comment intervenir en collaboration avec des personnes dont la condition ou les comportements dérangent afin qu'elles puissent accéder aux services ? Que faire pour favoriser la cohabitation la plus harmonieuse possible dans les salles d'attente, les lieux communautaires, les espaces publics ?

## **J'AI UNE QUESTION...**

### **LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE SONT-ELLES SOUVENT AGRESSIVES ET VIOLENTES ?**

Contrairement à la croyance populaire, et selon les observations de différents intervenants du milieu, il est plus fréquent pour une personne en situation d'itinérance d'être agressée que d'agresser une autre personne. En fait, les personnes en situation d'itinérance sont souvent victimes d'agressions physiques et sexuelles, de crimes haineux, de vols et de violence sous toutes ses formes.

Pour les personnes qui vivent à la rue, la plupart de leurs activités se déroulent dans des lieux publics encadrés par des lois et des règlements : elles ont très peu accès à des lieux privés, réservés à leur usage personnel. Leur présence forcée dans ces espaces est souvent perçue comme dérangement, ce qui accroît les risques de sanctions (par ex. : amendes) et de judiciarisation. Or, plusieurs comportements hors normes (hausser le ton, ramasser des déchets, flâner) ou considérés comme inappropriés dans l'espace public (uriner, changer de vêtements, se laver ou dormir) sont plus dérangeants que dangereux. Parfois, les réactions des autres personnes à ces comportements sont susceptibles d'en accentuer le caractère problématique aux yeux des intervenants.

De plus, pour certaines personnes ayant vécu l'itinérance, les espaces clos et réglementés peuvent être source d'inconfort. Certains comportements dérangeants sont les symptômes de ce malaise. Elles ont pourtant besoin de se sentir accueillies et aidées. Les personnes en situation d'itinérance sont souvent appelées à se justifier auprès des autres, à expliquer leurs comportements « dérangeants », comportements qu'elles ne comprennent pas toujours elles-mêmes, et à démontrer leur bonne foi (par exemple, elles doivent démontrer qu'elles sont ouvertes à collaborer avec les autres). Dans ce contexte, il devient très difficile de construire une image positive de soi, de se sentir accueilli et d'être disponible pour une rencontre.

Les personnes en situation d'itinérance sont souvent victimes d'intolérance, d'attitudes du type « pas dans ma cour ». Le regard porté collectivement sur ces personnes est particulièrement centré sur les aspects dérangeants, l'inconfort et ce qui nuit à la cohabitation. Les comportements dérangeants sont souvent le socle de la discrimination et de l'exclusion de ces personnes par les services de santé et les services sociaux. Cette discrimination dont elles sont victimes amène parfois les personnes elles-mêmes à légitimer cette mise à l'écart.



*Pour des pistes sur la façon d'intervenir auprès des personnes en situation d'itinérances qui ont été judiciairisées, voir la fiche [Accompagner des personnes en contact avec la justice](#).*

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. COMPRENDRE CE QUI DÉRANGE

### 1.1 IDENTIFIER SES ÉMOTIONS ET SES RÉACTIONS AU COMPORTEMENT OU À LA CONDITION QUI DÉRANGE

Différents comportements peuvent être source de malaise ou d'inquiétudes pour l'intervenant qui est appelé à interagir avec une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Identifier ce qui dérange peut devoir être fait rapidement si cela concerne une situation en cours dans le « ici et maintenant ». Dans d'autres cas, il pourra s'agir pour l'intervenant d'une réflexion plus large à entreprendre pour, par exemple, cerner les défis que lui posent certains comportements observés. Cette étape permet de prendre un pas de recul afin de mieux planifier l'intervention, si celle-ci s'avère nécessaire.

*Devant la condition ou le comportement observé, suis-je...*

Surpris ? Troublé ? Pris dans un sentiment d'impuissance, de culpabilité ? Agacé ? Apeuré ? En colère ?

*Qu'est-ce qui me met dans cet état (ici et maintenant ou de manière générale) ?*

- La manière dont cette personne entre en relation avec moi (son ton de voix, le vocabulaire qu'elle utilise, l'absence de règles élémentaires de politesse, etc.) ?
- Sa façon d'interagir avec les personnes autour d'elle (par ex. : aborde les autres personnes dans la salle d'attente pour leur demander une cigarette, s'adresse à tous les membres du personnel qui passent pour savoir quand elle sera rencontrée) ?
- La manière dont les autres personnes présentes réagissent à son endroit (par ex. : les gens s'éloignent de la personne, un autre intervenant semble déstabilisé) ?
- Sa manière d'occuper l'espace (ne tient pas en place, utilise l'ameublement de manière inadéquate, fait des gestes brusques, etc.) ?

- Son apparence physique (vêtements sales, allure débraillée, plaies apparentes, odeurs désagréables) ?
- La façon dont elle s'exprime ou les propos qu'elle tient (présence d'un discours incohérent ou menaçant, parle seule, etc.) ?

*Ma réaction première devant le comportement ou la condition qui dérange est...*

- De figer, je n'interviens pas par peur, par manque de moyens ou par manque de confiance en ma capacité à faire face à la situation ?
- Un désir de fuir, de me retirer pour ne pas avoir à gérer cette situation ?
- L'envie de me rapprocher de la personne afin de mieux comprendre ce qui cause le comportement, de la soutenir même si la situation est précaire ?
- L'envie de foncer, de réagir le plus tôt possible pour faire cesser le comportement ou éviter la dégradation de la situation ?
- De choisir d'ignorer le comportement ou la condition pour éviter que la situation dégénère ou pour que la personne n'ait pas accès à mon état émotif ?
- La recherche d'autres personnes qui pourront faire l'intervention ou soutenir mon intervention à court terme ou lorsque le contexte sera favorable ?
- Une autre réaction ?

## 1.2 DISTINGUER AGRESSIVITÉ ET IMPULSIVITÉ

Il est important que l'intervenant garde en tête les nuances entre ces deux concepts. Cela pourra lui permettre de mieux comprendre ce qui le dérange ou ce qui l'inquiète et de mieux déterminer le type d'intervention à mettre en œuvre à court ou à moyen terme.

Par exemple, de savoir qu'une personne qui manifeste une attitude agressive ne présente pas nécessairement un risque pour la sécurité d'autrui ou pour l'intervenant peut rassurer. Toutefois la présence d'un facteur d'impulsivité chez une personne connue peut orienter différemment l'intervenant dans la suite de son intervention.

Dans la littérature scientifique et professionnelle, des efforts ont été faits pour distinguer les notions d'agressivité et d'impulsivité.

### *L'agressivité*

- L'agressivité et l'agression (ou le risque de) sont deux notions différentes.
- L'agressivité en elle-même n'est pas forcément négative. Elle le devient lorsqu'elle se manifeste sous forme d'agression verbale, physique ou par d'autres comportements violents. Ces comportements peuvent être destinés à menacer la sécurité ou l'estime de soi de la victime ou y porter atteinte.
- Elle peut servir à évacuer les sentiments que la personne tolère difficilement ou surgir en réaction à un sentiment de menace réelle ou perçue (mécontentement, déception, impatience, etc.).
- Pour une personne en situation d'itinérance qui a une faible estime d'elle-même et qui a été rejetée de manière répétitive, elle peut être une manière de contrecarrer un sentiment de vulnérabilité, de tristesse et de manque de considération.
- Elle peut être pour la personne une tentative de reprendre ou garder le contrôle de la situation, de déstabiliser l'autre, de l'intimider, de le garder à distance, de le mettre en position de faiblesse ou d'obtenir ce qu'elle veut.
- Elle peut être le signe d'un manque d'habiletés sociales ou de moyens de communication.

### *L'impulsivité*

- Elle réfère à l'incapacité pour une personne d'anticiper les conséquences indésirables, pour elle ou pour autrui, de son envie d'agir ou de certains de ses comportements.

- Elle peut avoir de multiples causes, dont : la démence, la maladie de Parkinson, un trouble anxieux, de l'humeur, de personnalité, un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), la consommation de substances psychoactives, des problèmes cognitifs, une détresse importante, une fatigue extrême, etc. Il est possible de retrouver chez certaines personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être une cooccurrence des conditions précitées.
- L'état émotionnel joue également un rôle central dans les comportements de nature impulsive. Les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance ainsi que l'accumulation de nombreuses expériences traumatiques exacerbent cet état émotionnel.
- Dans certains cas, la personne impulsive ne se soucie pas de l'incidence de ses comportements sur les autres. Toutefois, généralement, elle éprouve des remords par la suite.

### 1.3 OBSERVER LA PRÉSENCE D'UN RISQUE POUR LA SÉCURITÉ

Selon le contexte et après avoir effectué une estimation de ce qui dérange, l'intervenant peut décider qu'une observation plus attentive et systématique de certains comportements manifestés par la personne doit être réalisée dans le « ici et maintenant » afin de déterminer s'il y a un risque pour la sécurité ainsi que la nature de la vigilance et du niveau d'alerte à exercer.

Dans le cadre du Guide des bonnes pratiques en itinérance, la définition du risque s'inspire de celle proposée dans le [Guide de sécurité – Pour les intervenants de suivi intensif en équipe](#) du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2013), soit « la probabilité que se produise un événement causant des dommages corporels, psychologiques ou matériels » à la personne elle-même ou à d'autres personnes.



**Attention !** Les intervenants qui travaillent auprès de personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être qui présentent certains troubles mentaux devraient faire une appréciation du degré d'alerte à chaque nouveau contact avec la personne.



**Attention !** Plusieurs grilles et outils validés ont été élaborés dans les différents milieux d'intervention afin de soutenir l'observation de la présence d'un risque pour la sécurité ou de la dangerosité d'une personne. Ce guide n'a pas pour objectif de se substituer à ceux-ci, mais bien d'offrir des compléments d'information relativement aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.



*Concernant les situations pour lesquelles il pourrait être requis de protéger une personne en situation de vulnérabilité accrue, voire de danger grave et immédiat en raison de son état mental, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*

*Indices et éléments à considérer dans l'observation de la présence d'un risque pour la sécurité (liste non exhaustive)*

- La personne semble-t-elle intoxiquée (odeur d'alcool, yeux vitreux, pupilles dilatées, irritabilité, trouble d'élocution, perte d'équilibre, réactions lentes, bouche sèche, agitation motrice, etc.) ? Une personne en état d'intoxication est souvent plus imprévisible, plus désinhibée et donc plus à risque d'un passage à l'acte. Il est possible que la collaboration soit plus difficile. Si possible, remettez l'intervention à plus tard. *Pour des pistes sur la façon d'intervenir auprès d'une personne intoxiquée, voir la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#).*
- Quel est l'état mental de la personne (manifestations verbales ou non verbales d'agressivité ou d'un état anxieux, changement important de comportement chez une personne connue, augmentation de l'agitation motrice, réactions physiologiques – telles que tremblements, changement dans le ton de la voix ou sueur –, contenu verbal décousu, propos menaçants, etc.) ? *Pour des pistes sur la façon de repérer la présence d'un danger lié à l'état mental, voir la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*
- Cette personne est-elle connue des services ? Dans l'affirmative, y a-t-il un historique connu de manifestations de violence ou d'agressivité ? Y a-t-il un

plan d'intervention prévu pour gérer ce risque de la manière la plus sécuritaire possible ? Avoir un historique de violence est un facteur de risque. Il faut toutefois voir si le contexte est similaire : par exemple, certaines personnes sont plus agressives seulement lorsqu'elles sont en état de consommation ou si elles cessent de prendre leur médication.

- La personne démontre-t-elle un minimum de collaboration ? Le contact est-il possible avec elle (contact visuel, verbal, répond-elle à l'interaction sollicitée, etc.) ?
- Avez-vous un lien privilégié avec cette personne ? Y a-t-il un intervenant avec qui elle a un lien de confiance qui pourrait rapidement lui offrir du soutien ?
- Qui sont les autres personnes présentes dans l'environnement qui doivent être considérées (collègues, usagers, etc.) ?

Les comportements désagréables, le manque de politesse ou de respect, les remarques désobligeantes non ciblées, le manque de collaboration et l'opposition ne sont pas nécessairement des indices de la présence d'un risque pour la sécurité.

## **2. INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE DONT L'ÉTAT ET LE COMPORTEMENT PRÉSENTENT UN RISQUE POUR LA SÉCURITÉ**

Lorsque la situation ou le comportement présente un risque pour la sécurité, il est nécessaire de mettre en place une intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres, que ce soit à court terme, si la situation le requiert, ou à moyen terme, selon le contexte et le niveau d'urgence.

- Assurez-vous de bien connaître la procédure et les différents mécanismes prévus par votre organisation pour gérer les situations de crise ou qui présentent un risque pour la sécurité (modalités de communication à privilégier, etc.).

- Laissez une note claire et visible au dossier de la personne si elle présente un risque. Cette information pourra être très utile à vos collègues ultérieurement.
- Lors des rencontres d'équipe, discutez des personnes dont le comportement vous inquiète afin que vos collègues soient au courant de la situation, qu'ils puissent faire partie du plan d'intervention et exercer une vigilance accrue.
- Soyez conscient de vos limites, de vos forces (connaissances, expérience). Prenez en considération votre état émotif : « Comment est-ce que je me sens aujourd'hui ? » Cela pourra orienter certaines de vos actions dans le « ici et maintenant ».
- Prenez garde aux certitudes : « Il ne s'en prendra pas à moi, je le connais... »

*Rappel des principes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres*

- Prévenez ou désamorcez l'escalade. N'argumentez pas, ne haussez pas le ton.
- Restez calme, contrôlez votre respiration.
- Protégez-vous (maintenez une distance sécuritaire ; vérifiez si des objets dans l'environnement ou en la possession de la personne constituent des armes potentielles ; sécurisez votre bureau de manière plus permanente, etc.).
- Priorisez la protection des personnes (la vôtre, celle de la personne elle-même, celle des collègues et celle des autres usagers).
- Prenez le temps de structurer et d'organiser l'intervention (déterminez le besoin d'une assistance préventive de la part d'un collègue ou d'un agent de sécurité si disponible, imaginez les réactions possibles, une diversion pour quitter les lieux rapidement au besoin). Qui peut vous aider le plus rapidement, le plus efficacement ? Consultez le plan d'intervention de la personne, le cas échéant.
- Effectuez un suivi après l'événement.
- Utilisez l'intervention physique en dernier recours seulement.



**Attention !** Plusieurs guides et protocoles précisent les interventions préconisées en situation de crise pour assurer la sécurité des intervenants. Ce guide n'a pas pour objectif de se substituer à ceux-ci. *Consulter la section [Pour en savoir plus](#) ci-dessous pour avoir accès à certaines références ou ressources spécialisées en la matière.*



*Concernant les situations pour lesquelles il pourrait être requis de mettre en place des mesures d'exception pour protéger une personne vulnérable ou autrui, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*



**Astuce d'intervention !** À tout moment, un intervenant qui observe des comportements inquiétants liés à l'état mental de la personne et qui dispose d'un temps utile peut communiquer avec le service de consultation téléphonique 24/7 (Info-Social) de sa région en composant le 8-1-1<sup>1</sup> afin de discuter de la situation qui le préoccupe et partager ses observations. L'intervenant gagne également à discuter de la situation avec ses collègues et son gestionnaire. Dans toute situation où l'intervenant estime que la sécurité de la personne, la sienne ou celle d'autrui est compromise dans l'immédiat et que la personne refuse de collaborer, il est invité à composer le 9-1-1.



*Concernant les pratiques à privilégier afin de prévenir le suicide, consulter le guide [Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#).*

### 3. INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE DONT LE COMPORTEMENT QUI DÉRANGE NE PRÉSENTE PAS DE RISQUE POUR LA SÉCURITÉ

Dans certaines situations, l'intervenant fait le constat que ni la personne elle-même ni le comportement qui dérange ne présentent de risque pour la sécurité (par ex. : l'utilisation d'un langage grossier). Toutefois, un malaise peut persister et une intervention peut être

---

<sup>1</sup> Le service Info-Social 8-1-1 est actuellement offert dans toutes les régions du Québec à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik.

À noter qu'il existe d'autres services d'écoute téléphonique 24/7 dans ces deux régions, dont :

- Ligne d'écoute [Wiichihiiwauwin](#) : 1-833-632-4357 (Terres-Cries-de-la-Baie-James)
- Ligne d'aide [Nunavut Kamatsiaqtut](#) (inuktitut / anglais) : 1-800-265-3333 (Nunavik)
- Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des [Premières Nations et des Inuit](#) : 1-855-242-3310

nécessaire afin d'éviter certaines conséquences, dont une possible restriction de l'accès aux services et aux soins pour la personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

### 3.1 CONSIDÉRER LES FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'INTERVENTION

Confronté à un comportement ou à une condition qui dérange, l'intervenant doit prendre en considération certains facteurs pour savoir quelles pistes d'intervention privilégier auprès de la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être.

- Cette personne est-elle connue des services ? Est-ce qu'un lien de confiance a été créé entre elle et vous ? Avec quelqu'un d'autre de votre équipe ou de votre organisation ?
- Si cette personne est connue, est-ce que le comportement présenté est récurrent ? S'il y a récurrence, est-ce que la situation a déjà été abordée avec la personne ?
- Favorisez une gestion de ce qui est dérangeant dans un environnement sécuritaire, calme et à l'écart des autres personnes. Évitez de discuter de la situation de la personne à voix haute avec vos collègues, alors que d'autres peuvent vous entendre. Prenez en considération que les personnes en situation d'itinérance sont particulièrement sensibles au regard porté sur elles. Respectez leur droit à la confidentialité.
- Pouvez-vous repérer un élément déclencheur ou un irritant ?
  - › Y a-t-il des stimuli dans l'environnement auxquels la personne pourrait être plus sensible et qui contribuent à l'émergence ou à la récurrence de la situation problématique (bruits forts, trop grande proximité physique dans un espace restreint, rendez-vous donné à des heures achalandées, etc.) ? Explorez la possibilité d'agir sur ces stimuli ou d'offrir à la personne des moyens pour en réduire ou supprimer les impacts.
  - › Y a-t-il quelqu'un dans l'environnement envers qui la personne en situation d'itinérance semble réagir (par ex. : présence d'un autre usager avec qui

il y aurait un historique d'interactions difficiles, présence d'une personne agitée qui la rend impatiente ou l'inquiète) ? Le cas échéant, éloignez les personnes l'une de l'autre dans la mesure du possible.

- › Est-ce que le comportement qui dérange pourrait être associé à une condition médicale particulière (par ex. : perte cognitive qui amène une difficulté à se situer dans le temps et à tolérer les délais, hypothèse d'un trouble mental, symptômes de sevrage, traumatisme cranio-cérébral) ? Dans un tel cas, vous devrez peut-être envisager de vous adjoindre d'autres professionnels afin d'évaluer la condition de la personne.

### 3.2 DÉTERMINER QUI EST LA MEILLEURE PERSONNE POUR INTERVENIR

La qualité du lien entre l'intervenant qui sera appelé à intervenir et la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être doit être considérée de près dans la planification de l'intervention. Cela peut faire toute la différence entre une réaction vive à l'intervention, et une ouverture à cesser le comportement qui dérange ou à négocier un compromis acceptable.

Toutefois, il arrive qu'une intervention doive être effectuée auprès d'une personne inconnue du service ou en l'absence de la personne qui a développé un lien significatif avec celle-ci. Il est approprié de prendre le temps d'évaluer quel intervenant est en mesure d'établir le meilleur contact avec la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Dans certains cas, faire appel à une personne ayant une certaine autorité pour rappeler le cadre peut être l'intervention à privilégier si celle-ci est menée avec respect et empathie.

### 3.3 OFFRIR UN CADRE SOUPLE ET RASSURANT

Hormis dans les cas de comportements de violence et d'agressivité qui présentent un risque pour la sécurité, les comportements considérés comme marginaux ou dérangeants ne doivent pas empêcher l'intervenant d'adopter une posture d'écoute afin de bien comprendre la situation et le besoin. L'adoption de certaines attitudes peut parfois être une façon de tester les limites de l'intervenant et de voir si celui-ci va maintenir le lien et un intérêt réel pour l'utilisateur, au-delà du comportement présenté. Il est donc nécessaire d'offrir un cadre qui sera à la fois souple et rassurant afin de maintenir ce lien et d'orienter l'intervention.

- Adoptez des attitudes qui facilitent la gestion des situations dérangeantes : empathie, préoccupation et intérêt sincère pour la personne et son mieux-être, authenticité et respect.
- Repérez vos frontières, identifiez vos limites et situez votre niveau de tolérance quant à certains comportements ou attitudes.
- Soyez conscient que certaines personnes ont développé des réflexes de survie dans la rue pour se prémunir contre un environnement hostile ou parce qu'elles s'attribuent à elles-mêmes peu de valeur et perçoivent ce même jugement dans le regard des autres. Cela peut se traduire par un langage cru, des commentaires déplacés ou envahissants (qui forcent à entrer dans la « bulle » de l'autre).
- Observez si la personne semble consciente de l'impact de son comportement sur l'environnement, sur les gens qui l'entourent. Par exemple, une personne qui prend un ton très revendicateur, peu importe la situation, peut ne pas être sensible à ce que cela provoque et avoir besoin d'un rappel en ce sens (du type : « Monsieur X, cela me fait toujours plaisir de vous voir. Je sais que vous êtes préoccupé, mais j'aimerais bien qu'on prenne le temps de se saluer avant que vous me demandiez si j'ai reçu des nouvelles de votre médecin. Cela serait plus agréable comme manière d'entrer en contact »).
- Ayez des attentes réalistes afin de ne pas mettre les personnes en situation d'échec dès le départ.

- Dans les situations où il y a des enjeux de cohabitation ou de non-respect des autres usagers, prenez le temps de préciser les règles à respecter et les limites à ne pas franchir. Expliquez bien vos attentes, le sens des règles et mentionnez qu'elles s'appliquent à tous.
- Abordez en équipe les comportements ou états dérangeants qui semblent découler des conditions de vie précaires des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Évaluez la souplesse, les aménagements et les arrimages possibles afin de faciliter l'accès aux services et la réponse à leurs besoins (par ex. : les personnes qui entrent dans un service pour avoir accès aux toilettes).

*S'il y a nécessité de mettre fin au service ou de demander à la personne de partir à cause d'un comportement problématique qui persiste*

- Énoncez des faits concrets. « On vous demande de partir à cause de tel et tel comportement... »
- Distinguez la personne de ses comportements : « Aujourd'hui, ça ne semble pas une bonne journée pour vous et malheureusement, dans ce contexte, nous ne pourrions pas vous aider, mais ça nous fera plaisir de vous revoir demain si vous êtes en mesure de reprendre la discussion sur un ton plus calme. »
- Informez la personne des conséquences si les limites ont été dépassées.
- Assurez-vous que les conséquences ne soient pas disproportionnées par rapport aux comportements dérangeants. La confiance déjà fragile envers les services et les impacts importants qu'une coupure de service peut avoir sur une personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir ne sont pas à négliger (dégradation d'une condition déjà précaire par manque d'accès aux soins de santé, interdiction prolongée de séjour dans l'unique ressource d'hébergement du territoire, etc.).

### 3.4 FAIRE PREUVE DE FLEXIBILITÉ À L'ÉGARD DE L'EXPRESSION DE LA COLÈRE

Donner le droit à une personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir d'exprimer sa colère est une intervention qui peut permettre des apprentissages importants pour la personne et qui peut s'effectuer dans la mesure où l'intervenant fait preuve de flexibilité. La violence, elle, n'est pas acceptable et cette nuance doit être clairement comprise et explicitée.

*Vous avez possiblement devant vous une personne qui craint fortement d'être mal reçue ou jugée. La colère témoigne souvent d'un sentiment d'impuissance, d'incompréhension, d'une souffrance*

- Établissez un contact visuel fréquent avec la personne, sans être insistant pour qu'un regard trop appuyé ne soit pas perçu comme menaçant ou intrusif. Maintenez une distance qui respecte son espace vital et le vôtre et préserve votre sécurité.
- Demeurez calme et adoptez une posture neutre (ne croisez pas les bras, ne gardez pas vos mains dans vos poches).
- Utilisez un langage simple et concret.
- Laissez la personne verbaliser ce qui la met en colère et écoutez attentivement. Employez des techniques de l'écoute active, notamment la reformulation, pour aider la personne à identifier l'objet exact de sa colère et à reconnaître les émotions sous-jacentes. Certaines informations vous seront possiblement utiles pour comprendre sa situation, ses besoins et l'aide à lui apporter.
- Adoptez un ton de voix calme et rassurant.
- Très souvent, et parfois malgré les apparences, cette colère n'est pas dirigée vers l'intervenant. Toutefois, si vous évaluez que vous en êtes l'objet, votre sécurité est prioritaire.
- Même si la colère n'est pas dirigée vers vous, respectez votre sentiment face à la situation. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, allez chercher du soutien.

- Invitez la personne à exprimer son besoin ou sa difficulté de manière plus calme. Dites-lui que vous voulez être certain de bien la comprendre. Posez des questions ouvertes, faites des reflats.
- Ne minimisez pas l'expérience vécue par la personne. Par exemple, une personne peut manifester de la colère parce qu'on lui a demandé de se déplacer pour compléter une démarche. Pour une personne en situation d'itinérance, ce déplacement exigera peut-être de quêter pour réunir la somme d'argent nécessaire pour se rendre à destination, et de faire la même chose pour revenir voir l'intervenant par la suite.
- Si vous vous rendez compte que la perception de la personne est fondée sur des informations erronées, aidez-la à les rectifier.
- Cherchez une lecture commune de la situation.
- Informez la personne des démarches en cours (ou rappelez-les-lui), le cas échéant, afin de répondre à ses besoins et de la rassurer (sentiment d'être considérée). Expliquez les motifs de certaines décisions.
- Collaborez avec la personne afin de trouver des solutions pour l'apaiser en mentionnant que cela sera nécessaire pour continuer la conversation (par ex. : aller prendre l'air quelques minutes, s'isoler dans une salle adjacente pour s'éloigner des stimuli de l'environnement, aller fumer).

### 3.5 EFFECTUER UN RETOUR SUR LA SITUATION AVEC LA PERSONNE

L'intervenant gagne à effectuer un retour sur la situation ou le comportement qui a posé problème auprès de la personne en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Cette démarche peut avoir différents objectifs selon la nature du lien déjà existant avec la personne, la récurrence de certains comportements, la présence d'ententes préalables, etc.

- Choisissez le bon moment pour animer cette discussion. Il est tout à fait possible que cet échange doive être remis à plus tard si le contexte ou l'état émotif, tant de l'intervenant que de la personne concernée, ne le permet pas.
- Si nécessaire, animez cette rencontre avec un collègue, une personne en position d'autorité (selon la nature de l'événement) et expliquez les motifs de cette décision : « Lors de notre dernière rencontre, vous étiez très en colère contre moi et nous avons dû vous demander de partir, car il n'était pas possible de nous parler calmement. J'ai demandé à un de mes collègues (mon chef de service) d'être avec moi pour m'assurer que notre discussion d'aujourd'hui pourra avoir lieu dans le calme et le respect. »
- Le cas échéant, aidez la personne à prendre conscience que son comportement dérangeant ou inapproprié risque de miner ses relations avec son environnement et de l'empêcher de recevoir les soins et services dont elle a besoin.
- Évaluez la pertinence de rédiger un contrat clinique avec la personne dans lequel les attentes quant à certaines attitudes ou certains comportements seront clarifiées. Évitez de multiplier les règles, tenez-vous-en à ce qui pose réellement problème. Cernez et nommez ce qui sera non négociable.
- Collaborez avec la personne pour identifier des solutions réalistes et constructives pour apaiser ou canaliser sa colère ou son anxiété.
- Dans certains cas, sans banaliser le comportement, dédramatisez la situation, sachant que la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être ne se sent souvent pas « à la hauteur » ou digne de considération et peut également être aux prises avec un sentiment de culpabilité à la suite d'une situation problématique.
- Si certaines conséquences découlent du comportement adopté, expliquez précisément les motifs de cette décision et assurez votre sécurité. Déterminez qui sera la meilleure personne pour faire cette intervention.

### 3.6 ADOPTER DES STRATÉGIES AFIN D'INTERVENIR DE FAÇON SÉCURITAIRE

Même si tout intervenant qui œuvre auprès de personnes présentant des difficultés ou une précarité importantes, dont les personnes en situation ou à risque d'itinérance, a à composer avec des comportements dérangeants ou inappropriés, cela ne veut pas dire que cela est banal, sans conséquence ou sans danger. L'intervenant doit donc disposer d'outils et de stratégies pour faire face aux situations qui présentent un risque pour sa sécurité physique et son bien-être psychologique.

#### *Se protéger physiquement*

- N'hésitez pas à verbaliser vos besoins de soutien à votre supérieur immédiat pour faire face aux situations d'agressivité.
- Renseignez-vous sur les mesures de sécurité prévues dans votre organisation. Dans le cas où celles-ci sont inexistantes, faites part de votre souhait de voir instaurer de telles mesures à la personne responsable.
- Veillez à ce que l'environnement dans lequel vous intervenez soit sécuritaire pour vous (absence d'objets pouvant être utilisés de manière dangereuse, accès à une sortie).
- Intervenez à deux dans les situations qui présentent un risque ou qui vous inquiètent.

#### *Se protéger psychologiquement*

- Identifiez les comportements et les attitudes qui vous stressent et qui vous préoccupent.
- N'hésitez pas à mettre vos limites lorsque la situation le requiert.
- Mettez sur le travail d'équipe et interdisciplinaire, particulièrement dans les situations qui présentent un caractère complexe ou des défis particuliers pour vous.

- Évitez de vous isoler dans votre pratique et repérez les personnes avec qui vous pouvez exprimer vos émotions. Cela est primordial pour maintenir votre énergie et votre créativité.
- Établissez des collaborations avec d'autres personnes qui travaillent auprès de personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être, et ce, même si cela implique de maintenir la communication par d'autres moyens qu'une rencontre en face à face.
- Exposez clairement et sans malaise vos besoins de supervision clinique.
- Explorez les options de supervision conjointe, l'idée de participer à une communauté de pratique, le cas échéant.
- Cherchez rapidement du soutien auprès de votre supérieur immédiat si vous avez dû gérer une situation de crise.

#### 4. ABORDER LA QUESTION DES BESOINS DE BASE AVEC DES PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES D'HYGIÈNE CORPORELLE

Quoiqu'une condition d'hygiène négligée chez une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être puisse d'abord indiquer des besoins accrus en matière d'accès aux services, elle peut susciter un malaise chez l'intervenant, que ce soit lors de la prise de contact, d'une intervention ou d'une évaluation médicale. Il est possible d'aborder cette question délicate avec la personne et d'aménager certaines solutions.



**Attention !** La façon dont une personne en situation d'itinérance assure son hygiène peut fluctuer dans le temps. Se rappeler que le niveau d'hygiène d'une personne est un bon indice de ses conditions de vie (isolement, manque d'accès aux dispositifs et aux services, etc.) et peut affecter la qualité de ses liens avec autrui. La récurrence d'une telle condition peut également soulever des questions quant à la capacité de la personne à prendre soin d'elle (dégradation de son état mental, cognitif, etc.).

*Le seuil de tolérance relativement à l'hygiène est variable d'une personne à l'autre, y compris chez les intervenants*

- Situez votre seuil de tolérance. Considérez cette information dans votre réflexion concernant les pistes de solution à mettre en avant, surtout si vous devez interagir régulièrement avec des personnes qui présentent une telle condition.
- Ayez des attentes réalistes. Tentez d'aménager un espace de confort commun.
- Soyez sensible au fait que la personne elle-même peut être mal à l'aise relativement à cet aspect sans savoir trop comment aborder le sujet. Si cela demeure dans le non-dit, cela peut constituer un frein dans la création du lien de confiance et l'accès aux soins et aux services.

*Quelques idées pour aborder la question de l'hygiène*

- Abordez le sujet par une question relative à sa condition de santé. Certaines odeurs peuvent être réellement symptomatiques d'un état de santé dégradé (par ex. : carie dentaire, infection de la gorge ou des poumons se traduisant par une mauvaise haleine, présence de mycose ou de bactéries par une forte odeur de pieds, excès de production des glandes sébacées ou d'un type de levure par une forte odeur du cuir chevelu). En partageant dans un premier temps votre préoccupation quant à son état de santé (et selon la réponse de la personne), vous pourrez ensuite amener le sujet de l'hygiène – « Je vous posais cette question, car une odeur particulière est présente et parfois cela s'explique par certains problèmes de santé. »
- « Avez-vous accès à un endroit où il est possible de laver vos vêtements, de vous changer ? Avez-vous d'autres vêtements que ceux que vous portez en ce moment ? »
- « Avez-vous eu l'occasion de prendre une douche récemment ? Avez-vous un endroit où vous pouvez vous laver ? » Important : se départir de ses vêtements, même temporairement, pour les laver ou prendre une douche, peut être vécu par la personne comme une situation qui accentue sa vulnérabilité.

- « Que penseriez-vous de l'idée de prendre votre douche et de changer vos vêtements avant la prochaine rencontre ? Ce serait plus agréable pour vous et pour moi. Prendre soin de soi, ça aide souvent à se sentir mieux. »
- S'il y a un rendez-vous médical prévu : « Vous avez une rencontre prévue avec le médecin (l'infirmière). Vous et moi souhaitons que vous puissiez recevoir tous les soins dont vous avez besoin, alors, il faut bien vous préparer. Nous allons discuter ensemble des questions que vous souhaitez lui poser et des informations que vous devez lui donner. Pour vous préparer pour l'examen physique, c'est toujours une bonne idée d'avoir pris une petite douche. Est-ce possible pour vous ? »

### *Quelques pistes de solution pour faire face aux problèmes d'hygiène*

- Si des dispositifs ou des solutions pour remédier à la condition d'hygiène qui pose problème sont à votre portée dans le « ici et maintenant », offrez à la personne d'en bénéficier (par ex. : offrir un bain de pieds et des bas propres, voir s'il y a un besoin de produits d'hygiène féminine). La gêne ou la honte ressentie peut être une barrière à la communication.
- Ouvrez une fenêtre.
- Installez un diffuseur mural.
- Faites la rencontre dans une salle plus grande et mieux aérée.
- Ayez un contenant de désinfectant à mains à proximité que vous pourrez utiliser après la rencontre (utile en toute circonstance).
- Si cela est possible, faites la rencontre à l'extérieur (en marchant, assis sur un banc, etc.).
- Ayez une liste de ressources que vous pourrez remettre à la personne, au besoin (accès à une douche, à une laveuse/sécheuse, organismes qui font des dons de vêtements ou en vendent à très bas prix, etc.).

- Si la personne ne connaît pas une ressource, assurez un accompagnement.
- Établissez des collaborations avec des organismes afin de récupérer certains effets comme des bas, des sous-vêtements, des produits d'hygiène féminine, des serviettes et des débarbouillettes, etc. Constituez-vous une mini-réserve pour les situations qui requièrent une intervention immédiate.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS, GUIDES D'INTERVENTION ET OUTILS EN LIEN AVEC LE THÈME DES PERSONNES DONT L'ÉTAT OU LES COMPORTEMENTS DÉRANGENT

*Récits de pratiques – Dossier web Savoirs d'intervention en itinérance CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](http://cremis.ca/savoirs-itinerance))*

- [Section « Crise et agressivité »](#)

*Repères pour distinguer agressivité et impulsivité*

- [Guide de sécurité – Pour les intervenants de suivi intensif en équipe \(Centre national d'excellence en santé mentale, 2013\)](#)
- [Article Troubles mentaux et agression impulsive : Le rôle de la sérotonine \(Dumais, A., 2010, \*Psychiatrie et violence\*, 10\(1\)\)](#)

*Ressource web sur les premiers soins en santé mentale en cas de psychose*

- [Page web Psychose et intervention en cas de crise \(CanadaVie\)](#)

*Guide de pratique pour la prévention du suicide*

- [Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux \(Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010\)](#)

*Ressources pour l'intervention auprès de personnes pouvant présenter un risque pour la sécurité*

- [Dossier thématique Agression/Violence \(Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, 2018\)](#)
- [Vidéo Comment réagir sécuritairement avec des patients agressifs ? – 1 h 26 min \(Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, 2013\)](#)

- [Formation Omega de base – Prévention de la violence \(Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, 2014\)](#)
- [Guide de sécurité – Pour les intervenants de suivi intensif en équipe \(Centre national d'excellence en santé mentale, 2013\)](#)
- [Article scientifique Physicians and implicit bias: How doctors may unwittingly perpetuate health care disparities \(Chapman, E. N., Kaatz, A., et Carnes, M., 2013, \*Journal of General Internal Medicine\*, 28\(11\), 1504-1510\)](#)

*Article sur l'intervention avec les personnes présentant un trouble de personnalité limite*

- [Le suivi des patients difficiles : y survivre ensemble \(Caza, F., 2010, \*Le médecin du Québec\*, 45\(11\), 55-60\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Bellot, C., et Cousineau, M.-M. (1996). Le métro : espace de vie, espace de contrôle. *Déviance et société*, 20(4), 377-395. <https://doi.org/10.3406/ds.1996.1619>
- Bellot, C., et Sylvestre, M.-È. (2017). La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté. *Revue générale de droit*, 47, 11-44. <https://doi.org/10.7202/1040516ar>
- Caza, F. (2010). Le suivi des patients difficiles : y survivre ensemble. *Le Médecin du Québec*, 45(11), 55-60. <https://lemedecinduquebec.org/Media/108339/055-060DreCaza1110.pdf>
- Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). (2013). *Guide de sécurité – Pour les intervenants de suivi intensif en équipe*. [http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/cnesm/Guide\\_%20securite\\_mai2013.pdf](http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/cnesm/Guide_%20securite_mai2013.pdf)
- Dumais, A. (2010). Troubles mentaux et agression impulsive : le rôle de la sérotonine. *Psychiatrie et violence*, 10(1). <https://doi.org/10.7202/1005713ar>
- Fanzolato, S. (2003). *Les faces cachées de l'intervention en situation de crise*. Modulo-Griffon.
- Farrell, D. C. (2010). The paradox of chronic homelessness: The conscious desire to leave homelessness and the unconscious familiarity of the street life. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 239-254. <https://doi.org/10.1080/10911350903269872>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., et Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fleury, F. (2010). *Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3789/Protocoles\\_intervention\\_agressivite.pdf](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3789/Protocoles_intervention_agressivite.pdf)
- Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013). *Cahier des récits de pratique d'intervention en itinérance des équipes du projet Chez soi à Montréal*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/cahier-des-recits-chez-soi-hurtubise-rose-2013.pdf>
- Laberge, D., et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 115. <https://doi.org/10.7202/008314ar>

- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Mahood, M. (2007). Challenging behaviour in homelessness services. *Turning Point Scotland*. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/practitioner-article-challenging-behaviour-in-homelessness-services/r/a11G00000017r7sIAA>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., et Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Otero, M. (2007). Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 51-78.  
<https://doi.org/10.7202/016932ar>
- Otero, M., et Morin, D. (2007). À la recherche de la dangerosité mentale. Dans R. Hurtubise et S. Roy (dir.), *L'itinérance en questions* (p. 129-160). Presses de l'Université du Québec.  
<http://www.deslibris.ca/ID/422446>
- Parazelli, M., Bellot, C., Gagné, J., Gagnon, É., et Morin, R. (2013). *Les enjeux du partage de l'espace public avec les personnes itinérantes et sa gestion à Montréal et à Québec. Perspectives comparatives et pistes d'action*. Fond de recherche société et culture (FRQSC). <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2014/01/030592636.pdf>
- Phelan, J., Link, B. G., Moore, R. E., et Stueve, A. (1997). The stigma of homelessness: The impact of the label « homeless » on attitudes toward poor persons. *Social Psychology Quarterly*, 60(4), 323-337. <https://doi.org/10.2307/2787093>
- Porter, S. K. (2015). Working with homeless and vulnerable people: Basic skills and practice by Jeanette Waegemakers Schiff. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 107-107.  
<https://doi.org/10.1111/ijsw.12197>
- Roy, S. (2013). La question politique et l'action en itinérance. Dans P. Pichon et É. Jouve (dir.), *La recherche sur les SDF s'expose*. Presses universitaires du Sport.
- Séguin, M., Brunet, A., et LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Gaëtan Morin.
- Shier, M. L., Jones, M. E., et Graham, J. R. (2011). Sociocultural factors to consider when addressing the vulnerability of social service users: Insights from women experiencing homelessness. *Affilia*, 26(4), 367-381. <https://doi.org/10.1177/0886109911428262>
- Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: Basic skills and practices*. Lyceum Books. [https://www.researchgate.net/publication/269095237\\_Working\\_With\\_Homeless\\_and\\_Vulnerable\\_People\\_Basic\\_Skills\\_and\\_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true](https://www.researchgate.net/publication/269095237_Working_With_Homeless_and_Vulnerable_People_Basic_Skills_and_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true)



## Fiche Concomitance

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# SOUTENIR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE ET UN TROUBLE MENTAL

160

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

### COMMENT ACCOMPAGNER ADÉQUATEMENT LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE PRÉSENTANT DES TROUBLES CONCOMITANTS ?

Un nombre important<sup>1</sup> des personnes en situation d'itinérance présentent un double diagnostic de trouble mental et de trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS) (Breakey, 2004 ; Schütz, 2019). Cependant, ces troubles concomitants sont souvent sous-identifiés. Ils sont plus courants qu'on ne le croit. L'objectif de cette fiche est d'outiller l'intervenant confronté à cette réalité et qui doit composer avec un tableau clinique souvent flou et complexe en plus des défis que pose l'instabilité résidentielle.

<sup>1</sup> Selon les études, entre 25 % et 55 %.

Comment accompagner adéquatement les personnes en situation d'itinérance présentant une concomitance de trouble lié à l'utilisation d'une substance et de trouble mental ?

## J'AI DES QUESTIONS...

### QU'EST-CE QUE LA CONCOMITANCE DE TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE ET DE TROUBLE MENTAL ?

Les troubles concomitants désignent généralement la présence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive chez une personne. À noter que les substances psychoactives (SPA) comprennent l'alcool et les drogues, ainsi que les médicaments qui comportent un potentiel d'abus et de dépendance (MSSS, 2018). Il est fréquent que les personnes présentant des troubles concomitants ne reçoivent pas les soins optimaux dont elles pourraient et devraient bénéficier. Ces personnes ont souvent une moins bonne santé physique et font face à une plus grande détresse psychologique que les personnes présentant un trouble unique (trouble mental ou TUS).

### QUELS LIENS EXISTENT-ILS ENTRE LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE ET LES TROUBLES MENTAUX ?

Les TUS et les troubles mentaux sont souvent interreliés et il peut être difficile de déterminer comment une réalité influence l'autre ou comment elles s'articulent avec d'autres problématiques que peut vivre la personne.

Dans certains cas, les troubles mentaux peuvent mener à la consommation de substances psychoactives, laquelle peut également contribuer au développement de troubles mentaux. Dans d'autres cas, les troubles mentaux et les TUS peuvent émerger d'une même situation de vulnérabilité, par exemple, le fait de vivre (survivre) à la rue ou de vivre avec de la douleur chronique. Enfin, les troubles mentaux et les TUS surviennent parfois sans qu'il y ait un lien étroit de causalité entre eux ni avec la situation de précarité résidentielle ou d'itinérance. Il n'y a pas de modèle unique permettant de comprendre les relations possibles entre les TUS et les troubles mentaux.

Notons que les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux les plus communs chez les personnes en situation d'itinérance et les plus susceptibles de mener

à l'automédication. La consommation de substances psychoactives comme l'alcool et la cocaïne ou les amphétamines peut diminuer temporairement les symptômes de l'anxiété et de dépression, qui peuvent être associés à la présence de traumatismes dans l'histoire de vie de la personne. Lorsque l'effet des substances s'atténue cependant, les symptômes des troubles anxieux ou dépressifs peuvent être ressentis de manière encore plus vive. Il est fréquent que les personnes perdent espoir de pouvoir vivre sans consommer.

La consommation de substances psychoactives obtenues dans la rue, la prise de médicaments sans prescription ou le mésusage d'une médication prescrite peuvent avoir un impact important sur l'état mental et physique des personnes. Les méfaits de l'usage de substances psychoactives peuvent être encore plus grands chez les personnes qui prennent déjà d'autres médicaments ou qui ont des troubles mentaux. Chez les personnes atteintes d'un trouble mental sévère, la consommation de substance peut avoir comme conséquence de déclencher ou d'exacerber leurs symptômes (par ex. : psychose ou dépression).

Aussi, la présence d'un TUS chez les personnes aux prises avec un trouble mental sévère augmente le risque de violence, de suicide, mais également d'incarcération et d'infections transmissibles par le sang ou sexuellement, telles que le VIH. Ces personnes, et plus spécifiquement celles qui sont en situation d'instabilité résidentielle, sont plus susceptibles de se retrouver dans des situations de vulnérabilité (de vivre des agressions, de la discrimination, etc.).

En plus de se questionner sur l'origine des difficultés vécues par la personne, les intervenants devront déterminer quels sont ses besoins prioritaires.

### QUE SAVONS-NOUS AU SUJET DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE QUI PRÉSENTENT UNE CONCOMITANCE DE TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE ET DE TROUBLE MENTAL ?

Près d'un tiers (27 %) des personnes interrogées dans le cadre du dénombrement des personnes en situation d'itinérance dans 11 régions du Québec, le 24 avril 2018, ont évoqué un TUS ou une dépendance pour expliquer la perte récente de leur logement et 13,4 % ont évoqué un trouble mental (Latimer et Bordeleau, 2019). Un trouble mental, un TUS ou la concomitance des deux peut avoir un impact sur la capacité de payer son loyer ou de retrouver un lieu de résidence stable, de maintenir des relations saines et fonctionnelles avec autrui ou encore de trouver un emploi.

Couplés au trouble lié à l'utilisation d'alcool, il est reconnu que les troubles mentaux peuvent paver le chemin vers l'itinérance de la même manière que l'itinérance peut précipiter les personnes vers une consommation excessive d'alcool et d'autres substances psychoactives, laquelle contribue en retour à rendre plus difficile encore la sortie de l'itinérance.

Traiter et accompagner une personne en situation d'itinérance vivant à la fois avec un TUS et avec un trouble mental constitue un défi qui peut être relevé par des soins et des services adaptés. Ces troubles concomitants sont souvent caractérisés par une évolution qui n'est pas linéaire : des épisodes de rechute ne sont pas l'exception, mais plutôt la règle. Ce travail d'intervention requiert un engagement à long terme et nécessite de faire preuve de patience, de souplesse et d'adaptation.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. ABORDER DE MANIÈRE SIMULTANÉE LES DIVERSES PROBLÉMATIQUES DANS L'EXPLORATION DE LA SITUATION

Les intervenants font souvent face à des situations où les personnes présentent certains symptômes liés aux troubles mentaux mais qui n'ont pas reçu de diagnostic. Devant ce flou, ils peuvent déduire qu'il est prioritaire de s'attarder au TUS des personnes avant d'entamer toute autre démarche et occulter ainsi les autres besoins. Pourtant, aborder les troubles liés à l'utilisation d'une substance et les troubles mentaux de manière simultanée et intégrée constitue l'approche à privilégier afin de mieux répondre aux besoins de la personne.



**Astuce d'intervention !** L'intervention auprès des personnes présentant une concomitance de troubles liés à l'utilisation d'une substance et de trouble mental demande aux intervenants de changer de « paire de lunettes ». Au lieu de se poser les questions : « Cette personne répond-elle aux critères de l'offre de service ? Sinon, où puis-je la référer ? », il s'agira plutôt de se demander : « Jusqu'à où puis-je travailler avec la personne afin de répondre à ses besoins, et ce, dans le respect de mes compétences et de mes mandats ? »



**Attention !** L'intervenant peut vivre un inconfort, de l'impuissance, voire un sentiment d'incompétence dans son travail auprès de personnes qui consomment ou qui présentent des symptômes qu'il associe à un trouble mental. Une perception négative ou un manque de connaissances peuvent nuire à l'établissement d'une alliance avec la personne. Un travail d'introspection est nécessaire à l'intervenant afin de réfléchir à ses valeurs, aux sources de ses perceptions ainsi qu'à ses défis et de déterminer le soutien dont il aura besoin pour être plus à l'aise dans son intervention, notamment lorsque les personnes persistent dans leur consommation ou qu'elles présentent des symptômes actifs associés à un trouble mental sévère.



**Attention !** Maintenir un lien et se recentrer sur la demande de la personne et sur ses besoins demeurent les pratiques à privilégier. Ce travail peut être mené par des intervenants d'équipes variées, sans nécessairement qu'ils aient des compétences spécialisées en santé mentale ou dans l'accompagnement de personnes avec un

TUS. Bien qu'il soit important d'avoir accès à un diagnostic de trouble mental et à une évaluation spécialisée en dépendance pour orienter ces personnes vers les services appropriés, les intervenants ne devraient pas se laisser paralyser par le fait qu'une période de temps plus ou moins grande peut être nécessaire pour obtenir un diagnostic ou une évaluation spécialisée en dépendance. Différentes actions et interventions peuvent être explorées avec cette personne en attendant d'avoir accès au diagnostic ou aux services appropriés.



*Dans le cas où une personne présente une faible adhésion aux traitements et aux services, il est particulièrement important de mettre en œuvre des pratiques facilitant la création d'un lien de confiance. L'intervenant est invité à consulter la fiche [Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services](#).*



*Concernant les diverses pistes à suivre pour clarifier la demande de la personne et l'accompagner dans l'établissement de ses priorités, consulter la fiche [Répondre aux besoins et orienter dans les services](#).*

## 1.1 S'APPUYER SUR DES OUTILS POUR EXPLORER LA SITUATION GLOBALE DE LA PERSONNE

Devant une personne qui semble présenter un TUS et un trouble mental, il s'avère particulièrement important de dresser un portrait global de la situation de la personne, en s'attardant à la fois à ses besoins de base (logement, vêtements, alimentation, etc.) et aux enjeux de dépendance et de santé mentale, et ce, sans tenter de hiérarchiser prématurément les problèmes. D'autres problèmes, tels les problèmes de santé physique, la déficience intellectuelle, les déficiences physiques ou les troubles cognitifs, accompagnent souvent les problématiques ci-haut mentionnées et gagnent également à être explorés par les intervenants.



**Astuce d'intervention !** Différents outils permettent d'explorer des problématiques spécifiques touchant la vie de la personne. Ils peuvent être utilisés par les intervenants peu importe leur profil et ils n'exigent pas de connaissances poussées dans le secteur des dépendances, des troubles mentaux ou de l'itinérance. L'intervenant est invité à utiliser les outils disponibles au sein de son service et de son établissement.



**Attention !** L'intervenant doit avant tout s'assurer que la personne est disponible et ouverte à discuter de sa consommation ou de son état mental. Dans plusieurs cas, un travail d'alliance devrait être fait avant d'aborder ces sujets. L'accord de la personne est incontournable pour faire tomber certaines barrières et maximiser sa collaboration.

*Questions permettant d'explorer la consommation de substances psychoactives auprès d'une population de 18 ans et plus, pour des équipes qui ne sont pas spécialisées en dépendance (source : l'outil [DÉBA alcool/drogues](#))*

- « Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ? »
- « Votre consommation d'alcool ou de drogues a-t-elle fait réagir votre entourage ? »
- « Vous êtes-vous déjà dit que vous buviez trop ou que vous consommiez trop de drogues ? »
- « Le lendemain d'une journée où vous avez beaucoup consommé, avez-vous constaté que votre corps réagissait (par ex. : besoin de boire le matin, tremblement des mains) ? »

À partir du moment où une question reçoit une réponse positive, une exploration plus poussée (détection) pourra être faite.

*Pour plus d'information au sujet de l'outil DÉBA et de son utilisation, communiquez avec les services en dépendance de votre établissement.*



*Concernant les situations qui soulèvent des interrogations ou des inquiétudes quant à la vulnérabilité de la personne, à la présence d'un danger et à l'urgence d'intervenir, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*

## 1.2 SE PRÉOCCUPER DU RISQUE SUICIDAIRE

Le risque de suicide augmente en présence d'abus d'alcool et d'autres drogues. Chez les personnes atteintes d'un trouble mental, le risque suicidaire est dix fois plus élevé que chez la population en général. Les personnes aux prises avec un TUS et un trouble mental présentent donc deux des facteurs de risque les plus importants pour le suicide (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). En considérant que s'ajoutent à ce portrait les effets de l'itinérance sur les conditions de vie et sur la santé physique de ces personnes, le risque suicidaire doit demeurer une préoccupation pour tout intervenant travaillant de près ou de loin avec celles-ci.



*Concernant les pratiques à privilégier afin de prévenir le suicide, consulter le guide [Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#).*

## 2. TRAVAILLER AVEC LA PERSONNE PRÉSENTANT DES TROUBLES CONCOMITANTS ET QUI CONSOMME ACTIVEMENT

Il est possible pour les intervenants d'offrir un accompagnement et un soutien à une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être qui présente un TUS et un trouble mental, même lorsque celle-ci consomme toujours. Dans bien des situations, ce travail ne requiert pas de compétences spécialisées et peut être réalisé par des intervenants de différents milieux occupant des fonctions variées.



**Attention !** Il est important pour l'intervenant d'éviter d'adopter une attitude ou des propos pouvant être interprétés par la personne comme étant moralisateurs, paternalistes. Plutôt, l'intervenant peut aider la personne à se questionner sur le lien possible entre sa consommation et les difficultés qu'elle vit, ou encore sur les contradictions entre sa consommation et les objectifs qu'elle s'est fixés.

### 2.1 ADOPTER LE RÔLE DE MOTIVATEUR

Les approches motivationnelles sont parmi les pratiques jugées les plus porteuses auprès des personnes présentant une concomitance de TUS et de trouble mental. Elles résonnent avec plusieurs aspects de l'approche de réduction des méfaits, dont, plus spécifiquement :

respecter le libre arbitre, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, favoriser l'autonomie, hiérarchiser des objectifs réalistes et réalisables et faire vivre des réussites à la personne.

En présence d'un TUS, la résistance de la personne au changement peut être lue comme un signe précieux pour l'intervenant : cela aide à situer la personne quant à son désir de changement et permet à l'intervenant d'ajuster son approche. Mettre l'accent sur un problème (par ex. : la consommation) en précipitant la recherche de solutions (par ex. : démarche de réadaptation) peut engendrer chez la personne une réaction de résistance souvent interprétée comme du déni ou un manque de volonté à changer.

*Bref survol des stades de changement du comportement (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992)*

Stade de changement	Description
Pré-contemplation	La personne ne reconnaît pas son problème et n'a aucun désir de changer dans un avenir rapproché.
Contemplation	La personne reconnaît le problème, envisage le changement, mais n'est pas prête à passer à l'action ou est ambivalente.
Préparation	La personne est prête à passer à l'action dans un avenir rapproché.
Action	La personne modifie son comportement ou son environnement pour répondre au problème.
Maintien	La personne prévient la rechute et consolide les changements effectués.

*Outils pour une approche motivationnelle*

### **Les échelles de motivation au changement de Rollnick (Miller et Rollnick, 2013)**

- Présentez les énoncés suivants à la personne et invitez-la à répondre en utilisant une échelle de 0 à 10 (0 représentant « pas du tout » et 10 « Totalelement ») :

- › « J'ai le goût de faire un changement dans mes habitudes de consommation »
  - › « Je me sens capable de faire ce changement »
  - › « Je pense que c'est le bon moment pour faire ce changement ».
- Si la situation s'y prête, posez certaines sous-questions afin de lui permettre de clarifier sa pensée et de repérer les leviers possibles. Par exemple :
  - › « Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous avez répondu 3 plutôt que 2 ? »
  - › « Qu'est-ce que cela prendrait pour que vous répondiez un 4 ? »

### **La balance décisionnelle (Prochaska, Norcross et DiClemente, 1994)**

Il est déconseillé d'utiliser la balance décisionnelle lorsqu'une personne est ambivalente ou qu'elle ne réalise pas encore l'importance de changer.

- Tracez 4 cases sur une feuille et inscrivez...
  - › ...dans la 1<sup>re</sup> case (en haut à gauche) : « Les désavantages si je change »
  - › ...dans la 2<sup>e</sup> case (en bas à gauche) : « Les avantages si je ne change pas »
  - › ...dans la 3<sup>e</sup> case (en haut à droite) : « Les désavantages si je ne change pas »
  - › ...dans la 4<sup>e</sup> case (en bas à droite) : « Les avantages si je change »

Les cases de gauche représentent le pôle « contre le changement » et celles de droite « pour le changement ».

- Invitez la personne à inscrire ses réponses dans chaque case ou proposez-lui de le faire, en cas de besoin.
- Demandez-lui de partager ses réflexions devant ce portrait qui illustre de quel côté « penche actuellement sa balance décisionnelle ».



Pour plus d'information sur les éléments clés de l'entretien motivationnel, sur des attitudes, et postures à adopter et les pratiques à privilégier pour soutenir des personnes en situation d'itinérance qui, aux yeux de l'intervenant, apparaissent peu prêtes à s'engager dans une démarche de changement général ou spécifique, consulter la fiche [Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes.](#)

## 2.2 EXPLORER LE RÔLE DE LA CONSOMMATION DANS LA VIE DE LA PERSONNE

Explorer le rôle de la consommation dans la vie de la personne est central si l'on veut établir une alliance avec elle pour favoriser le changement. En s'intéressant au rapport que la personne entretient avec la consommation et à la fonction de la consommation dans sa vie, on est mieux en mesure de voir ce qui se trouve derrière (besoins, manques, etc.).

### *L'établissement d'un dialogue authentique et empreint d'ouverture*

Postures à adopter pour explorer le rôle de la consommation :

- Informez la personne que vous ne jugez pas ses habitudes de consommation et que vous êtes ouvert à aborder cet aspect de sa situation si elle est d'accord.
- Montrez régulièrement des signes d'approbation et d'intérêt pour ce qu'elle vous livre. Cela permet d'explorer ses besoins sans qu'elle y voie un interrogatoire, de créer une alliance en manifestant un intérêt délibérément « naïf » et compatissant.

Questions permettant d'explorer sans jugement l'état mental de la personne, le rôle de la consommation de substances psychoactives dans sa vie et l'interrelation entre les deux :

- Quels sont les motifs qui l'ont menée à consommer ?
- Comment se sent-elle lorsqu'elle consomme ?

- Qu'advient-il de certains symptômes de trouble mental quand elle consomme ? Ceux-ci sont-ils soulagés ? Ou, au contraire, sent-elle que les symptômes sont plus présents ?
- Qu'advient-il de certains symptômes physiques (par ex. : douleur chronique) ?
- En quoi cette consommation constitue-t-elle une solution temporaire ou permanente pour répondre à un besoin ? Il y a les motifs de départ et les motifs de maintien dans la consommation (parfois ce sont les mêmes, mais parfois, les motifs changent).
- Comment la personne perçoit-elle sa consommation ? Est-ce un problème à régler à ses yeux ? Quels sont les avantages que la personne en tire, s'il y a lieu ? Les inconvénients ?

### 2.3 FAVORISER DES CONDUITES DE CONSOMMATION SÉCURITAIRES

Il est possible de réduire certains risques relatifs à la consommation importante de substances psychoactives en adoptant une approche de réduction des méfaits avec la personne présentant des troubles concomitants qui consomme activement. Entre autres avantages, cette approche permet à la personne de constater que l'intervenant ne cherche pas à la convaincre de cesser de consommer et lui reconnaît une capacité à prendre des décisions susceptibles d'augmenter son bien-être. Elle permet aussi d'éviter les risques les plus graves liés à la consommation (ex : surdoses liées au mésusage d'opioïdes ou contamination des drogues illicites).



**Attention !** Les questions posées par l'intervenant pour aborder le sujet des conduites de consommation sécuritaires peuvent être perçues comme intrusives. Ce sujet exige en effet souvent que la personne s'ouvre sur un contenu plus personnel et sensible. L'intervenant doit en tenir compte et voir le moment opportun pour les poser selon la nature du lien créé, la disponibilité de la personne à discuter du sujet à ce moment précis, etc.

*Sujets possibles à aborder lors de l'exploration de conduites de consommation sécuritaires*

- Substances consommées, à quelle fréquence et par quel mode d'administration ?
- Quantité consommée ? Plusieurs substances en même temps ?
- Consomme-t-elle seule ou avec d'autres ?
- À quels moments et dans quels lieux ?

*Pistes pour soutenir l'adoption de conduites sécuritaires lorsque la personne accepte de parler de sa consommation*

- Sensibilisez la personne aux risques associés au fait de consommer seule ainsi qu'au partage de matériel de consommation.
- Informez-la des risques reliés aux mélanges de substances, entre autres, parce que la composition exacte d'une substance illégale est souvent impossible à connaître et que de ce fait les effets en sont méconnus. Les mélanges de substances psychoactives légales ou de médicaments sont également risqués et devraient donc être évités.
- Invitez la personne à discuter des moyens utilisés pour se payer la consommation, explorez par exemple, si ceux-ci comprennent des échanges sexuels.
- Explorez les contextes et les lieux de consommation où la personne pourrait se mettre ou mettre d'autres personnes en danger (par ex. : risque de s'endormir dehors au froid).
- Nommez les risques accrus de surdose ou de complications associés à la consommation par injection.
- Si la situation le permet, explorez avec la personne quelques options pour réduire les risques : planifier les moments où la consommation aura lieu (prévoir le transport aller-retour, des vêtements, des condoms, du matériel de consommation

propre/stérile, une personne-ressource au besoin), gérer le dosage (espacer la consommation dans le temps pour éviter des surdoses, attendre de ressentir les effets avant de consommer davantage – une substance ingérée peut prendre jusqu'à deux heures pour être absorbée par le corps).

- Proposez une référence vers un service d'injection supervisé (SIS) lorsqu'un tel service est disponible sur le territoire et que le type de consommation s'y prête. Consultez le site Internet de votre CISSS ou CIUSSS pour en connaître la localisation.
- Fournissez de la naloxone ou invitez la personne à aller en chercher en pharmacie lorsqu'elle consomme des drogues illicites.
- Fournissez du matériel de consommation et de protection lorsque possible. Consultez le [Répertoire des ressources en santé et services sociaux](#) pour la liste des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI).
- Explorez avec la personne les facteurs de protection dont elle dispose pour diminuer les risques.



*Les sections [Pour en savoir plus](#) et la [Bibliographie](#) de cette fiche présentent différentes ressources soutenant l'adoption de conduites de consommation sécuritaires, dont des références pour s'outiller face aux risques liés au mésusage des opioïdes et à la contamination des substances psychoactives illicites.*

## 2.4 INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE INTOXIQUÉE

L'intervenant doit utiliser son jugement clinique afin de déterminer si l'état de la personne permet de tenir la rencontre. Dans le cas contraire, il doit s'assurer que la personne soit en sécurité lorsqu'elle partira de l'établissement (besoin d'un transport ou d'un accompagnement vers une ressource, personne à contacter pour assurer l'accompagnement s'il y a lieu, etc.).

- Créez l’alliance. Notez que, bien qu’intoxiquée, la personne s’est présentée devant vous. Reconnaissez-le : « Vous avez fait l’effort de vous présenter aujourd’hui, je vous en remercie. »
- Faites preuve de flexibilité : ne refusez pas d’emblée de rencontrer la personne. Abrégez la rencontre s’il le faut.
- Aménagez un horaire de rencontre qui conviendrait mieux aux habitudes de consommation de la personne (par exemple, évitez les rendez-vous tôt le matin).
- Utilisez l’état d’intoxication comme moteur d’intervention : observez les comportements de la personne en état d’intoxication (anxiété, agressivité, désinhibition, etc.). Ces informations pourront être un levier pour nourrir de futures discussions avec elle.
- Soyez à l’affût de signes de sevrage, qui peuvent mettre en danger la santé de la personne, et soyez prêt à agir, au besoin.



*Une personne en état d’intoxication sera parfois en colère ou adoptera certains comportements dérangeants, sans nécessairement poser un danger pour elle-même ou pour autrui. Afin de prendre connaissance des pratiques à privilégier dans un tel cas, consulter la fiche [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangeant](#).*

### **3. FAVORISER LE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE ET LE SOUTIEN DE L’ENTOURAGE**

L’intervention auprès de personnes présentant un TUS et un trouble mental appelle à un travail interdisciplinaire et à une collaboration entre plusieurs acteurs. Les défis liés à l’itinérance ne font qu’accentuer la nécessité de penser l’intervention en termes d’expertise et de responsabilité partagées afin de favoriser la continuité des services et une réponse adaptée aux besoins multiples de la personne. La personne en situation d’itinérance ou à risque de l’être, experte de sa situation et de ses besoins, a souvent déjà une ou des personnes

significatives dans son entourage qui pourraient offrir un soutien pour l'intervention, si elle y consent. Ces personnes peuvent être un membre de sa famille, un ami ou un intervenant du milieu institutionnel ou communautaire.



*Avec des personnes des Premières Nations ou inuites, d'autres types d'acteurs pourraient jouer un rôle, par exemple un intervenant des services traditionnels ou un aîné. Pour en savoir plus sur l'intervention auprès des personnes des Premières Nations et des Inuit, consulter la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#).*

### 3.1 RESTER À L'AFFÛT DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET DE POLYMÉDICATION

Les problèmes de santé physique sont souvent une porte d'entrée stratégique pour établir un contact avec des personnes de façon non menaçante. Or, certains intervenants pourraient être portés à ne pas prioriser la réponse à ces problèmes étant donné les défis découlant de la présence d'un TUS et d'un trouble mental. Pourtant, il est essentiel de considérer les besoins de santé physique dans les interventions à proposer aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être (par ex. : vaccination, dépistage des ITSS). Les médecins, les infirmières et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont un rôle important à jouer à cet égard.



*L'[Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#) propose certaines questions qui permettent d'aborder le sujet de la santé physique avec les personnes.*



*Pour en savoir plus sur les attitudes et approches à adopter en tant que professionnel de la santé devant une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être, consulter la fiche [Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance](#).*

- Le personnel de la santé, comme les infirmières, peut intervenir afin de protéger les personnes polymédicamentées ou ayant d'autres problèmes de santé (par ex. : ITSS, douleurs chroniques), et ce, de concert avec les pharmaciens et les médecins.

- Au-delà des situations de polymédication, gardez à l'esprit le rôle stratégique que peuvent jouer les professionnels de la santé pour faciliter l'accès des personnes à d'autres services (évaluation médicale pour des services d'hébergement ou attestant une contrainte sévère ou temporaire à l'emploi pour le programme d'aide financière de dernier recours, référence vers des services spécialisés, etc.).
- L'implication d'autres acteurs, comme des intervenants psychosociaux et des pairs aidants, peut également être un atout important. Par exemple, ils peuvent jouer un rôle d'interprètes en aidant la personne à décoder le langage biomédical des professionnels de la santé. Si la personne l'y autorise, l'intervenant ou le pair aidant peut aussi éclairer les professionnels de la santé à propos de sa réalité quotidienne.
- Pour une personne des Premières Nations ou inuite, si celle-ci est d'accord et en ayant d'abord déterminé l'absence d'enjeu de confidentialité, faites équipe avec des acteurs culturellement spécialisés tels qu'un interprète, un intervenant issu de la communauté d'origine ou un intervenant d'une ressource autochtone en milieu urbain.

### 3.2 FAIRE APPEL AUX SERVICES SPÉCIALISÉS LORSQUE LA SITUATION LE REQUIERT

L'apport des services offerts par une équipe spécialisée permet, lorsque le moment est jugé propice (pour l'intervenant et la personne), d'avoir recours à une expertise que l'intervenant ne possède pas. Par exemple, les services spécialisés en dépendance seront plus adaptés pour accompagner la personne qui souhaite adopter des stratégies concrètes dans l'atteinte de ses objectifs à l'égard de sa consommation.



**Attention !** Cette référence ne devrait pas signifier la fin d'un suivi de la part de l'intervenant initial, mais devrait, dans la mesure du possible, être une occasion de travailler à plusieurs pour le mieux-être de la personne.



**Astuce d'intervention !** L'[outil DÉBA](#), dont il a été question précédemment, peut faciliter grandement le travail des intervenants en les aidant à déterminer si la situation de la personne requiert des services plus spécialisés.



**Astuce d'intervention !** Les intervenants souhaitant être davantage accompagnés pour soutenir des personnes en situation d'itinérance présentant un TUS et un trouble mental sont invités à consulter le [Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants](#). Le centre offre notamment un portail documentaire ainsi qu'un programme de [télémentorat en ligne](#). Ces services sont disponibles pour les intervenants, gestionnaires, chercheurs, professeurs ou autres personnes qui s'intéressent à l'amélioration des soins et des services pour les personnes souffrant de troubles concomitants. Voir la section [Pour en savoir plus](#) pour d'autres ressources concernant l'accompagnement des personnes présentant un TUS et un trouble mental.



Le [Répertoire des ressources en dépendances](#), sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux, peut être un bon point de départ pour trouver une ressource offrant de l'hébergement en dépendance dans sa région. Pour les personnes des Premières Nations provenant de communautés non conventionnées, consulter [cette liste](#) des centres de traitement pour la consommation problématique de substances au Québec.



Afin de connaître les pratiques à privilégier lorsque la référence de la personne vers un autre service est envisagée, consulter la fiche [Répondre aux besoins et orienter dans les services](#).



Pour en savoir plus sur l'accompagnement à offrir à une personne qui effectue un passage en centre de réadaptation en dépendance ou dans une ressource communautaire ou privée offrant un service d'hébergement en dépendance, consulter la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#).



Pour en savoir plus sur l'accompagnement à offrir à une personne qui effectue un passage en centre hospitalier et les pratiques à privilégier afin d'arrimer les différents services pendant le séjour ou avant la sortie, consulter la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#).

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINES RESSOURCES ET CERTAINS ÉCRITS, GUIDES, OUTILS ET SITES WEB PERTINENTS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE PRÉSENTANT UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE ET UN TROUBLE MENTAL

*Soutien clinique et ressources en ligne :*

- [Centre d'expertise et de collaboration en trouble concomitant \(CECTC\) – RUISSS de l'Université de Montréal](#)
- [L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance, itinérance et COVID-19 \(CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal\)](#)

*Guide d'intervention :*

- [Dual Diagnosis—Brief Learning Resource \(The Queen's Nursing Institute, 2014\)](#)

*Expériences et témoignage de personnes utilisatrices :*

- [Vidéo On n'est pas juste des toxicomanes – 10 h 47 min \(Institut national de santé publique du Québec, 2012\)](#)

*Récits de pratiques – Dossier web Savoirs d'intervention en itinérance CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](http://cremis.ca/savoirs-itinerance)) :*

- [Section « Toxicomanie »](#)
- [Guide pratique pour amorcer une discussion sur la consommation](#)
- [Dépendance, ambivalence et réduction des méfaits : interventions auprès de quatre individus](#)

*Outil de dépistage/évaluation du besoin d'aide :*

- [Questionnaires et outils DÉBA – alcool/drogues \(Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec\)](#)

*Guide et formation sur l'entrevue motivationnelle :*

- [L'Entrevue motivationnelle – Un guide de formation \(Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 2001\)](#)
- [Formation de base en entretien motivationnel \(Institut national de santé publique du Québec, 2019\)](#)

*Ressources sur la réduction des méfaits en lien avec l'utilisation de diverses substances :*

- [Site web du Groupe de recherche et d'intervention psychosociale \(GRIP\)](#)
- [Brochure Chacun son kit, s'injecter à moindres risques \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021\)](#)
- [Guide d'accompagnement à l'utilisation de la brochure Chacun son kit, s'injecter à moindres risques \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020\)](#)
- [Répertoire Trouver un centre d'accès au matériel d'injection \(CAMI\) \(Gouvernement du Québec\)](#)

*Informations sur l'utilisation du cannabis :*

- [Site web Encadrement du cannabis au Québec \(Gouvernement du Québec\)](#)
- [Site web Lumière sur le cannabis : Faits et effets, Consommation responsable et Parler aux ados \(Santé Montréal\)](#)

*Outils en lien avec la crise des opioïdes et de la contamination des substances psychoactives illicites :*

- [Fiche pratique Possible surdose d'opioïdes : quoi faire – Administration de la naloxone par injection \(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, mars 2018\)](#)
- [Fiche pratique Possible surdose d'opioïdes : quoi faire – Administration de la naloxone par voie nasale \(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, mars 2018\)](#)
- [Vidéos Administrer la naloxone – par injection et par voie nasale \(Centre d'expertise et de référence en santé publique\)](#)
- [Formation Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire \(Institut national de santé publique du Québec\)](#)
- [Répertoire Trouver une ressource offrant de la naloxone – par code postal ou par région \(Gouvernement du Québec\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). (2015). *Guide d'intervention en dépendance, dans un contexte de concomitance d'un problème mental*.  
<https://catalogue.santecom.qc.ca/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=65233>
- Bonin, J.-P., Fournier, L., Blais, R., et Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 4(2), 211-248. <https://doi.org/10.7202/012604ar>
- Breakey, W. R. (2004). Mental illness and health. Dans D. Levinson (dir.), *Encyclopedia of homelessness* (vol. 1, p. 383-387). Sage Publications.
- Campbell, C., et Eid, P. (2009). *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. [http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/itinerance\\_avis.pdf](http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/itinerance_avis.pdf)
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 42*. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/Bookshelf\\_NBK64197.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/Bookshelf_NBK64197.pdf)
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada. Troubles concomitants*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-011812-2010.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale – Meilleurs conseils*. <https://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/cn000027996544-fra.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Santé Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/cn000027996544-fra.pdf>
- Comité permanent sur les troubles concomitants. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2921628066.pdf>
- Comité permanent sur les troubles concomitants. (2008). *Pour une intervention efficace en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance – Entente de partenariat, formation et dépistage*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/a37416.pdf>

- Drake, R. E., et Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.9.1126>
- Drake, R. E., Osher, F. C., et Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46(11), 1149-1158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.11.1149>
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., et McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 298-305. <https://doi.org/10.1097/00005053-199705000-00003>
- Fillion-Bilodeau, S., Nadeau, L., et Landry, M. (2012). La concomitance des troubles liés aux substances et de santé mentale. Recension des écrits (chapitre 2). Dans L. Nadeau et M. Landry (dir.), *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/produit/les-troubles-concomitants-de-toxicomanie-et-de-sante-mentale-resultats-de-recherche-au-quebec-et-reflexions-cliniques>
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., et Caron, J. (2015). Profiles associated respectively with substance dependence only, mental disorders only and co-occurring disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86(3), 355-371. <https://doi.org/10.1007/s1126-014-9335-1>
- Gouvernement du Québec. (2014). *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection – Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Ministère de la Sécurité publique (MSP). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-313-03W.pdf>
- Grenier, G., Fleury, M.-J., Imboua, A., et NGui, A. (2013). *Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal*. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 119-141. <https://doi.org/10.7202/1019189ar>
- Jutras-Aswad, D. (2018, 9 mai). *Les troubles concomitants : un défi d'intégration*. Grande conférence présentée dans le cadre de la Journée annuelle en santé mentale (JACM), Montréal. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/sante-mentale/jasm-2018/Les-troubles-concomitants-un-defi-d-integration.pdf>
- Kidd, S., Slesnick, N., Frederick, T., Karabanow, J., et Gaetz, S. (dir.). (2018). *Mental health and addiction interventions for youth experiencing homelessness: Practical strategies for front-line providers*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://www.homelesshub.ca/MentalHealthBook>

- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018 (version révisée du 8 avril 2019)* (p. 143). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>
- Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C., et Smith, A. (2015). *Je compte Montréal 2015. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D\\_SOCIAL\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT\\_DENOMBREMENT\\_ITINERANCE\\_102015.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_ITINERANCE_102015.PDF)
- Manderscheid, R. W., et Rosenstein, M. J. (1992). Homeless persons with mental illness and alcohol or other drug abuse – Current research, policy, and prospects. *Current Opinion in Psychiatry*, 5(2), 273-278. <https://doi.org/10.1097/00001504-199204000-00017>
- Ménard, J.-M., et Simard, M. (2013, avril). *Toxicomanie et itinérance : un modèle d'intervention intégrée*. *Info-Toxico, Domrémy-de-la-Mauricie / Centre-du-Québec*, 25(1). [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F1701377146\\_toxicomanie\\_et\\_itinerance\\_un\\_modele\\_dintervention\\_integree.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F1701377146_toxicomanie_et_itinerance_un_modele_dintervention_integree.pdf)
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3e éd.). Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Unis dans l'action – Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-804-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
- Nadeau, L., et Landry, M. (2013). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/produit/les-troubles-concomitants-de-toxicomanie-et-de-sante-mentale-resultats-de-recherche-au-quebec-et-reflexions-cliniques>
- Noël, F., Dubreucq, S., et Cohen, J. (2017). Dépendance et santé mentale. *Le Médecin du Québec*, 52(12).

- O'Grady, C. P., et Skinner, W. J. W. (2007). *A family guide to concurrent disorders*. Centre for Addiction and Mental Health/Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/partnering-with-families-guide.pdf>
- O'Neill, S., Lapalme, M., et Camiré, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Avis\\_Dispensation\\_soins\\_services\\_troubles\\_concomitants.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf)
- Poirier, M. (2007). Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 76-91. <https://doi.org/10.7202/016052ar>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., et DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward* (1re éd.). William Morrow.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., et Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- Schütz, C. (2019). Living with dual diagnosis and homelessness: Marginalized within a marginalized group. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(2), 88-94. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1579948>
- Simoneau, H., Bergeron, J., et Tremblay, J. (2011). *Unis dans l'action. Formation première ligne adultes en dépendances : approche motivationnelle – Cahier du participant*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [http://www.banq.qc.ca/ressources\\_en\\_ligne/bibliographie\\_quebec/refonte\\_2012/atvs6186425399424498700.html](http://www.banq.qc.ca/ressources_en_ligne/bibliographie_quebec/refonte_2012/atvs6186425399424498700.html)
- Skinner, W. J. W., O'Grady, C. P., Bartha, C. P., et Parker, C. (2015). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale – Guide d'information*. Centre for Addiction and Mental Health/Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/concurrent-disorders-guide-fr.pdf>
- Sylvestre, M.-È., Bellot, C., et Chesnay, C. (2012). De la justice de l'ordre à la justice de la solidarité : une analyse des discours légitimateurs de la judiciarisation de l'itinérance au

Canada. *Droit et société*, 2(81), 299-320. <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe1-2012-2-page-299.htm?contenu=article>

Therrien, V. (2013). *Bilan critique des meilleures pratiques auprès des personnes présentant des troubles concomitants de dépendance aux substances psychoactives, de santé mentale et de criminalité : applicabilité en contexte de première ligne*. [Essai présenté dans le cadre de la Maîtrise en intervention en toxicomanie, Université de Sherbrooke]

Todd, F. C., Sellman, J. D., et Robertson, P. J. (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 792-799. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01049.x>

Tremblay, J., et Blanchette-Martin, N. (2016). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8. Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendances* (Version 2.0). Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/manuel\\_utilisation\\_deba\\_a-dj8\\_v2\\_2017-02-27\\_dif.pdf](https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/manuel_utilisation_deba_a-dj8_v2_2017-02-27_dif.pdf)

Urbanoski, K. A., Cairney, J., Bassani, D. G., et Rush, B. R. (2008). Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 59(3), 283-289. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.3.283>

Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: Basic skills and practices*. Lyceum Books. [https://www.researchgate.net/publication/269095237\\_Working\\_With\\_Homeless\\_and\\_Vulnerable\\_People\\_Basic\\_Skills\\_and\\_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true](https://www.researchgate.net/publication/269095237_Working_With_Homeless_and_Vulnerable_People_Basic_Skills_and_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true)



## Fiche Justice

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ACCOMPAGNER DES PERSONNES EN CONTACT AVEC LA JUSTICE

185

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

À titre d'intervenant, il importe de veiller à ce que la situation judiciaire des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être ne constitue pas une entrave à leur accès aux soins et aux services et qu'elle ne compromette pas leurs acquis et leur réinsertion sociale. Cela

suppose de connaître certains enjeux légaux, mais également les enjeux psychosociaux liés à la situation judiciaire des personnes.

### QUEL REGARD PEUT-ON PORTER SUR LA RÉALITÉ JUDICIAIRE DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ET COMMENT PEUT- ON INTERVENIR EN PRENANT EN COMPTE CETTE RÉALITÉ ?

Quel regard peut-on porter sur la réalité judiciaire des personnes en situation d'itinérance et comment peut-on intervenir en prenant en compte cette réalité ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

## J'AI UNE QUESTION...

### LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE SONT-ELLES RÉELLEMENT PLUS SOUVENT CONFRONTÉES À LA JUSTICE QUE LE RESTE DE LA POPULATION ? POURQUOI ?

La justice pénale et la pauvreté entretiennent une relation de longue date, la pauvreté étant perçue comme un facteur de désordre social et la sanction pénale comme un moyen de maintenir l'ordre établi. La pauvreté, ou plus largement la condition sociale, est un motif de discrimination qui est reconnu par la Charte des droits et libertés. Ce type de discriminations se manifeste de différentes manières, notamment par la surveillance accrue, de la part des citoyens, dont font l'objet certaines personnes en situation de précarité financière, qui peuvent être accusées d'incivilités et de désordre. On observe aussi cette discrimination par l'augmentation de la judiciarisation (contraventions, incarcérations, etc.) des problèmes associés à cette précarité. Les personnes en situation d'itinérance font ainsi l'objet d'un profilage social qui peut entraîner des rapports soutenus avec la justice.

Les problèmes liés à la justice peuvent avoir débuté avant même que la personne soit en situation d'itinérance et s'exacerber par la suite. Par exemple, en réponse à la précarité de leurs conditions de vie, certaines personnes en situation ou à risque d'itinérance ont recours à des activités susceptibles d'entraîner leur judiciarisation (vol, vente de substances psychoactives, squeegee, recel, travail du sexe, etc.). De plus, la simple présence dans l'espace public – faute d'espace privé – accroît également leur risque de judiciarisation puisqu'elles sont plus susceptibles de se retrouver en violation de divers règlements (par ex. : règlements municipaux visant à assurer la paix et l'ordre, sur l'utilisation du mobilier urbain, sur la propreté et le civisme, sur le bruit). Rappelons aussi que les personnes en situation d'itinérance courent un risque accru d'être victimes d'actes criminels, surtout les personnes qui vivent à la rue et qui ont un trouble sévère et persistant de santé mentale et des troubles concomitants.

Le contact avec le système de justice pénale a une incidence majeure sur la trajectoire de vie des personnes qui en font l'expérience : fragilisation du réseau de soutien, précarisation financière, résidentielle et professionnelle, stigmatisation sociale, exacerbation des problèmes de santé mentale et physique, interruptions et fragmentation des suivis médicaux et psychosociaux, etc. Dans certains cas, la judiciarisation entre en contradiction avec la volonté de soutenir l'intégration sociale des personnes en situation d'itinérance ou à risque d'itinérance.

Pour renverser cette tendance, on assiste depuis quelques années, à l'échelle de la province, à la mise en place d'une multitude de plans d'action et de dispositifs favorisant le relais vers des services de soutien publics ou communautaires plutôt que la sanction pénale. Équipes de patrouille mixte alliant policiers et intervenants psychosociaux, tribunaux spécialisés pour les personnes en situation d'itinérance (programmes d'accompagnement en justice), mesures favorisant une cohabitation urbaine basée sur la mixité sociale sont quelques exemples d'initiatives qui s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits.



**Attention !** Depuis le 6 décembre 2014, les travailleuses et les travailleurs du sexe sont considérés au sens de la loi comme des victimes d'exploitation sexuelle. En effet, la prostitution est dorénavant traitée dans le Code criminel comme une forme d'exploitation sexuelle qui a une incidence disproportionnée sur les femmes et les filles. La nouvelle loi fédérale, *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*, interdit notamment l'exploitation d'autrui au moyen de la prostitution, le développement d'intérêts économiques à partir de l'exploitation d'autrui par la prostitution et l'institutionnalisation de la prostitution par l'entremise d'entreprises commerciales telles que les clubs de danseuses, les salons de massage et les agences d'escortes qui offrent des services sexuels moyennant rétribution. Cette nouvelle loi C-36 vise également à encourager les victimes à signaler les incidents de violence. *Pour en savoir plus, consulter cette [fiche d'information](#).*

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. CONSIDÉRER LA SITUATION JUDICIAIRE DE LA PERSONNE LORS DE L'ANALYSE GLOBALE DE SA SITUATION

### 1.1 EXPLORER AVEC LA PERSONNE LA PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS DE NATURE JUDICIAIRE

La connaissance des éléments de nature judiciaire qui existent dans la vie de la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être permet de déterminer dans quelle mesure ces éléments ont des conséquences néfastes pour la personne et contribuent à son maintien dans des conditions de vie précaires. L'objectif n'est pas de connaître l'ensemble des antécédents judiciaires de la personne, ni de devenir « expert » du système judiciaire. Il s'agit plutôt de permettre à l'intervenant de voir les impacts d'une judiciarisation antérieure, actuelle ou potentielle sur les conditions de vie de la personne (par ex. : limitant l'accès à l'emploi ou au logement) et, le cas échéant, de déterminer s'il lui est possible de la soutenir dans les prochaines étapes, voire dans le règlement de la situation. Cette démarche permet également d'évaluer la pertinence de s'adjoindre un autre intervenant comme un intervenant des services correctionnels ou un avocat de l'aide juridique pour les démarches en ce domaine.

#### *Quelques questions pour éclaircir la situation judiciaire*

- « Avez-vous des constats d'infraction non réglés ? »
- « Devez-vous vous présenter à la cour prochainement ? »
- « Pensez-vous faire l'objet d'un mandat d'arrestation en ce moment ? »
- « Avez-vous des ententes particulières à respecter en lien avec la justice (entente de travaux compensatoires, d'heures de service communautaire [communément appelées "travaux communautaires"], entente de paiement de contravention, ordonnance d'hébergement, conditions de remise en liberté avant jugement, conditions de probation, conditions de sursis, périmètre dans lequel vous ne pouvez pas vous retrouver, contacts proscrits avec certaines personnes) ? »

- « Êtes-vous sous tutelle ou curatelle ? »
  - › Le tuteur ou curateur est un représentant légal, nommé par le tribunal, qui, selon son degré d'autonomie, doit assurer la protection d'une personne, veiller sur ses biens et exercer ses droits civils.
  - › Attention, la personne peut tout à fait être apte à subir un procès même si elle est sous tutelle ou curatelle.
  - › *Pour plus d'informations sur ce régime de protection, consulter le [site web du Curateur public](#).*
- « Est-ce que votre situation judiciaire nuit à votre maintien en logement ou rend la recherche d'un logement ou d'un emploi difficile ? »



**Attention !** La terminologie judiciaire présente une certaine complexité, tant pour la personne en situation d'itinérance que pour les intervenants, et certains termes sont parfois confondus les uns avec les autres.

*Certains termes employés pour décrire la situation judiciaire d'une personne condamnée qui se retrouve dans la communauté*

#### MAISON DE TRANSITION

- En vertu des ententes conclues avec les services correctionnels du Québec, des organismes communautaires offrent des services d'hébergement et de suivi dans la communauté à des personnes condamnées qui bénéficient d'une permission de sortir, d'une libération conditionnelle, d'une ordonnance de probation ou d'une ordonnance d'emprisonnement avec sursis. La cour peut également référer à ces organismes des personnes libérées dans le cadre d'un engagement. Il peut s'agir de centres résidentiels communautaires (CRC), de centres d'hébergement communautaires (CHC) ou de foyers d'accueil.

- Ces maisons dites « de transition » permettent aux personnes condamnées d'obtenir du soutien et de l'encadrement dans leur démarche de réinsertion sociale au sein de la communauté. Certains programmes peuvent parfois y être offerts afin de traiter diverses problématiques (par ex. : trouble lié à l'utilisation d'une substance, gestion de la colère).
- L'admission dans un CRC ou dans un CHC est conditionnelle à l'évaluation/acceptation de la personne par la ressource, et ce, en fonction des caractéristiques de la personne, des services offerts et des places disponibles.

### SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

- Surveillance des personnes condamnées qui sont soumises à une mesure appliquée dans la communauté (ordonnance de probation, emprisonnement avec sursis, permission de sortir ou libération conditionnelle). En fonction de différents critères, la responsabilité de la surveillance peut être attribuée à un agent de probation, à un agent des services correctionnels en communauté ou à un intervenant communautaire partenaire des services correctionnels du Québec. Ce type de suivi vise à assurer la protection de la société tout en favorisant la réinsertion sociale des personnes condamnées.

### PROBATION AVEC SURVEILLANCE

- Ordonnance d'un tribunal qui comprend la condition pour la personne condamnée d'être suivie par un agent des services correctionnels dans la communauté (dit « agent de probation ») pour une période maximale de trois ans. Elle peut être assortie ou non d'une amende, d'une peine d'emprisonnement ou d'heures de service communautaire. Cette mesure vise principalement la réinsertion sociale.

### EMPRISONNEMENT AVEC SURSIS

- Ordonnance d'un tribunal permettant à une personne condamnée à une peine d'emprisonnement de moins de deux ans de purger sa peine dans la collectivité en observant les conditions qui lui sont imposées. Cette mesure vise à la fois des objectifs punitifs et de réinsertion sociale.

## PERMISSION DE SORTIR À DES FINS DE RÉINSERTION SOCIALE OU PRÉPARATOIRE À LA LIBÉRATION CONDITIONNELLE

- Mesure octroyée par le directeur de l'établissement (DE) ou par la Commission québécoise des libérations conditionnelles (CQLC), permettant, dans certaines circonstances, à une personne condamnée de s'absenter temporairement de l'établissement pour certains motifs (par ex. : emploi, études, détermination de son admissibilité dans une ressource communautaire d'hébergement, participation à un programme d'aide ou à une thérapie en lien avec ses besoins, maintien ou rétablissement des liens avec son réseau familial ou social).

## LIBÉRATION CONDITIONNELLE

- Mise en liberté d'une personne condamnée octroyée par la CQLC, lui permettant de purger le reste de sa peine d'incarcération dans la collectivité à certaines conditions. Les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement de six mois ou plus et qui ont généralement purgé le tiers de leur peine sont admissibles à une libération conditionnelle.

## TRAVAUX COMPENSATOIRES

- Heures de travail non rémunéré qu'une personne condamnée, dans l'impossibilité de s'acquitter d'une amende, accepte volontairement d'exécuter dans le but d'éviter l'emprisonnement. Les travaux compensatoires sont offerts par les percepteurs d'amendes uniquement lorsqu'il a été reconnu que la personne est dans l'incapacité de payer l'amende, et ce, malgré les possibilités prévues par la loi. Ils sont réalisés au profit d'organismes à but non lucratif ou de municipalités. Le nombre d'heures de travail à effectuer est déterminé à partir d'une table d'équivalence établie par la loi.

## HEURES DE SERVICE COMMUNAUTAIRE

- Il s'agit d'une obligation imposée par un tribunal à une personne judiciairisée, dans le cadre d'une ordonnance de probation ou d'emprisonnement avec sursis, d'effectuer des heures de travail non rémunéré pour le compte d'un organisme communautaire sans but lucratif. Ces heures, dont le maximum ne peut dépasser

240 au cours d'une période de 18 mois, doivent être exécutées selon un délai prescrit et sous la surveillance d'un intervenant correctionnel.

« La personne me dit qu'elle est "défaut mandat". Qu'est-ce que cela signifie ? »

Lorsqu'une personne a signé une promesse de comparaître ou a reçu une citation à comparaître ou une sommation la convoquant à la cour et qu'elle omet de se présenter sans le justifier, le juge a alors le pouvoir de lancer un mandat d'arrestation (c'est-à-dire un « défaut mandat ») contre la personne absente. Ce mandat peut également être lancé lorsque la personne contrevient à ses conditions légales. Ce document autorise la police à arrêter l'accusé dans un lieu public ou à la maison, puis à le faire comparaître devant une cour de justice. Le mandat demeure en vigueur jusqu'à la comparution de l'accusé devant une cour compétente, puisqu'il représente un « mandat non exécuté ». Au moment de sa comparution, la personne aura la chance d'expliquer la raison de son absence, laissant au juge la décision de la condamner ou non pour cette infraction.

*Mandat d'arrestation visé ou non visé ? Une décision prise par le juge*

- Mandat visé : Si la personne se fait arrêter, elle sera remise en liberté avec une promesse de comparaître à une date ultérieure.
- Mandat non visé : Si la personne se fait arrêter, elle sera détenue jusqu'à sa comparution.



**Astuce d'intervention !** Afin de soutenir leur compréhension de la terminologie lors de l'exploration de la situation judiciaire de la personne, les intervenants peuvent communiquer avec une ressource spécialisée ou consulter le site internet d'organismes reconnus tels que :

- [Éducaloi](#)
- [Centre de justice de proximité](#)
- [Cliquez justice](#)



Pour une description générale et complète du système correctionnel provincial, consulter ce [document d'information](#) du ministère de la Sécurité publique.

## 1.2 CLARIFIER LE STATUT JUDICIAIRE AUPRÈS D'UNE PERSONNE COMPÉTENTE

Clarifier le statut judiciaire de la personne peut lui permettre d'apaiser plusieurs de ses inquiétudes, ce qui peut augmenter sa disponibilité pour entreprendre diverses démarches pour améliorer sa condition (consultation médicale, recherche d'un logement, etc.). En effet, il n'est pas rare que des personnes en contexte de vulnérabilité qui se croient, à tort ou à raison, sous le coup d'un mandat d'arrestation, refusent de fréquenter certaines ressources ou de recevoir toute forme de services publics par peur que les policiers en soient avisés. Dans un premier temps, il pourrait donc être pertinent pour l'intervenant de rappeler à la personne que les établissements de santé et de services sociaux et autres organismes gouvernementaux ne disposent pas de l'information concernant les mandats judiciaires, qu'une personne sous mandat a les mêmes droits aux services qu'une autre et que les intervenants sont tenus de respecter la confidentialité du dossier de chaque personne, quel que soit son statut judiciaire. Or, si la personne fait effectivement l'objet d'un mandat d'arrestation, celui-ci pourrait être exécuté à tout moment, ce qui pourrait compromettre ses démarches en cours pour améliorer sa situation. Il est donc utile d'avoir les bonnes informations en main pour pouvoir accompagner la personne de manière éclairée.

### *Un appel peut faire une différence*

- Plusieurs personnes ont un avocat ou un agent de probation. Demandez à la personne une autorisation écrite de communiquer avec celui-ci si elle n'est pas en mesure de lui parler elle-même ou ne le désire pas. Assurez-vous d'obtenir cette autorisation selon les normes établies par votre organisation.
- En faisant un appel à l'avocat de la personne, à un avocat de l'aide juridique ou à son agent de probation, vous pourrez avoir des informations précisant la nature des mandats qui pèsent contre elle. Par exemple, la personne pourra être rassurée de savoir, selon la nature du mandat, qu'elle ne sera pas détenue si elle est arrêtée.

- Si la personne n'a pas d'avocat, accompagnez-la dans les démarches à faire afin d'obtenir les services de l'aide juridique et soutenez-la dans l'établissement d'un contact avec l'avocat qui lui sera assigné.
- Si la personne ne se souvient plus du nom de son avocat, communiquez avec le siège social du centre communautaire juridique du territoire où a eu lieu l'infraction afin de retracer l'identité de son avocat. *Au besoin, référez-vous à ce [répertoire des bureaux d'aide juridique](#) au Québec ou encore à ce [répertoire des bureaux de probation](#).*
- Dans certaines villes ou régions, un appel au poste de police local peut également permettre d'entrer en communication avec des agents de police sociocommunautaires qui pourront vérifier l'existence ou non d'un mandat contre une personne. Le rôle des agents de police est d'établir des relations étroites et durables avec les organismes communautaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les commerces et les habitants de leur secteur. Parfois, le terme employé pour identifier les agents qui ont ce mandat peut varier d'un corps policier à l'autre.

## 2. EXAMINER LES OPTIONS AFIN DE DÉNOUER LA SITUATION JUDICIAIRE ET DE PRÉVENIR DE FUTURS DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE

### 2.1 AIDER LA PERSONNE À RÉSOUDRE LES DIFFICULTÉS RELATIVES À SA SITUATION JUDICIAIRE

Dans le cas où le travail de l'intervenant s'inscrit dans une perspective d'accompagnement ou de suivi, il pourra être avantageux d'être proactif à l'égard de la situation judiciaire de la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Toutefois, sachant que la situation de judiciarisation mobilise souvent plusieurs acteurs (policiers, avocat, curateur ou tuteur, intervenant communautaire, agent de probation, etc.), il est essentiel de savoir qui gravite autour de la personne et de coordonner les actions et les responsabilités de chacun. L'intervenant n'a pas à se substituer aux autres acteurs, son rôle doit être circonscrit.

### *Toujours après avoir eu l'autorisation de la personne*

- Communiquez avec son avocat ou celui de l'aide juridique qui pourront vous situer sur les modalités à privilégier pour aider la personne à se préparer et à s'organiser en vue d'une comparution ou d'un procès, le cas échéant (aller voir un médecin, conclure une entente sur des travaux compensatoires, faire du bénévolat dans un organisme, conclure une entente de paiement à la Cour municipale, etc.). Selon la nature de votre intervention auprès de cette personne, cela vous aidera à prévoir les prochaines étapes dans l'accompagnement et l'orientation à prendre.
- Discutez avec la personne et son avocat de la pertinence de recommander un suivi avec un agent de probation lors du prononcé de la sentence. Ce n'est qu'à ce moment du processus judiciaire qu'une telle demande peut être effectuée. Cela pourrait, dans certains cas, lui faciliter l'accès à un dépannage en maison de transition à sa sortie, là où de telles ressources existent.
- Lorsque la personne a déjà un agent de probation, il peut être pertinent de lui fournir certaines informations complémentaires sur la personne qui pourraient orienter la prise de décision ou ses recommandations à la cour (condition médicale, historique des démarches entreprises ou en cours, liens avec certaines ressources, progrès constatés, détérioration de la condition due à une rechute d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance, difficulté à respecter des conditions de probation telles que ne pas avoir le droit de se trouver dans un certain quadrilatère alors que la personne y quête pour sa survie, etc.).
- N'hésitez pas à aller chercher des informations sur le processus judiciaire auprès de l'avocat de la personne.
- Lorsque la situation le requiert et le permet, favorisez l'accompagnement de la personne dans ses démarches, par exemple pour conclure des ententes de paiement à la Cour municipale, pour rencontrer son avocat ou son agent de probation, etc. Évaluez qui est la meilleure personne pour faire cet accompagnement (vous-même, un autre intervenant de votre établissement ou d'une ressource partenaire en lien avec la personne, etc.).

- La perte des papiers d'identité et les difficultés à accéder à une aide financière de dernier recours peuvent occasionner des difficultés à cheminer dans le système de justice. L'intervenant peut jouer un rôle positif en favorisant l'obtention des papiers d'identité (par exemple, carte d'assurance maladie, certificat de naissance) et d'un revenu. *Pour plus d'informations sur les démarches à entreprendre, consultez la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*

### *Des ressources utiles*

Il existe différents programmes axés sur l'accessibilité du système judiciaire et l'accompagnement des personnes qui permettraient de favoriser une réduction de la peine ou parfois la déjudiciarisation des personnes en situation d'itinérance. Ces programmes sont mis en œuvre avec la collaboration de divers partenaires des milieux de la justice, de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique. En voici quelques exemples :

- › Programme d'accompagnement justice-itinérance à la cour (PAJIC)
  - › Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale de la Ville de Québec (IMPAC)
  - › Programmes d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) à la Cour du Québec
  - › Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ) pour la région de Montréal et dans le village nordique de Puvirnituq.
- Pour obtenir de l'information sur l'existence de tels programmes dans une région donnée, n'hésitez pas à vous renseigner auprès d'une organisation locale œuvrant auprès de personnes en situation ou à risque d'itinérance. À ce titre, le service d'information et de référence 2-1-1 peut être utile (ce service est accessible 7 jours sur 7 dans le [Grand Montréal](#) et dans [l'ensemble du Québec](#)).
  - Pour des personnes des Premières Nations et des Inuit en contact avec le système de justice, il existe des services spécifiques axés sur la déjudiciarisation et la

réduction des méfaits visant le mieux-être de la communauté, de la personne en contact avec la justice et de la victime. Pour en savoir plus, vous pouvez contacter les [Services parajudiciaires autochtones \(SPAQ\)](#) ou le [Centre d'amitié autochtone](#) de la région de la personne.

- Il existe, de plus, deux ressources spécialisées pouvant offrir du soutien à la personne dans la régularisation de sa situation ou la défense de ses droits, soit la [Clinique Droits Devant](#) de Montréal et la [Clinique Droit de cité](#) de Québec.

## 2.2 EXPLORER LES MOYENS DE PRÉVENIR LES RISQUES DE FUTURS CONTACTS AVEC LA JUSTICE

Il est possible et souhaitable d'aider la personne à réduire les risques qu'elle se trouve à nouveau aux prises avec des problèmes judiciaires.

- Intéressez-vous au mode de vie de la personne, à ce qui, au quotidien, la met à risque d'être judiciairisée. Lorsque des comportements à risque sont repérés, explorez les stratégies qu'elle utilise déjà afin de minimiser ce risque ainsi que celles qu'elle gagnerait à adopter (par exemple, comment éviter d'être en position de non-respect de ses conditions de probation).
- Vérifiez si la personne présente un état mental perturbé. *Concernant les situations pour lesquelles il pourrait être requis de protéger une personne en raison d'un état mental perturbé, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*
- Renseignez-vous sur les initiatives et pratiques d'intervention policières concernant les personnes en situation d'itinérance dans votre secteur. Dans certaines villes du Québec, des équipes mixtes composées d'intervenants sociaux et de policiers ont été mises en place afin d'intervenir auprès des personnes présentant un état mental perturbé ou vivant en situation d'itinérance. Elles peuvent offrir des conseils et du soutien relativement aux situations difficiles rencontrées dans l'intervention, dont celles pouvant conduire à une judiciarisation.

- Là où ces équipes ne sont pas présentes, voir si des collaborations sont envisageables avec les policiers, la municipalité, le service de perception des amendes de la cour municipale (ou du Québec, en l'absence d'une cour municipale) afin de les sensibiliser au fait que l'émission de contraventions ou la judiciarisation sont susceptibles d'aggraver les difficultés des personnes en situation d'itinérance.
- Avec l'autorisation de la personne, si votre fonction s'y prête et si ce type de service est disponible, collaborez avec des agents sociocommunautaires du service de police du territoire avec lesquels la personne est régulièrement en contact afin de favoriser la médiation ou de discuter des situations qui la mettent à risque sur le plan judiciaire.
- Si la personne a des conditions légales à respecter, sensibilisez-la aux conséquences possibles de leur non-respect (arrestation, amende, incarcération, etc.). Discutez avec elle des stratégies à mettre en œuvre pour favoriser le respect de ses conditions légales. Par exemple : si elle ne peut se trouver dans un certain périmètre autour de la banque alimentaire qu'elle fréquente habituellement, tentez de trouver avec elle une ressource similaire dans un périmètre où elle a droit de se retrouver.

### 2.3 RESTER EN LIEN ET FAVORISER LE MAINTIEN DES ACQUIS APRÈS L'ARRESTATION ET PENDANT L'INCARCÉRATION

Le lien entre itinérance et incarcération est clairement établi : les personnes en situation d'itinérance ont un risque accru d'être incarcérées et les personnes récemment libérées de prison sont particulièrement à risque de se retrouver en situation d'itinérance (Metraux, Roman et Cho, 2007). Un exemple pour illustrer : lors de son enquête sur mise en liberté après son arrestation, une personne pourrait se voir imposer de demeurer dans l'établissement de détention si elle n'est pas en mesure de démontrer qu'elle possède une adresse fixe, un réseau social soutenant ou un emploi. Le système judiciaire ayant une responsabilité de protection sociale, ces éléments servent de garants pour la sécurité du public.

Ainsi, si la personne est incarcérée, le maintien du lien avec elle prend toute son importance.

L'intervenant pourra témoigner en sa faveur au moment de l'enquête sur mise en liberté. De plus, il est possible d'utiliser le passage en établissement de détention comme levier pour lui permettre de recevoir différents soins et services. Il est possible pour l'intervenant de favoriser la mise en œuvre de certaines stratégies afin de faciliter la sortie d'établissement. Finalement, l'intervenant peut aider la personne à éviter un passage ou un retour en situation d'itinérance après sa sortie.

- Si la personne est à risque d'être arrêtée ou incarcérée, rappelez-lui d'informer les acteurs du système de justice (policiers, intervenants à l'établissement de détention, etc.) de votre présence dans son réseau et de les autoriser à communiquer avec vous.
- Demandez-lui quelles sont les personnes de son réseau qui pourraient vous renseigner à son sujet si une rupture subite de contact se produisait (par ex. : absence inhabituelle à ses rendez-vous). Ces personnes peuvent être d'autres intervenants, mais également des gens qu'elle côtoie dans son quotidien. Assurez-vous d'avoir le consentement écrit de la personne à ce que vous entriez en communication avec les gens de son réseau si la situation le nécessitait. Récupérez leurs coordonnées et inscrivez-les à son dossier.
- Si vous le jugez pertinent, demandez à la personne son autorisation écrite pour communiquer avec les différents acteurs du système de justice afin de leur remettre directement vos coordonnées.
- Précisez-lui de quelle manière cet échange pourra l'aider à recevoir les soins et les services dont elle a besoin et, dans le cas d'une incarcération, à bien planifier sa sortie d'établissement.



*Pour plus d'information sur les interventions à privilégier afin de maintenir le lien avec la personne et de collaborer avec les équipes qui assurent son suivi durant le séjour en établissement de détention, consulter la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#).*

*Quelques repères pour comprendre l'incarcération des personnes en situation d'itinérance*

#### LE STATUT DE « PRÉVENU »

- Une personne prévenue est une personne qui attend son procès ou qui attend de connaître l'issue de celui-ci. Au cours de cette attente, la personne peut ou non être incarcérée dans un établissement de détention du Québec.

#### LORSQUE LA PERSONNE EST CONDAMNÉE À UNE PEINE DE PRISON

- Détention dans un établissement fédéral : une personne condamnée à une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus (ou à plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale est de deux ans ou plus au moment de leur imposition) purge sa peine dans un pénitencier, communément appelé « prison fédérale », sous l'autorité du Service correctionnel du Canada.
- Détention dans un établissement provincial : une personne condamnée à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour (ou à plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale est inférieure à deux ans au moment de leur imposition) purge sa peine dans un établissement de détention du Québec, communément appelé « prison provinciale ».



**Astuce d'intervention !** La grande majorité des personnes en situation ou à risque d'itinérance condamnées à une peine d'emprisonnement sont détenues dans une prison provinciale (notamment en raison de la nature des actes pour lesquels elles ont été reconnues coupables).

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINES RESSOURCES PERTINENTES SUR LES PERSONNES EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE EN CONTACT AVEC LA JUSTICE

*Documents sur la judiciarisation et le profilage des personnes en situation d'itinérance*

- [Rapport La judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Québec : point de vue des acteurs socio-judiciaires et analyse du phénomène \(Bernier, D., Bellot, C., Sylvestre, M.-E., et Chesnay, C., Rond-point de l'itinérance, 2011\)](#)
- [Mémoire La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social \(Campbell, C., et Eid, P., Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2009\)](#)

*Organismes et programmes offrant de l'information et de l'accompagnement aux personnes en situation d'itinérance relativement à leur situation judiciaire*

- [Clinique Droits Devant – Montréal](#)
- [Clinique Droit de cité – Québec](#)
- [Services parajudiciaires autochtones \(SPAQ\)](#)
- Programme d'accompagnement justice-itinérance à la cour (PAJIC)
- Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale de la Ville de Québec (IMPAC)
- Programmes d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM)
- Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ) – région de Montréal et village nordique de Puvirnitug

*Références en matière de loi et de terminologie judiciaire*

- [Site web d'Éducaloi](#)
- [Site web du Centre de justice de proximité](#)

- [Site web Cliquez justice](#)
- [Document d'information – Les services correctionnel du Québec \(Ministère de la Sécurité publique, 2014\)](#)

*Informations générales sur la prise en charge dans un établissement de détention*

- [Dépliant explicatif Meilleure évaluation, meilleure réinsertion, meilleure protection : Loi sur le système correctionnel du Québec \(Ministère de la Sécurité publique, 2007\)](#)
- [Page web Évaluation des personnes contrevenantes \(Ministère de la Sécurité publique, 2016\)](#)

*Récits de pratiques – Dossier web Savoirs d'intervention en itinérance CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](http://cremis.ca/savoirs-itinerance))*

- [Trouble délirant et vie à la rue. Des interventions de médiation pour limiter la judiciarisation](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Barreau du Québec. (2008). *Les personnes en situation d'itinérance : Détenrices de droits fondamentaux – Mémoire du Barreau du Québec sur le phénomène de l'itinérance au Québec*. Barreau du Québec. <http://liguedesdroitsqc.org/wp-content/uploads/2016/03/M%C3%A9moire.barreau.itin%C3%A9rance.pdf>
- Bellot, C., et Sylvestre, M.-E. (2012). *Extrait du rapport final – La judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Montréal. 15 années de recherche. Faits et enjeux*. <https://cobp.resist.ca/sites/cobp.resist.ca/files/extraits15ansjudiciarisation2012.pdf>
- Bellot, C., et Sylvestre, M.-È. (2017). La judiciarisation de l'itinérance à Montréal : les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté. *Revue générale de droit*, 47, 11-44. <https://doi.org/10.7202/1040516ar>
- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N., et Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal*. Rapport de recherche pour le Secrétariat national des sans-abri, en partenariat avec le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/judiciarisation-et-criminalisation-des-populations-itinerantes-a-montreal-2005/>
- Bellot, C., Lesage-Mann, É., Sylvestre, M.-E., Fortin, V., et Poisson, J. (2021). *Judiciarisation de l'itinérance à Montréal : des données alarmantes témoignent d'un profilage social accru (2012-2019)*. Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes (RAPSIM), Centre de justice des Premiers Peuples de Montréal (CJPPM) et Clinique Droits Devant. [http://rapsim.org/wp-content/uploads/2021/01/VF2\\_Judiciarisation-de-litine%CC%81rance-a%CC%80-Montre%CC%81al.pdf](http://rapsim.org/wp-content/uploads/2021/01/VF2_Judiciarisation-de-litine%CC%81rance-a%CC%80-Montre%CC%81al.pdf)
- Campbell, C., et Eid, P. (2009). *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. [http://www.cdpcj.gc.ca/Publications/itinérance\\_avis.pdf](http://www.cdpcj.gc.ca/Publications/itinérance_avis.pdf)
- Castel, R. (1998). *Les métamorphoses de la question sociale*. Une chronique du salariat. Fayard.
- Chéné, B. (2011). *Profil correctionnel 2007-2008. Les personnes prévenues confiées aux Services correctionnels*. Ministère de la Sécurité publique. <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-et-statistiques/profil-prevenus-2007-2008/en-ligne.html>
- Cliche, P. (2003). Réflexion sur les concepts de « pauvreté » et de « développement ». *Labour, Capital and Society/Travail, capital et société*, 36(2), 226-260. <http://www.jstor.org/stable/43158251>
- Faugeron, C., et Le Boulaire, J.-M. (1992). Prisons, peines de prison et ordre public. *Revue française de sociologie*, 33(1), 3-32. [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1992\\_num\\_33\\_1\\_4115](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_1_4115)

Fontaine, A. (2010). Le travail de rue dans l'univers de la rue. *Criminologie : les jeunes et la rue*, 43(1), 137-153. <https://doi.org/10.7202/044054ar>

Foucault, M. (2003). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.

Laberge, D., et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 115-131. <https://doi.org/10.7202/008314ar>

Metraux, S., Roman, C. G., et Cho, R. S. (2007). Incarceration and homelessness. *2007 National Symposium on Homelessness Research*, 4, 31. <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/180466/report.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014a). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014b). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

Sylvestre, M.-E., Bellot, C., Blomley, N., Fortin, V., et Duchesne Blondin, A. (2018). *Les conditions géographiques de mise en liberté et de probation et leur impact sur les personnes marginalisées à Montréal*. Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). [https://www.researchgate.net/publication/329218501\\_Les\\_conditions\\_geographiques\\_de\\_mise\\_en\\_liberte\\_et\\_de\\_probation\\_et\\_leur\\_impact\\_sur\\_les\\_personnes\\_marginalisees\\_a\\_Montreal](https://www.researchgate.net/publication/329218501_Les_conditions_geographiques_de_mise_en_liberte_et_de_probation_et_leur_impact_sur_les_personnes_marginalisees_a_Montreal)

Wacquant, L. J. D. (2015). *Les prisons de la misère*. Raisons d'agir.



## Fiche Relais lors d'un passage en hébergement

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ASSURER LE RELAIS AVANT, PENDANT ET APRÈS UN PASSAGE EN HÉBERGEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT OU UN ORGANISME

205

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Le parcours de plusieurs personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être est marqué par des séjours d'hébergement de plus ou moins longue durée assurés par des organismes et établissements divers. Elles peuvent être hébergées temporairement pour recevoir des

### QUELLES STRATÉGIES PEUT-ON METTRE EN PLACE, AVANT, PENDANT ET À LA FIN DU SÉJOUR, POUR FAVORISER LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE ET L'ARRIMAGE DES SERVICES?

soins de santé ou des services psychosociaux (centre hospitalier, centre de réadaptation en dépendance, centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, ressource d'accueil pour femmes victimes de violence conjugale, centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles de l'autisme, centre de réadaptation en déficience physique, etc.) ou pour purger une peine (établissement de détention).

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Peu importe le motif, le passage en hébergement peut, d'une part, fragiliser le parcours d'une personne à risque d'itinérance et mener vers une plus grande précarité résidentielle, surtout si des actions préventives ne sont pas mises en œuvre. On peut penser, par exemple, aux adolescents hébergés depuis de nombreuses années en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. D'autre part, le passage en hébergement peut constituer un tournant déterminant dans la trajectoire de certaines personnes qui se trouvent déjà en situation d'itinérance. La fin d'un séjour peut, par exemple, offrir l'occasion de stabiliser leur situation en logement, grâce aux soutiens qui leur sont offerts.

Cette fiche aborde plus spécifiquement le passage en hébergement selon trois cas de figure : la poursuite d'un traitement dans un centre de réadaptation en dépendance ou dans un organisme communautaire ou privé en dépendance, le placement dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et l'incarcération dans un établissement de détention. Y sont présentées des pistes générales pour tous les milieux et des pistes spécifiques pour les trois milieux concernés. Les intervenants pourront y trouver des repères utiles pour assurer le relais lors d'un passage en hébergement dans d'autres milieux, en fonction du mandat, des procédures et des ententes spécifiques en vigueur.



*Concernant les interventions à privilégier plus particulièrement lors d'un séjour en centre hospitalier, consulter la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#).*



*Concernant les pratiques à adopter plus globalement lorsqu'une personne a des démêlés judiciaires, par exemple pour l'aider à clarifier sa situation et à éviter une rejudiciarisation, consulter la fiche [Accompagner des personnes en contact avec la justice](#).*



**Astuce d'intervention !** Bien que les personnes des Premières Nations et les Inuit aient accès aux services de réadaptation en dépendance s'adressant à la population générale, il existe des centres de traitement en dépendance spécifiques pour les personnes vivant dans les communautés non conventionnées. La liste de ces centres de traitement est disponible sur le site web de [Services aux Autochtones Canada](#). Voir la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#) pour plus d'informations sur les pratiques à privilégier auprès de cette population.

Quelles stratégies les intervenants et les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent-ils mettre en place, avant, pendant et à la fin du séjour, pour favoriser la stabilité résidentielle de la personne et l'arrimage des services à sa sortie ?

## **J'AI UNE QUESTION...**

### **QUI EST PARTICULIÈREMENT À RISQUE DE VIVRE UNE SITUATION DE PRÉCARITÉ RÉSIDENTIELLE À LA SUITE D'UN PASSAGE EN HÉBERGEMENT ?**

L'étape de la transition au cours de laquelle un individu réintègre sa communauté après un séjour d'hébergement représente un moment charnière qui, mal préparé, peut mener les personnes dont la situation est déjà particulièrement fragile à l'itinérance.

En ce qui a trait aux personnes dans un établissement de détention, le lien entre itinérance et incarcération est clairement établi : en raison du phénomène de la judiciarisation de la pauvreté, les personnes en situation ou à risque d'itinérance ont un risque accru d'être incarcérées et, en raison des ruptures qu'occasionne l'incarcération (relationnelles, financières, identitaires, etc.), certaines personnes récemment libérées de prison sont particulièrement vulnérables à l'itinérance (voir par exemple Metraux, Roman et Cho, 2007). D'ailleurs, les personnes en situation d'itinérance sont souvent condamnées à des peines d'emprisonnement de courte durée. Dans ce contexte, il peut être plus difficile de détecter l'ensemble des besoins de la personne, ce qui complique l'élaboration d'un plan d'intervention adapté (Ministère de la Sécurité publique, 2013).

En ce qui a trait aux adolescents hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, ils présentent un risque plus élevé que ceux de la population générale de se retrouver en situation d'itinérance à l'âge adulte. D'ailleurs, 43 % des jeunes en situation d'itinérance ont été en contact avec ces établissements (Evenson et Barr, 2009), et 40 % de la population itinérante en général a, dans son adolescence, vécu en centre de réadaptation (Gagnon et Plamondon, 2014). Ceux qui ont reçu les services de la protection de la jeunesse et qui se retrouvent sans domicile sont souvent ceux qui ont fugué étant plus jeunes et qui ont été placés en bas âge, parfois jusqu'à leur majorité. Ceux-ci se retrouvent isolés à leur sortie et auraient fait peu d'acquis liés à l'autonomie pendant leur séjour (Goyette et coll., 2007).

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. PRÉVENIR UNE RUPTURE DE SERVICES ET FAVORISER LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE LORSQU'UN PASSAGE EN HÉBERGEMENT S'ANNONCE

Dans certains cas, le séjour d'hébergement d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être est prévisible. Par exemple, un intervenant peut avoir fait des démarches avec cette personne afin qu'elle intègre un centre de réadaptation en dépendance ou encore il peut être au courant qu'une condamnation risquée à brève échéance de mener à une incarcération de courte durée. Dans un tel cas, l'intervenant peut mettre en place différents mécanismes afin de prévenir ou de limiter certains des impacts associés à ce séjour tels que l'aggravation de la précarité résidentielle ou la perte de revenus.

### 1.1 PRÉVOIR DES MODALITÉS DE COMMUNICATION AFIN DE MAINTENIR LE CONTACT

Lorsque le passage en hébergement peut être anticipé, l'intervenant gagne à prendre des mesures qui lui permettront de retrouver la personne si le contact est rompu abruptement (par ex. : prendre le numéro de téléphone ou l'adresse courriel de la personne, demander les coordonnées de proches ou d'autres intervenants et demander l'autorisation de les contacter au besoin). De plus, cette stratégie permet à l'intervenant de jouer le rôle de relais auprès des futurs intervenants qui seront appelés à accompagner la personne pendant son passage en hébergement.

#### POUR LES INTERVENANTS QUI OFFRENT UN SUIVI À LA PERSONNE AVANT SON PASSAGE EN HÉBERGEMENT

*Dans tous les milieux*

- Demandez à la personne quels sont les membres de son entourage qui pourraient vous renseigner à son sujet si une rupture subite de contact se produisait (par ex. : absence inhabituelle à ses rendez-vous). Ces personnes peuvent être d'autres intervenants, mais également des gens qu'elle côtoie dans son quotidien (par ex. : concierge, voisin, pharmacien, agent sociocommunautaire, etc.). Assurez-

vous d'avoir le consentement verbal ou, si possible, par écrit, de la personne pour entrer en communication avec les gens de son réseau si la situation le nécessitait. Demandez leurs coordonnées et inscrivez-les à son dossier.

*Pour la personne hébergée dans un centre de réadaptation en dépendance ou dans une ressource communautaire ou privée en dépendance*

- Proposez-lui de signer une autorisation de communiquer en indiquant la justification clinique du maintien d'un contact téléphonique lors du passage annoncé. Conservez-la à son dossier. Une autorisation verbale a également valeur légale, dans la mesure où elle est consignée au dossier et précise pour quel motif et avec qui cette autorisation est valide.

*Pour la personne dans un établissement de détention*

- Le personnel de l'établissement de détention n'est pas autorisé à vous dire si une personne est incarcérée ou non, et ce, en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne et du cadre normatif relatif à la protection, la Loi sur les renseignements personnels et confidentiels. Pour ce qui est des policiers, ils peuvent fournir ces informations si le consentement est donné au préalable.
- De plus, les personnes incarcérées ne peuvent pas recevoir d'appels téléphoniques. Cependant, une autorisation de communiquer signée par la personne au préalable peut permettre l'échange d'information. La justification clinique du maintien d'un contact téléphonique lors du passage annoncé doit figurer au document. Conservez-la à son dossier.
- Il est fortement recommandé de ne pas fermer le dossier pendant que la personne est incarcérée, afin de pouvoir assurer la continuité des services à sa sortie. Si possible, présentez-vous à la cour avant la sentence pour aborder avec la personne les manières de communiquer avec elle lors de sa détention.
- Sachez que vous avez la possibilité de visiter la personne en établissement de détention, si votre mandat vous le permet. Il s'agit d'une bonne pratique pour garder le lien et éventuellement participer au plan de sortie. Communiquez avec l'établissement au préalable pour connaître les conditions et la procédure entourant ces visites (par ex. : répondre à une enquête de sécurité).

- Si votre mandat ne vous permet pas de visiter la personne, il y a des ressources externes (par ex. : PECH, à Québec) qui travaillent en étroite collaboration avec les intervenants de l'établissement de détention avec qui vous ou la personne pourriez faire affaire.
- La personne incarcérée peut, quant à elle, communiquer avec son intervenant selon les règlements en place, en se procurant une carte d'appel auprès de la cantine de l'établissement de détention ou, si elle n'a pas d'argent, en appelant à frais virés. Elle peut aussi demander l'assistance de son intervenant désigné pour effectuer un appel téléphonique dans un bureau privé, selon les disponibilités.

## 1.2 FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les intervenants psychosociaux et les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en amont du passage en hébergement pour favoriser la continuité des soins et des services, notamment en ce qui a trait à la prise de médication et aux autres suivis pour des problèmes de santé physique ou un trouble mental. Ce relais assure la continuité pour faire en sorte que la personne soit mieux comprise et soutenue pendant son séjour.

### POUR LES INTERVENANTS QUI OFFRENT UN SUIVI À LA PERSONNE AVANT SON PASSAGE EN HÉBERGEMENT

- Rappelez à la personne qu'elle doit informer le personnel psychosocial de l'établissement ou de l'organisme où elle séjournera que vous faites partie de son réseau. Elle doit autoriser le personnel à communiquer avec vous. Assurez-vous que la personne ait vos coordonnées avec elle.
- Précisez-lui de quelle manière certains échanges entre ces futurs intervenants et vous pourront l'aider à recevoir les soins et les services dont elle a besoin et à bien planifier sa sortie.

## POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI OFFRENT UN SUIVI À LA PERSONNE AVANT SON PASSAGE EN HÉBERGEMENT

- Expliquez à la personne qu'il pourrait être difficile de communiquer avec elle et qu'elle pourrait se retrouver sans médication ou avec une médication non adéquate.
- Invitez la personne à informer les membres du personnel de l'établissement ou de l'organisme où elle séjourne que vous êtes le professionnel de la santé qui assure son suivi et qu'ils peuvent communiquer avec vous. Assurez-vous que la personne connaisse votre nom complet, ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique où vous travaillez.
- Si vous êtes infirmière ou médecin, demandez à la personne de signer, avant son admission dans un établissement ou dans un organisme, une autorisation de communiquer afin que vous puissiez échanger avec le personnel de l'établissement ou de l'organisme concerné, par exemple en ce qui a trait à la continuité de sa médication. Utilisez le formulaire de consentement propre à votre organisation ou notez le consentement verbal au dossier.
- Si vous faites partie de l'équipe traitante, remettez à la personne une carte précisant les coordonnées de sa pharmacie ainsi que les traitements qu'elle suit et qui doivent être poursuivis (par ex. : traitement contre un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, traitement contre l'hépatite C, traitement pour un trouble mental).
- Si vous êtes pharmacien, remettez les coordonnées de votre pharmacie à la personne afin qu'elle puisse les transmettre au professionnel de la santé de l'établissement ou de l'organisme où elle séjournera.

## DANS LE CAS D'UN PASSAGE EN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION

- Si l'incarcération est une situation récurrente, il est possible de faire signer par la personne, de manière préventive, une autorisation de communiquer. Rappelez-vous toutefois que ce consentement ne peut être donné que pour une période limitée et à des fins précises (par ex. : pour une période d'un an à compter de la date de la signature et seulement à des fins de suivi médical).

- Sachez que toutes les personnes incarcérées ne sont pas vues systématiquement par le personnel du service de soins de santé lors de leur admission en détention. Cependant, advenant l'implication d'un professionnel de la santé auprès de la personne, il est un partenaire de choix pour effectuer la liaison avec tout professionnel de la santé dans la communauté.
- De manière générale, les demandes ayant trait à la santé d'une personne incarcérée sont orientées vers le service des soins de santé alors que celles de nature psychosociale sont dirigées vers les services professionnels des établissements de détention concernés. Le cas échéant, ces intervenants en milieu carcéral favoriseront le réseautage avec d'autres acteurs importants tels les agents de probation, les agents des services correctionnels titulaires, des responsables du programme de réinsertion et tout autre intervenant psychosocial de l'établissement de détention.

### 1.3 VEILLER AU MAINTIEN DU LOGEMENT ET DES LIENS

L'intervenant en contact avec la personne avant son passage en hébergement peut jouer un rôle central dans la préservation d'une stabilité résidentielle pour la personne. Le fait de sécuriser l'aspect du logement permet d'éviter une situation de précarité lors de la sortie. Certaines pratiques sont à privilégier selon la nature du soutien dont la personne a besoin pour sécuriser sa situation résidentielle (selon son niveau d'autonomie et de vulnérabilité et selon le type d'habitation – chambre, logement autonome, appartement supervisé, etc.).

#### POUR LES INTERVENANTS QUI OFFRENT UN SUIVI À LA PERSONNE AVANT SON PASSAGE EN HÉBERGEMENT

*Aidez la personne qui en a besoin à se préparer afin qu'elle s'assure, par exemple :*

- Qu'il n'y ait pas de nourriture risquant d'être périmée ou l'étant déjà.
- De minimiser les risques de dégradation du domicile pendant son absence dans

l'objectif, entre autres, d'éviter les plaintes du voisinage (par ex. : odeurs suspectes dues à des poubelles oubliées).

- Que certaines lumières demeurent allumées si la durée de l'absence est relativement courte.
- Que ses animaux domestiques, si elle en a, puissent bénéficier des soins d'une personne de confiance.
- Que les fenêtres et les portes soient bien verrouillées.
- Qu'aucune note ne soit laissée sur la porte au moment du départ.
- D'avoir trouvé une personne qui pourra visiter périodiquement le logement afin de s'assurer qu'il est toujours en bon état.
- De prendre connaissance des conditions d'assurabilité, notamment la fréquence de visites des lieux à respecter en cas d'absence prolongée (cela s'applique dans les rares cas où la personne a une assurance habitation pour un domicile qu'elle souhaite garder).
- D'évaluer la nécessité de conclure une entente avec le propriétaire pour le paiement du logement, car, par exemple, le séjour dans une ressource communautaire ou privée qui offre de l'hébergement en dépendance peut avoir un impact sur la capacité de la personne à payer son appartement en raison des frais encourus. Dans un tel cas, discutez avec la personne de la pertinence pour elle de recourir temporairement à un service de fiducie volontaire (*voir l'encadré suivant*) afin de stabiliser sa situation résidentielle, lorsque ce service est disponible sur votre territoire.
- De déterminer un lieu où elle pourra recevoir son courrier (un organisme communautaire, une case postale) et que la redirection du courrier soit faite auprès de Postes Canada.
- De déterminer qui sera responsable d'effectuer le suivi du courrier (paiement des factures, etc.).

- Si elle le souhaite, explorez avec elle qui peut la soutenir dans ces démarches.

*Qu'est-ce que le service de fiducie volontaire, aussi appelé service d'administration budgétaire ?*

« Le service de fiducie volontaire se veut une aide de gestion du revenu pour, entre autres, les personnes en situation d'itinérance. Ce service d'administration budgétaire est offert dans plusieurs régions du Québec par des organismes communautaires et des refuges. Il permet entre autres l'encaissement de chèques, le paiement des comptes et le règlement des dettes. C'est sur une base volontaire que la personne accepte cet encadrement, qui peut également être bonifié d'un suivi psychosocial » (MSSS, 2014).

- Renseignez-vous sur les organismes communautaires qui offrent ce service sur votre territoire et sur les mécanismes pour pouvoir y adhérer. Certains CIUSSS et CISSS offrent également ce service.
- Quant au choix de l'organisme fiduciaire, ciblez-en un qui connaît déjà la personne (si possible), qui est facilement accessible et dont le personnel peut être aisément joint par la personne au besoin.
- Un tiers privé (par ex. : un proche aidant) peut également administrer les biens d'une personne qui en donne l'autorisation.

La fiducie volontaire est un levier d'intervention, mais aussi de prévention de la dégradation des acquis de la personne. Elle peut contribuer à sortir d'un contexte d'urgence, l'aspect budgétaire étant stabilisé. Elle peut également aider à maintenir une personne en logement.

- La fiducie volontaire est d'une durée limitée, établie en fonction d'un objectif d'autonomie de la personne (principalement celui de l'atteinte ou du maintien d'une stabilité résidentielle).
- Elle peut être renouvelée au besoin.

- La personne peut mettre fin à ce service en tout temps.

*Pour convenir d'une entente d'administration par un tiers de la prestation financière d'aide de dernier recours, vous pouvez vous renseigner auprès de votre Centre local d'emploi ou bureau de [Services Québec](#) ou encore utiliser ce [formulaire](#). Vous pouvez aussi contacter le Centre de communication avec la clientèle au 1-877-767-8773.*

## 2. PROFITER DU SÉJOUR POUR COMPLÉTER LE PORTRAIT DE LA SITUATION DE LA PERSONNE

### 2.1 REPÉRER LES PERSONNES À RISQUE D'ITINÉRANCE

Dès l'arrivée d'une personne dans l'établissement ou dans l'organisme où elle sera hébergée, il est important de s'intéresser à sa situation résidentielle afin de repérer les difficultés potentielles qui pourraient la mettre en situation de précarité résidentielle à sa sortie.

#### POUR LES DIVERS INTERVENANTS OFFRANT UN SUIVI EN COURS DE SÉJOUR

- Explorez le réseau social de la personne, dont la présence d'intervenants ou de ressources avec lesquelles des alliances collaboratives pourraient s'établir en cours de séjour. Ces intervenants peuvent fournir un portrait plus complet de la personne et de sa réalité. Si la question n'est pas spécifiquement posée, plusieurs personnes ne diront pas d'emblée qu'elles ont un accompagnement à l'extérieur.
- Avec l'autorisation de la personne, communiquez avec ces intervenants ou ces ressources. Assurez-vous d'avoir consigné cette autorisation au dossier, ainsi que le motif clinique pour lequel l'échange pourra s'effectuer si celle-ci a été donnée verbalement.



**Astuce d'intervention !** Astuce d'intervention ! L'[IRIS](#) (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque) ainsi que l'[Outil d'aide](#)

[à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#) peuvent être utilisés pour vous soutenir dans cette démarche d'identification d'indices de précarité résidentielle.

## 2.2 ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Un séjour d'hébergement est une occasion à saisir afin d'évaluer la santé et l'autonomie d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être. La personne n'ayant plus à lutter pour se nourrir, pour se loger, et les besoins de base étant comblés, elle peut être plus disposée à la collaboration, manifester une plus grande ouverture à transmettre certaines informations et à rencontrer différents intervenants (par ex. : rencontrer un psychiatre pour parler des voix qui l'habitent).

### POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ TRAVAILLANT DANS L'ÉTABLISSEMENT OU L'ORGANISME OÙ LA PERSONNE EST HÉBERGÉE

- Faites venir le profil pharmacologique de la personne et consultez le Dossier Santé Québec (DSQ).
- Vérifiez si la personne prend une médication, si elle a des prescriptions à renouveler ou qui devront être transférées (par ex. : vers une pharmacie ou une clinique plus près de l'établissement où se déroule le séjour).
- Demandez-lui si elle est en attente d'évaluations, d'exams ou si certains rendez-vous déjà fixés se dérouleront pendant son séjour. Assurez le suivi s'il y a lieu.
- Identifiez les besoins d'évaluation plus approfondis (capacités cognitives, santé physique, santé mentale).
- Le passage en établissement offre l'occasion d'intervenir auprès des personnes qui consomment des substances psychoactives. Saisissez-la.
- Si les services de santé ne sont pas disponibles dans votre établissement ou votre organisme, faites appel au CISSS ou CIUSSS de votre territoire pour effectuer les évaluations nécessaires. Certains centres de réadaptation en dépendance et

établissements de détention ont créé des corridors de services afin de référer à des médecins les personnes en situation d'itinérance ou aux prises avec un trouble mental. Cette pratique est encouragée.

- À la suite des évaluations et lorsque la durée du séjour le permet, effectuez les références nécessaires afin de profiter de la stabilité résidentielle pour entamer les consultations.

### 3. ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES À LA SORTIE

#### 3.1 MAINTENIR LE LIEN ENTRE LA PERSONNE ET SON RÉSEAU DE SOUTIEN PENDANT SON SÉJOUR

Lorsque cela est possible, les intervenants en lien avec la personne avant son passage en hébergement gagnent à maintenir ce lien pendant le séjour. Il ne faut pas sous-estimer l'impact motivationnel du maintien de ce contact sur la personne pendant son passage. La relation de confiance établie est à la fois un soutien et un levier pour la personne qui traverse une période difficile.

#### POUR LES INTERVENANTS QUI OFFRENT UN SUIVI À LA PERSONNE AVANT SON PASSAGE EN HÉBERGEMENT

- Dans la mesure du possible, ne fermez pas le dossier si vous anticipez que la personne sera de retour sur votre territoire à court ou moyen terme et qu'elle aura encore besoin de vos services lors de sa sortie. Dans certains cas, le fait de maintenir un contact épisodique, même téléphonique, peut permettre de conserver le dossier ouvert.
- Dans un tel contexte et si cela est possible, déplacez-vous pour rencontrer la personne au cours de son séjour et pour obtenir son autorisation à parler à l'intervenant psychosocial de l'établissement ou de l'organisme afin d'être partie prenante de la planification de la sortie. Si le déplacement n'est pas possible, et

avec le consentement de la personne, un contact téléphonique est à privilégier avec cet intervenant afin de comprendre la nature des services qui peuvent être offerts pour assurer la continuité.

- Dans le cas d'une incarcération, avec le consentement de la personne, renseignez-vous sur les conditions de sortie et de probation et demandez le nom de l'agent de probation qui lui sera attribué.

#### POUR LES DIVERS INTERVENANTS OFFRANT UN SUIVI EN COURS DE SÉJOUR

- Favorisez le maintien de ce lien, car ces intervenants à l'extérieur joueront un rôle clé dans la continuité des soins et des services offerts à la personne lors de son retour dans la collectivité.

### 3.2 FAVORISER L'OBTENTION DE PIÈCES D'IDENTITÉ ET D'UN REVENU

Obtenir des pièces d'identité et un revenu peut être très laborieux pour une personne en situation d'itinérance. Plusieurs personnes se retrouvent démunies devant l'ampleur des documents à remplir ou des démarches à entreprendre pour y parvenir, considérant, entre autres, le défi que représentent pour certaines la lecture et la compréhension du langage administratif.

Lorsque la personne se retrouve temporairement hébergée dans un lieu stable, cela facilite l'amorce des diverses démarches pour obtenir ces pièces d'identité. Celles-ci doivent être entamées le plus tôt possible, si la personne le souhaite, afin de faciliter son retour dans la communauté. Les intervenants qui gravitent autour de la personne lors de son séjour ont un rôle à jouer pour faciliter l'obtention des pièces d'identité et d'un revenu.



**Astuce d'intervention !** Si la personne est incarcérée, lui conseiller de demander à l'agent des services correctionnels qui lui est attribué de l'accompagner dans une démarche pour récupérer ses pièces d'identité.



*Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) a instauré des mesures visant à faciliter l'accès à l'aide financière de dernier recours (AFDR) pour*

les personnes en situation d'itinérance. Pour plus de détails concernant l'obtention d'une aide de dernier recours pour des personnes en situation ou à risque d'itinérance, consulter les informations sur son [site web](#).



Pour plus d'informations sur l'ensemble des démarches administratives nécessaires pour à l'obtention de pièces d'identité et d'un revenu, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).

## AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS ET PASSAGE EN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION

Voir cet [aide-mémoire](#) d'Emploi-Québec destiné aux personnes judiciairisées.

- Peu importe la durée du séjour en établissement de détention, en vue de sa libération, la personne devra effectuer certaines démarches de nature administrative afin d'avoir accès à l'aide financière de dernier recours. Ces démarches devraient être entamées avant la sortie de l'établissement.
- Dans le cas où une personne incarcérée est libérée d'un établissement de détention, les membres du personnel doivent lui remettre une preuve d'incarcération, si elle en fait la demande. Cette preuve de statut est nécessaire dans le processus de demande d'aide financière, qu'il s'agisse d'une nouvelle demande ou en vue de la poursuite des versements.
- Les différents formulaires à remplir selon la situation peuvent être obtenus par l'agent correctionnel directement auprès d'un Centre local d'emploi, d'un bureau de [Services Québec](#) ou [par internet](#).
- Il est possible de visiter le site web du [Centre de communication avec la clientèle](#) ou de recevoir de l'aide par téléphone d'un agent (1-877-767-8773) pour remplir les formulaires.

### *Impact de l'incarcération sur les prestations d'aide de dernier recours*

- Une personne seule (sans conjoint ni enfant à charge) incarcérée cesse d'être

admissible à une aide financière à compter du premier jour du mois qui suit celui de son incarcération. Par exemple, si la personne est incarcérée le 15 juin, elle cesse d'y être admissible à partir du 1er juillet.

- Concernant les autres *situations familiales*, l'application du programme d'aide financière de dernier recours stipule qu'une personne adulte cesse de faire partie d'une famille à compter du 3e mois qui suit celui de son incarcération. L'aide financière est donc réduite, mais seulement à compter du 4e mois, pour permettre à la famille de s'ajuster économiquement à la suite de l'absence d'un de ses membres.

*Dans le cas de la libération d'un adulte seul durant le mois où ses prestations d'aide financière ont été annulées*

- Il est possible de réactiver sa dernière demande d'aide financière de dernier recours sans avoir à présenter tous les formulaires habituellement exigés lors d'une nouvelle demande. Il s'agit de la procédure dite de « Réinstallation de l'aide financière de dernier recours ». Le montant de la prochaine prestation financière d'aide de dernier recours sera établi au prorata du nombre de jours pendant lesquels la personne n'a pas été incarcérée au cours de ce mois. Se référer au Centre local d'emploi ou au bureau de [Services Québec](#) de votre territoire pour en savoir plus.

*Dans le cas d'une libération d'un adulte seul au-delà du mois où ses prestations d'aide financière ont été annulées*

- Son dossier est fermé et il doit entamer les procédures associées à une nouvelle demande en fournissant l'ensemble des documents et formulaires exigés.

## AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS ET PASSAGE EN CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE OU DANS UNE RESSOURCE COMMUNAUTAIRE OU PRIVÉE EN DÉPENDANCE

- Lorsqu'une personne prestataire intègre un service de désintoxication en milieu

hospitalier, la prestation d'aide financière de dernier recours continue à lui être versée. Après 45 jours, la personne est considérée comme « hébergée » et l'allocation pour dépenses personnelles remplace l'aide financière de dernier recours.

- Lorsqu'une personne prestataire intègre une ressource communautaire ou privée, celle-ci évalue les besoins de la personne et en informe le Centre local d'emploi ou le bureau de [Services Québec](#) par le biais du formulaire de « Début de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement ». La personne prestataire se voit attribuer l'allocation pour dépenses personnelles le mois suivant son entrée.
- Lorsque la personne prestataire quitte la ressource, elle doit en informer son Centre local d'emploi ou bureau de [Services Québec](#) et la ressource doit transmettre le formulaire de fin de séjour. La prestation sera ajustée pour le mois de la sortie.
- Lorsque la personne termine son séjour, la démarche de planification de la sortie devrait permettre de préparer cette transition et d'assurer l'ajustement de la prestation d'aide financière de dernier recours.
- Lorsque la ressource se situe dans une région ou un secteur différent de celui où la personne a son dossier, un transfert de dossier doit être effectué par le personnel du Centre local d'emploi ou du bureau de [Services Québec](#), sauf lorsque la personne conserve son logement dans la région ou le secteur du dossier. Dans ce cas, la personne peut être admissible à la prestation spéciale « Frais de logement » si elle démontre qu'elle a l'obligation d'acquitter de tels frais.

### 3.3 PLANIFIER LA SORTIE

La fin d'un séjour est un moment charnière pour favoriser la continuité des soins et des services et la stabilité résidentielle de la personne en situation ou à risque d'itinérance. La préparation de cette étape comprend, entre autres, la planification de sa sortie par l'ensemble des acteurs appelés à jouer un rôle auprès d'elle. L'intervenant se trouvant à nouveau en

interaction avec une personne en situation d'itinérance qui a séjourné dans un établissement ou un organisme, mais avec qui il n'a pas maintenu le contact pendant son séjour, doit s'assurer de bien comprendre ce qui s'est passé pendant cette période, et ce, même s'il y a eu plusieurs mois d'écart entre ses interventions. Il est important de mesurer le maintien ou la perte des acquis (logement, liens avec la famille, médication, suivi psychosocial, etc.) et de saisir l'évolution ou la dégradation de sa situation afin de lui offrir ce dont elle a besoin dans le « ici et maintenant » tout en tenant compte de cet épisode de son parcours.



**Astuce d'intervention !** Si l'intervenant qui effectuait le suivi avant l'incarcération n'est pas en mesure de visiter la personne pour planifier sa sortie, il existe dans certains établissements de détention des programmes particuliers soutenus par du personnel du réseau public ou des ententes avec des organismes communautaires qui ont pour mandat de créer un pont avec les personnes incarcérées afin de les aider à préparer leur sortie. Renseignez-vous auprès du personnel de l'établissement pour savoir si un tel programme existe.

## POUR LES INTERVENANTS DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE L'ORGANISME QUI PLANIFIENT LA SORTIE

- Évaluez avec la personne la pertinence de communiquer avec les intervenants et les ressources avec qui la personne a déjà un lien significatif, que ceux-ci aient ou non maintenu le lien pendant son séjour. Le cas échéant, assurez-vous d'avoir l'autorisation de la personne. Si cette modalité est possible, invitez ces intervenants à une rencontre. Si plusieurs intervenants gravitent autour de la personne, déterminez qui sera l'intervenant pivot à la sortie.
- Évaluez les facteurs de protection de la personne et assurez un filet de sécurité :
  - › Qui sont les personnes significatives qui pourront la soutenir, autres que des intervenants ?
  - › Selon la nature des besoins évalués, de la situation de vulnérabilité et de précarité anticipée à la sortie, déterminez qui prendra le relais pour assurer un accompagnement auprès de la personne dans la communauté, en

fonction des rôles et responsabilités propres à chaque intervenant : agent de probation, avocat, travailleur de rue, équipe GASMA (guichet d'accès en santé mentale adulte), équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), équipe de soutien à intensité variable (SIV), équipe des services courants, organismes de suivi pour les troubles liés à l'utilisation de substances, etc.

- › Faites des références personnalisées vers les services lorsque le besoin d'un suivi médical ou psychosocial est présent en tenant compte du secteur où la personne compte s'installer ou se rendre lors de sa sortie.
  - › Assurez-vous que le logement est salubre et minimalement équipé (réfrigérateur, cuisinière, salle de bain fonctionnelle, etc.) et que la personne dispose de moyens de communication et de transport.
  - › Il est possible pour la personne qui a un urgent besoin de médicaments et qui dépose une nouvelle demande d'aide financière de dernier recours (AFDR) de recevoir une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments. Ce document, qui sera rempli par un agent du Centre local d'emploi ou du bureau de [Services Québec](#), devra être transmis au pharmacien par la personne elle-même. Des médicaments pourront lui être remis en attendant qu'une décision sur son admissibilité à l'AFDR soit rendue.
  - › Si la personne n'en est pas à son premier séjour, évaluez quels ont été les difficultés et les éléments facilitant sa sortie la fois précédente et explorez comment utiliser ces derniers comme levier.
  - › Dans le cas des personnes incarcérées, il est à noter que différents types de libération relèvent d'instances différentes et sont soumis à différentes conditions. *Consulter la fiche [Accompagner des personnes en contact avec la justice](#) (particulièrement le deuxième encadré de la section 1.1) pour en savoir plus.*
- Si le séjour d'hébergement a empêché la personne de maintenir une stabilité résidentielle ou si elle était déjà en situation d'itinérance avant le séjour :
    - › Offrez un soutien à la recherche de logement dans l'objectif de stabiliser sa situation résidentielle.

- › Si la personne séjournant dans un centre offrant des services de toxicomanie reçoit des prestations d'aide financière de dernier recours, vérifiez avec elle et son agent au Centre local d'emploi ou au bureau de [Services Québec](#) si la personne est éligible à recevoir une aide financière correspondant à une prestation spéciale pour frais de logement afin de payer un dépôt pour un logement. Ce montant peut lui être versé si, lors du dernier mois ou du mois précédant la fin de séjour, elle démontre qu'elle doit verser un dépôt pour garantir un logement.
- › Si la recherche d'un logement autonome n'est pas envisageable, aidez-la à explorer son réseau pour évaluer si certaines personnes peuvent l'héberger. Assurez-vous que celles-ci ne constituent pas un danger pour la personne (par ex. : conjoint violent, fournisseur de drogues).
- › Au besoin, repérez les divers types d'hébergement disponibles dans son secteur (service d'hébergement d'urgence, hébergement de dépannage, hébergement à plus long terme), effectuez une référence personnalisée ou, si la personne ne souhaite pas que vous établissiez le contact, remettez-lui les coordonnées des ressources (adresse, numéro de téléphone, heures d'ouverture).

## POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES INTERVENANTS DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE L'ORGANISME OÙ LA PERSONNE EST HÉBERGÉE

- Assurez-vous que la personne puisse avoir en sa possession une prescription d'une durée suffisamment longue pour maintenir la prise de médication en attendant de revoir un médecin et ainsi éviter le recours à l'urgence de l'hôpital, surtout s'il y a risque de sevrage.
- Pour faciliter le travail du médecin à l'extérieur de l'établissement ou de l'organisme, remettez à la personne une fiche de liaison expliquant les motifs pour lesquels cette médication a été prescrite.
- Créez le pont vers un médecin, l'équipe traitante, voire une pharmacie, afin d'éviter l'arrêt de la médication.

- Déterminez s'il est souhaitable que la personne parte de l'établissement ou de l'organisme avec une certaine quantité de ses médicaments en main afin d'éviter une rupture de traitement en raison des délais associés à la récupération du chèque d'aide financière de dernier recours ou d'autres revenus.

#### POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE L'ORGANISME OÙ LA PERSONNE EST HÉBERGÉE

- Avec l'autorisation de la personne, n'hésitez pas à communiquer avec l'infirmière de l'établissement ou de l'organisme pour comprendre le contexte de prescription d'une médication particulière en cours de séjour.



*Pour plus d'informations sur les démarches en lien avec l'accompagnement vers le logement pour des personnes en situation ou à risque d'itinérance, voir la fiche [Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle](#).*

### 3.4 PLANIFIER LA SORTIE DES ADOLESCENTS HÉBERGÉS EN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

Pour les jeunes qui ne bénéficient pas d'un réseau capable de leur offrir une stabilité résidentielle et le soutien dont ils auraient besoin, la sortie d'établissement à l'approche de la majorité comporte son lot de défis. Dans ce contexte, différentes initiatives nationales telles que le Programme qualification des jeunes (PQJ) et le Plan de cheminement vers l'autonomie (PCA) ont été mises sur pied, qui visent à la préparation à l'autonomie des adolescents hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Malgré cette offre de services grandissante, la transition s'effectue parfois difficilement et les intervenants qui aident à planifier la sortie ou ceux qui reçoivent ces jeunes adultes dans leur service doivent être attentifs à cet aspect dans leur accompagnement afin d'éviter une situation de précarité résidentielle et l'ancrage dans l'itinérance.



**Attention !** Plusieurs pistes décrites dans les deux encadrés de la section précédente pourraient être utiles pour des intervenants accompagnant des adolescents qui terminent leur placement dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.



**Astuce d'intervention !** Certains jeunes expriment le désir de recevoir un soutien par leurs pairs lors de leur sortie du centre de réadaptation et par la suite, pour échanger sur leurs expériences, leurs défis et des pistes de solution. Cela permet de sortir du contexte où c'est un adulte en situation d'autorité qui leur dit quoi faire. Il pourrait être pertinent pour les intervenants de mettre les jeunes en lien avec des organismes qui offrent de tels services, par exemple [CARE Jeunesse](#).

## POUR LES INTERVENANTS QUI REÇOIVENT UN JEUNE ADULTE À SA SORTIE DU CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

- Certains jeunes adultes sont très sensibles à l'idée d'être étiquetés « jeune placé » et désirent faire une coupure nette avec cette partie de leur histoire. Le cas échéant, centrez-vous sur le « ici et maintenant ». Il est possible que la personne aborde cette portion de son parcours de vie plus tard lorsque le lien de confiance sera créé.
- Rappelez-vous que plusieurs de ces jeunes ont vécu de multiples traumatismes, ce qui les place dans une position de vulnérabilité particulièrement grande, entre autres en matière de précarité résidentielle. Faire preuve d'autonomie, comme c'est attendu d'un adulte, peut être un défi pour ces jeunes
- Certains jeunes ayant été hébergés de nombreuses années en centre de réadaptation perçoivent l'atteinte de la majorité à la fois comme une reprise de pouvoir sur leur vie, mais également comme un saut dans le vide qui fait peur. Soyez-en conscient lorsque vous explorez la nature de leur demande.
- Si le jeune est ouvert à en parler, explorez avec lui ce que les intervenants du centre de réadaptation lui avaient proposé de mettre en œuvre pour préparer sa sortie, entre autres en ce qui a trait à l'hébergement et à son projet de vie. Cela pourrait vous donner accès aux démarches entamées par les intervenants avant son départ et auxquelles le jeune n'a pas donné suite. Le cas échéant, discutez de ce qui l'a amené à faire d'autres choix.
  - › Par exemple, la crainte de devoir à nouveau répondre à de nombreuses règles peut amener certains jeunes à refuser d'aller en hébergement

communautaire à leur sortie, le besoin de se sentir libres de toute contrainte étant prioritaire par rapport à celui d'avoir un toit sur la tête. Cela peut changer avec la découverte d'une réalité plus difficile que prévu.

- Ne tenez pas pour acquis que le jeune sait comment entreprendre des démarches ou accomplir des actions qui paraissent simples (par ex. : consulter un médecin, téléphoner dans une ressource d'hébergement, faire un budget). Certains d'entre eux n'ont eu que très peu d'occasions d'être accompagnés dans ce type d'apprentissage ou n'ont pas souhaité bénéficier d'un tel accompagnement pendant leur passage en centre de réadaptation.
- Déterminez la nature du soutien dont le jeune adulte peut avoir besoin pour parvenir à effectuer la démarche souhaitée. Favorisez des références personnalisées. Le service d'information et de référence 2-1-1 peut être utile pour trouver un organisme spécifique dans sa région (ce service est accessible 7 jours sur 7 dans le [Grand Montréal](#) et dans l'[ensemble du Québec](#)).
- Questionnez-le sur ses capacités, ses désirs. Par exemple, est-il prêt à vivre dans une ressource d'hébergement où chacun vit seul dans son appartement? Plusieurs jeunes adultes ont encore besoin de vivre une vie de groupe pour ne pas se sentir isolés.
- Renseignez-vous sur la nature des services offerts spécifiquement par les différentes ressources d'hébergement et le profil des jeunes qu'elles desservent afin d'éviter des références qui mettront le jeune en échec.
- Ne négligez pas la piste des parents pour soutenir, même partiellement, leur enfant. La fin des interactions avec les services de protection de la jeunesse peut amener certains parents à souhaiter un contact plus régulier avec ce dernier ; par exemple, ils pourraient souhaiter le recevoir de temps à autre pour manger ou parfois même l'héberger temporairement. Le jeune pourra toujours refuser cette option s'il ne la juge pas pertinente. Explorez l'ensemble de son réseau de soutien.
- Considérez-le comme le premier responsable des décisions, mais soyez là pour le soutenir, au besoin. Centrez-vous sur le projet de vie qui lui tient à cœur et

exposez-lui les options qui s'offrent. Apprendre à faire des choix et gérer cette nouvelle liberté est une étape importante pour plusieurs d'entre eux.



**Astuce d'intervention !** Il existe des ententes de services entre certains centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et les Centres locaux d'emploi ou bureaux de Services Québec de leur territoire afin de faciliter l'évaluation de l'admissibilité d'un jeune hébergé au Programme d'aide financière de dernier recours avant même qu'il termine son séjour. Si cette démarche a été entamée avant sa sortie et que le jeune n'a pas fait modifier son adresse à sa sortie, il est possible de contacter le Centre de communication avec la clientèle au numéro sans frais 1-877-767-8773 afin d'effectuer le changement d'adresse immédiatement. Il est aussi possible de soutenir le jeune pour qu'il prenne contact avec son Centre local d'emploi ou bureau de [Services Québec](#) par téléphone ou en personne pour faire son changement d'adresse.

#### AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS ET CONTRIBUTION PARENTALE : SITUATION PARTICULIÈRE POUVANT TOUCHER UN JEUNE ADULTE AYANT ÉTÉ HÉBERGÉ EN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

- Lorsqu'une personne demande des prestations du Programme d'aide sociale, l'un des programmes constituant l'aide financière de dernier recours, le MTESS évalue si elle devrait recevoir une contribution de ses parents pour subvenir à ses besoins. La contribution parentale est ensuite réévaluée chaque année. Cette contribution peut être exigée des parents en raison des obligations qu'ils ont envers leurs enfants. En effet, même une fois que ces derniers sont devenus majeurs, ils peuvent continuer d'être dépendants de leurs parents.
- Toutefois, selon la Loi sur l'aide financière aux personnes et aux familles, un adulte n'est pas assujéti à la contribution parentale s'il répond à l'un des critères d'indépendance décrits à l'[article 57](#).
- De plus, dans certaines situations particulières pouvant correspondre à la réalité de jeunes ayant séjourné en centre de réadaptation il n'est pas nécessaire ou

souhaitable que des démarches soient entreprises par le jeune adulte pour obtenir une contribution parentale. Pour plus d'information sur ces situations particulières, consultez [cette page](#) sur le site web du MTESS.

- Sachez que l'intervenant d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation peut être sollicité pour rédiger une lettre confirmant que le jeune répond à certaines de ces conditions particulières. Cela peut faciliter l'obtention de l'aide sociale. Par exemple, une contribution parentale ne sera pas attendue ni comprise dans le calcul des prestations lorsque le jeune adulte a subi de la violence physique ou psychologique de la part de ses parents ou manifesté de la violence physique ou psychologique envers ses parents.
- L'agent d'aide financière de dernier recours peut aussi répondre à certaines questions du jeune en lien avec sa demande et explorer d'autres avenues possibles.



*Pour plus d'informations sur les besoins et les expériences spécifiques des jeunes en situation ou à risque d'itinérance et pour connaître les pistes d'intervention à privilégier auprès d'eux, voir le complément [Jeunes](#).*

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINES RESSOURCES PERTINENTES POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE AVANT, PENDANT ET APRÈS UN PASSAGE EN HÉBERGEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT OU UN ORGANISME

*Informations générales sur la prise en charge dans un établissement de détention*

- [Dépliant explicatif Meilleure évaluation, meilleure réinsertion, meilleure protection : Loi sur le système correctionnel du Québec \(Ministère de la Sécurité publique, 2007\)](#)
- [Page web Évaluation des personnes contrevenantes \(Ministère de la Sécurité publique, 2016\)](#)

*Portrait des services de réadaptation en dépendance du Québec*

- [Guide de pratique et offre de services de base – Les services de réinsertion sociale \(Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2012\)](#)

*Portrait des pratiques pour accompagner la sortie d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation lorsqu'un jeune atteint l'âge adulte*

- [Portrait des pratiques visant la transition à la vie adulte des jeunes résidant en milieu de vie substitut au Québec \(Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2018\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Bernard, S. (2018). *Portrait des pratiques visant la transition à la vie adulte des jeunes résidant en milieu de vie substitut au Québec*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Portrait\\_transition\\_vie\\_adulte.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_transition_vie_adulte.pdf)
- Courtney, M. E., et Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA. *Child Family Social Work*, 11(3), 209-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00433.x>
- Evenson, J., et Barr, C. (2009). *L'itinérance chez les jeunes au Canada – En route vers des solutions*. Chez Toit. <http://learningcommunity.ca/lcwp/wp-content/uploads/2012/03/Full-French.pdf>
- Gagnon, I., et Plamondon, M. (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*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000171/>
- Gélineau, L., et Brisseau, N. (2008). *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec – Rapport de la recherche qualitative*. Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec(RAIQ). <http://www.raiq.org/images/recherches/La%20spirale%20de%20l'itinérance%20au%20féminin.pdf>
- Goyette, M., Chénier, G., Royer, M.-N., et Noël, V. (2007). Le soutien au passage à la vie adulte des jeunes recevant des services des centres jeunesse. *Éducation et francophonie*, XXXV(1), 95-119. [https://revue.acelf.ca/pdf/XXXV\\_1\\_095.pdf](https://revue.acelf.ca/pdf/XXXV_1_095.pdf)
- Goyette, M., Chénier, G., Noël, V., Poirier, C., Royer, M.-N., et Lyrette, É. (2006). *Comment faciliter le passage à la vie adulte des jeunes en centre jeunesse – Évaluation de l'intervention réalisée du projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec*. L'Association des centres jeunesse du Québec et le Centre national de prévention du crime. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/01/030277641.pdf>
- Grenier, S., Goyette, M., Turcotte, D., Mann-Feder, V., et Turcotte, M.-È. (2013). L'intervention de groupe pour soutenir le passage à la vie adulte des jeunes autochtones issus des centres jeunesse et de deux communautés. *First Peoples Child & Family Review*, 7(2), 148-159. <http://journals.sfu.ca/fpcfr/index.php/FPCFR/article/view/224/200>
- Gulliver, T. (2015). What comes next? Supporting individuals after institutional discharge. Dans Inclusion Working Group, Canadian Observatory on Homelessness (dir.), *Homelessness is only one piece of my puzzle: Implications for policy and practice* (p. 123-135). The Homeless Hub Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Homelessness%20Is%20Only%20One%20Piece%20Of%20My%20Puzzle%20-%20Web%20V2\\_0.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Homelessness%20Is%20Only%20One%20Piece%20Of%20My%20Puzzle%20-%20Web%20V2_0.pdf)

Lutze, F. E., Rosky, J. W., et Hamilton, Z. K. (2014). Homelessness and Reentry – A multisite outcome evaluation of Washington State’s Reentry Housing Program for high risk offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(4), 471-491.

<https://doi.org/10.1177/0093854813510164>

Metraux, S., Roman, C. G., et Cho, R. S. (2007). Incarceration and homelessness. *2007 National Symposium on Homelessness Research*, 4, 31. <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/180466/report.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l’itinérance*. Gouvernement du Québec.

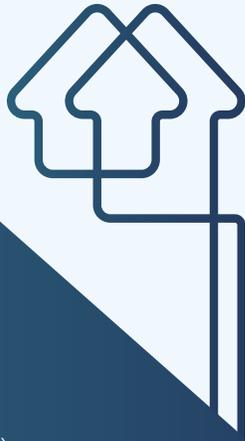
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Plan d’action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec ; ISBN: 978-2-550-79699-2 (version PDF). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Ministère de la Sécurité publique (MSP). (2013). *Profil des personnes condamnées à une courte peine d’incarcération en 2010-2011*. <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-et-statistiques/condamnes-courte-peine2010-2011/en-ligne.html>

Robert, M. (1990). *L’impact de la désinstitutionnalisation [sic] psychiatrique sur l’itinérance*. Groupe de recherche et d’analyse sur les politiques et les pratiques pénales (GRAPPP). <https://archivesdemontreal.ica-atom.org/l-impact-de-la-desinstitutionnalisation-psychiatrique-sur-litinerance-1990>

Robert, M., Thérien, J., et Jetté, J. (2009). *Typologie des profils de jeunes fugueurs hébergés par le système de protection de la jeunesse – Rapport de recherche*. Université du Québec en Outaouais. <https://books.google.ca/books?id=9tPWtAEACAAJ>



## Fiche Centre hospitalier

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES LORS D'UN PASSAGE EN CENTRE HOSPITALIER

233

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Le passage en centre hospitalier d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être pose des défis particuliers relativement aux soins offerts dans un continuum de services. D'une part, le milieu hospitalier pouvant engendrer un stress ou des craintes chez certaines personnes en situation d'itinérance, celles-ci manifestent parfois une collaboration

mitigée. D'autre part, la précarité résidentielle ou d'autres situations complexes vécues par les personnes obligent les professionnels à sortir du cadre habituel des pratiques entourant la prise en charge, le traitement et la préparation pour la sortie. Le contexte particulier du milieu hospitalier (urgence, règles et mandat spécifique) ne favorise pas toujours l'accueil des personnes en situation d'itinérance.

**COMMENT S'ASSURER QUE LE SÉJOUR EN CENTRE HOSPITALIER SOIT RESPECTUEUX DE LA PERSONNE ET DE SES DROITS ET ADAPTÉ À SES BESOINS?**

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec

Les réactions d'une personne en situation d'itinérance ainsi que son état peuvent susciter un sentiment d'urgence, d'impuissance ou de découragement chez l'intervenant, particulièrement si les passages en centre hospitalier se multiplient ou si la personne y arrive contre son gré. Toutefois, le passage en centre hospitalier est une occasion qu'il faut saisir d'offrir à la personne les soins et les services que son état requiert et qui sont parfois difficiles à rendre dans la communauté étant donné le contexte de précarité résidentielle. Cela peut également être une occasion de faire une analyse globale des besoins de santé et psychosociaux, de dresser le portrait de la situation de la personne, y compris de la dimension résidentielle et socioéconomique, de traiter les conditions aiguës et chroniques de santé, de déterminer un plan d'intervention et d'en assurer la mise en œuvre, tout en mobilisant les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire.

Comment mettre en place des pratiques d'accueil et d'admission qui soient adaptées et qui prennent en compte les particularités de la situation des personnes en situation d'itinérance ? Comment s'assurer que le séjour en centre hospitalier s'inscrive dans le respect des droits de la personne et réponde réellement à ses besoins ? Comment assurer le relais lors du congé du centre hospitalier afin de favoriser la stabilité résidentielle de la personne, l'arrimage aux autres services et d'éviter le phénomène des portes tournantes ?

## **J'AI DES QUESTIONS...**

### **POURQUOI LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE FRÉQUENTENT-ELLES À RÉPÉTITION LES HÔPITAUX, PARTICULIÈREMENT LES SERVICES D'URGENCE ? COMMENT CELA AFFECTE-T-IL LES SOINS ET LES SERVICES QU'ELLES REÇOIVENT ?**

Les personnes en situation d'itinérance sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé physique et mentale et elles sont également plus souvent hospitalisées que la population générale. Les conditions de vie difficiles ont des répercussions sur leur état de santé et, à l'inverse, certains problèmes de santé peuvent intervenir dans la dynamique menant à l'itinérance.

Ces personnes ont tendance à recevoir de l'aide uniquement lorsque leurs problèmes de santé sont graves ou devenus urgents, augmentant la difficulté de leur offrir des soins et des services au moment opportun.

Certaines personnes laissent leur état se dégrader avant de se présenter à l'urgence d'un centre hospitalier, et ce, pour diverses raisons (par ex. : mauvaises expériences avec les services, désir de fuir le regard des autres, priorisation de leurs besoins selon d'autres critères que la santé). Le recours à l'urgence peut également avoir comme objectif de répondre à certains besoins de base (nourriture, hébergement, sécurité) autrement non remplis. Pour les personnes n'ayant pas de médecin de famille ou sans carte d'assurance maladie, l'accès aux services de santé peut être davantage compliqué, et l'urgence, la seule entrée envisageable.

Les consultations tardives et multiples donnent lieu à des réponses ponctuelles essentiellement liées à la gestion des urgences, centrées sur le problème le plus aigu, ce qui permet difficilement d'agir de manière préventive et dans une perspective à plus long terme. Pour les personnes en situation d'itinérance qui vivront une période d'hospitalisation, ce passage s'inscrit rarement dans un continuum de services, d'où l'importance de mettre en place des interventions particulières pour favoriser ce continuum.

Le recours aux centres hospitaliers, et plus particulièrement à l'urgence, peut également survenir en lien avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance. Une personne peut s'y présenter d'elle-même ou y être référée par un organisme, une ressource certifiée en dépendances ou un autre professionnel pour y recevoir des soins médicaux en raison de risques liés au sevrage ou à la surdose. En cas d'intoxication sévère et lorsque les services de gestion de l'intoxication (dégrisement) sont absents ou surchargés sur un territoire donné, il arrive que les policiers conduisent une personne en situation ou à risque d'itinérance à l'urgence, une solution pour assurer sa sécurité à court terme.

Finalement, les personnes en situation d'itinérance sont plus susceptibles de se voir refuser une hospitalisation ou de recevoir un congé rapide et d'être dirigées vers un service d'hébergement d'urgence qui n'est pas en mesure de leur procurer les soins dont elles ont besoin pour se rétablir d'une chirurgie ou d'une maladie grave (Waegemakers Schiff, 2015). Ces personnes sont également plus enclines que les autres patients à quitter le centre hospitalier contre l'avis du médecin. Plusieurs éléments sont en cause pour comprendre cette tendance, notamment des expériences négatives liées au recours à l'urgence ou à l'hospitalisation, ainsi que le fait que les services hospitaliers ne sont pas toujours équipés pour accueillir des personnes présentant une comorbidité telle qu'on en voit chez certaines personnes en situation d'itinérance (déficience physique ou intellectuelle, trouble mental,

trouble lié à l'utilisation d'une substance, problèmes de santé physique chroniques, etc.). Dans tous les cas, un départ hâtif augmente le risque de prolonger la période de rétablissement ou d'empêcher la guérison et d'entraîner d'autres hospitalisations.

En tenant compte de la réalité particulière de chaque personne et en y adaptant leurs pratiques, les professionnels du centre hospitalier et les autres intervenants jouent un rôle important pour favoriser une expérience des soins positive et, par conséquent, contribuer à l'amélioration de sa situation.



Consulter la fiche [Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance](#) pour en savoir plus sur les enjeux de santé et l'expérience des soins chez les personnes en situation d'itinérance ainsi que sur les pratiques à privilégier plus globalement pour favoriser la qualité des soins qui leur sont offerts.



Concernant les pratiques à privilégier pour favoriser la stabilité résidentielle lorsque la personne vit un séjour dans un service offrant l'hébergement, consulter la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#).

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. FACILITER L'ACCUEIL ET L'ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER

### 1.1 OFFRIR UN SOUTIEN DE PROXIMITÉ À L'URGENCE

Le personnel de l'urgence est généralement en mesure de repérer, chez certaines personnes en situation d'itinérance, une condition ou des comportements qui nécessitent une attention particulière (par ex. : symptômes liés au sevrage, état mental perturbé, autres risques pour la santé ou pour la sécurité). Afin d'éviter que la personne ne quitte le centre hospitalier avant d'avoir eu accès aux soins et aux services dont elle a besoin, certaines interventions gagnent à être faites afin de faciliter l'attente et d'apaiser la personne, au besoin.



*Concernant les interventions à privilégier pour faciliter l'attente à l'urgence, consulter la fiche [Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services](#). Consulter également la fiche [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent](#).*



**Attention !** Une personne en situation d'itinérance qui doit quotidiennement se préoccuper de se trouver un lieu d'hébergement et répondre à d'autres besoins de base peut se montrer impatiente devant un temps d'attente qui s'allonge, craignant, par exemple, de voir s'amenuiser ses chances d'avoir accès à un lit et à un repas si elle ne se présente pas au service d'hébergement d'urgence à l'heure prévue.

### 1.2 ASSURER LA SÉCURITÉ ET LE CONFORT DE LA PERSONNE EN SITUATION DE SEVRAGE DÈS L'ACCUEIL OU L'ADMISSION

Certaines personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance peuvent rapidement se retrouver en situation de sevrage, ce qui les rendra moins disponibles pour s'engager dans les différentes procédures requises et traitements proposés, que ce soit à l'urgence ou lors d'une admission en centre hospitalier. La personne pourrait, intentionnellement ou non, omettre de mentionner cet élément lors de l'accueil ou l'admission. Ce sujet doit toutefois être abordé avec la personne, car, selon la substance consommée et l'histoire de consommation, le sevrage pourrait mettre sa vie en danger. Il est aussi important

d'offrir des services de gestion du sevrage adéquats pour assurer sa sécurité (y compris l'hospitalisation, au besoin), avec son consentement et dans le respect de ses droits (*voir aussi la section [2.3 Considérer la nécessité de traiter les symptômes de sevrage, en collaboration avec d'autres professionnels, concernant le sevrage](#)*).



**Astuce d'intervention !** Le traitement des symptômes de sevrage à la nicotine est à considérer également.

- À l'urgence, si l'attente est importante, rassurez la personne sur le fait qu'elle peut, par exemple, sortir à l'extérieur pendant un court moment sans risquer de perdre sa place (par ex. : pour aller fumer).
- À l'admission, demandez à la personne si elle aura besoin de produits de remplacement pour gérer des symptômes de sevrage potentiels. Précisez que cette information vous sera utile pour lui permettre de recevoir les soins et services dont elle a besoin dans les meilleures conditions possible.



*Pour plus d'informations sur la gestion de l'intoxication et du sevrage en milieu hospitalier et sur la collaboration entre les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon l'intensité des besoins de la personne, consulter la fiche 4 du [Plan d'action interministériel sur les dépendances](#).*

### 1.3 RECUEILLIR LES INFORMATIONS AFIN DE FAIRE LE PONT ENTRE LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS LORS DE L'ARRIVÉE EN CENTRE HOSPITALIER

Différents intervenants peuvent accompagner la personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être lors de son admission ou être à l'origine de la référence vers le centre hospitalier. Afin de s'assurer que les informations ne se perdent pas entre les différents acteurs, il est essentiel, pour les accompagnateurs, de communiquer clairement les renseignements et, pour le personnel du centre hospitalier, de les recueillir et de les consigner afin de documenter la situation.



**Astuce d'intervention !** Certains centres hospitaliers ont mis sur pied des comités des grands utilisateurs d'urgence pour mieux comprendre la situation de ces personnes et développer des plans d'intervention interétablissements afin de mieux cerner les problématiques de santé des personnes et y répondre.

#### POUR LES INTERVENANTS QUI ACCOMPAGNENT LA PERSONNE LORS DE SON ARRIVÉE AU CENTRE HOSPITALIER

- Précisez, à la personne que vous accompagnez, votre souhait qu'elle reçoive les meilleurs soins possible ainsi que les motifs vous amenant à vouloir transmettre certains renseignements.
- Regardez avec elle les avantages qu'il y a à ce que vous adoptiez le rôle de facilitateur dans la transmission d'informations, et ce, dans le respect de son droit à la confidentialité. Obtenez son consentement à le faire s'il y a lieu.
- Aidez la personne à clarifier sa demande et assurez-vous qu'elle ait eu l'occasion de la nommer au personnel.
- Convenez avec la personne des informations additionnelles que vous aimeriez transmettre au personnel du centre hospitalier (inquiétudes, observations liées à l'état de santé global de la personne).
- Si vous ne pouvez pas l'accompagner ou si vous devez partir (alors que la personne est toujours en attente), mettez vos observations et vos inquiétudes sur papier et inscrivez-y votre numéro de téléphone. Notez-y également votre souhait de participer à la planification de la sortie du centre hospitalier. Remettez ces informations au personnel hospitalier (si vous êtes sur place) ou à la personne elle-même pour qu'elle les transmette à son arrivée si vous ne l'accompagnez pas.
- Si vous ne pouvez offrir un accompagnement, vous pouvez toujours communiquer avec le centre hospitalier afin d'annoncer l'arrivée de la personne et transmettre les informations de vive voix, toujours avec le consentement de la personne.

## POUR LES AMBULANCIERS

- Transmettez vos observations au personnel médical ainsi que les motifs vous ayant amené à intervenir et à effectuer le transport vers le centre hospitalier. Donnez des détails. Remettez une copie écrite de vos observations pour éviter la perte d'information.

## POUR LES INTERVENANTS DU CENTRE HOSPITALIER

- Soyez attentif, le cas échéant, aux inquiétudes exprimées par l'intervenant qui accompagne la personne vers les services ou qui a pris le temps de vous écrire une note. Son lien privilégié avec la personne et sa connaissance de sa réalité lui donnent accès à certaines informations privilégiées qui pourront vous orienter dans le choix des soins à donner et des services à offrir en priorité.
- Prenez les coordonnées de cette personne si vous ne les avez pas déjà. Celle-ci pourrait constituer une alliée importante dans les prochaines étapes.
- Lorsque la personne est conduite à l'hôpital par un policier, demandez à celui-ci ses observations et les motifs pour lesquels il a été appelé à intervenir et à assurer le transport au centre hospitalier. Consignez les renseignements pertinents au dossier.
- Si la personne arrive seule, demandez-lui si elle a été référée par un intervenant en particulier. Dans l'affirmative, demandez-lui l'autorisation de communiquer avec celui-ci en lui précisant pourquoi vous souhaitez parler à cet intervenant.



**Astuce d'intervention !** Il est recommandé de mettre la personne en lien rapidement avec un travailleur social ou un autre professionnel qui pourra l'accompagner dans des démarches visant à favoriser la continuité des soins, notamment la réponse à ses besoins de base après son congé (renouvellement ou obtention d'une carte d'assurance maladie, inscription auprès d'un guichet d'accès à un médecin de famille, aide financière de dernier recours, etc.). Consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#) pour en connaître plus sur les procédures à suivre pour mener à bien

les démarches administratives permettant aux personnes d'avoir accès aux services auxquels elles ont droit.

## 2. RÉALISER UN PORTRAIT GLOBAL DE LA SITUATION DE LA PERSONNE

Afin que l'équipe médicale puisse remplir son obligation d'analyser les besoins de la personne et de mobiliser les ressources pertinentes avant de lui donner son congé, certaines interventions sont à préconiser dès l'admission en centre hospitalier.

### 2.1 S'INTÉRESSER À LA CONDITION RÉSIDENIELLE

Le personnel en milieu hospitalier doit s'informer de la condition résidentielle d'une personne qui se présente à l'urgence ou qui est admise dans un service. Certaines personnes mentionneront d'entrée de jeu être en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Toutefois, plusieurs situations de précarité résidentielle peuvent passer inaperçues ou être délibérément cachées, ce qui peut conduire à la perte du logement ou à un retour à la rue sans que les différentes options aient été explorées.



**Astuce d'intervention !** L'[IRIS](#) (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables ou à risque), composé de six questions, permet de déceler les indices d'instabilité résidentielle et s'utilise dans un contexte d'intervention brève (5 minutes). Le travailleur social du centre hospitalier peut alors être interpellé rapidement lorsqu'une situation de précarité résidentielle est décelée, même à l'urgence, afin de tracer un portrait plus complet de la situation et de s'assurer que ces informations soient considérées dans la planification du congé.



*Concernant les pratiques d'intervention à privilégier afin d'éviter une situation de précarité résidentielle ou l'aggravation de la condition d'instabilité, consulter la fiche [Agir sur l'instabilité résidentielle pour prévenir le passage vers l'itinérance](#).*

### 2.2 SE RENSEIGNER SUR LES CONDITIONS DE VIE ET LE RÉSEAU DE LA PERSONNE

Récolter des informations sur les conditions de vie et le réseau d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être est essentiel dans l'objectif de faire un meilleur arrimage entre ses besoins et les soins et services afin d'éviter le phénomène des portes tournantes.

L'exploration de la condition de santé est centrale, mais ne constitue qu'un des volets auxquels le personnel du centre hospitalier, selon les mandats spécifiques de chacun, doit s'intéresser systématiquement lors de son passage. Se pencher sur les conditions de vie et le contexte socioéconomique de la personne peut aider à prévenir l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé.



**Astuce d'intervention !** L'[Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#) peut être utilisé pour réaliser une exploration plus approfondie des signes de précarité résidentielle repérés avec l'[IRIS](#). Lorsque cela est pertinent, cet outil peut également être utilisé en complémentarité avec ceux habituellement utilisés par l'intervenant lors de son analyse des besoins.

Même si cette personne a recours de manière répétitive à l'urgence, prenez le temps de poser ces questions et de bien comprendre la situation, peu importe qu'elle se soit présentée d'elle-même ou qu'elle ait été accompagnée à son arrivée. Au-delà d'une précarité qui peut perdurer, les conditions de vie d'une personne peuvent fluctuer considérablement d'une journée à l'autre.

- Explorez les ressources de la personne ainsi que les défis qu'elle rencontre dans les différentes sphères de sa vie. Déterminez qui est le meilleur intervenant pour faire cette exploration et effectuer certaines démarches associées (infirmière de liaison, travailleur social, pair aidant, etc.).
  - › Au quotidien, comment assure-t-elle une réponse à ses besoins de base (endroit pour dormir et se soigner, alimentation, sécurité) ?
  - › Quels sont les facteurs qui contribuent à la dégradation ou au maintien de sa santé ou qui l'empêchent de recevoir les soins dont elle a besoin (absence de carte d'assurance maladie, absence de revenus, coûts du transport associé aux déplacements nécessaires pour recevoir les services, problèmes de dépendance, méconnaissance des ressources, isolement, etc.) ?
  - › Quelles démarches peuvent être entamées dès maintenant pour éliminer ou atténuer certains facteurs ?

- › Quelles sont ses expériences passées avec le milieu hospitalier ? Y a-t-il certaines craintes qui pourraient avoir une influence sur sa réceptivité aux soins ?
  - › Quelles sont ses attentes par rapport aux soins et services à recevoir ?
  - › Quels sont ses besoins pour que l'hospitalisation se déroule bien ?
  - › Fréquente-t-elle certaines ressources d'hébergement ?
  - › Bénéficie-t-elle du soutien d'intervenants (organisme communautaire, programme-services dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, etc.) ?
  - › Y a-t-il d'autres personnes à considérer dans son réseau de soutien (famille, amis, voisins, etc.) ?
- Demandez à la personne son consentement pour faire venir son dossier d'autres établissements (hôpitaux, cliniques, etc.) et expliquez-lui pourquoi vous avez besoin de ces informations. Demandez ce consentement également pour communiquer avec l'intervenant, l'équipe ou la personne qui possède un lien significatif avec elle et que vous pourrez informer de son admission (si la personne le souhaite et ne peut le faire elle-même). Cela vous permettra également d'obtenir une meilleure compréhension de sa situation et d'inclure cette personne dans la planification éventuelle de la sortie du centre hospitalier.
- Afin de minimiser les risques que la personne parte du centre hospitalier trop rapidement par crainte de ne pas avoir d'endroit où dormir le soir venu, soyez proactif. Par exemple, entrez en communication avec une ressource d'hébergement pour voir la possibilité de réserver un lit dans le cas où une admission pour hospitalisation ne serait pas requise après le passage à l'urgence. Si la personne est en mesure d'effectuer elle-même cette démarche, soutenez-la, au besoin.
- Afin d'éviter que certaines attentes de la personne soient déçues, clarifiez dès le départ avec elle les démarches qui pourront être complétées dans le cadre de son passage en centre hospitalier et celles qui seront finalisées par d'autres intervenants à la suite de son congé.

- Incluez dans vos démarches toute autre personne de son réseau avec qui elle a un lien significatif et qui pourrait contribuer à faciliter sa réceptivité aux soins lors du passage en centre hospitalier.

#### POUR LES INTERVENANTS QUI OFFRENT CONJOINTEMENT UN ACCOMPAGNEMENT À LA PERSONNE

- Faites alliance afin de suggérer certaines analyses ou certains traitements qu'il vous paraît essentiel de faire pendant le passage en centre hospitalier.

#### POUR LES INTERVENANTS DU CENTRE HOSPITALIER

*Dans le cas où une personne fait appel à répétition aux services du centre hospitalier*

- Investiguez pour savoir si des analyses ont déjà été effectuées, ou des traitements entamés, dans d'autres centres hospitaliers et, dans l'affirmative, déterminez la pertinence d'obtenir de l'information à leur sujet afin de tracer un portrait plus approfondi de la situation de santé et de les compléter, s'il y a lieu.
- Demeurez à l'affût des changements dans la condition d'une personne connue, dont ceux liés à une perte progressive d'autonomie.
- Y a-t-il eu une évaluation de ses capacités cognitives ? Les pertes cognitives sont fréquentes et peuvent être causées par différents facteurs tels que des traumatismes crâniens, la consommation prolongée d'alcool, le vieillissement prématuré lié aux conditions de vie, etc.

### 2.3 CONSIDÉRER LA NÉCESSITÉ DE TRAITER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE, EN COLLABORATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS

Certaines personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être présentent un trouble lié à l'utilisation d'une substance et leur besoin de consommer peut les amener à précipiter leur départ du centre hospitalier avant d'avoir reçu tous les soins et les services dont elles

ont besoin. Afin de minimiser les risques qu'une telle situation se produise, il est important que toute l'information récoltée lors de l'accueil ou de l'admission de la personne soit transmise au médecin. Celui-ci doit aborder le sujet de la consommation de substances psychoactives (alcool ou drogue, ainsi que les médicaments présentant un potentiel d'abus et de dépendance) dans la discussion afin de déterminer la nature du traitement à lui offrir si le séjour se prolonge. L'équipe médicale ne doit pas hésiter à demander du soutien d'experts au besoin (par ex. : équipes spécialisées en dépendance du centre hospitalier, infirmière de liaison de l'urgence rattachée au centre de réadaptation en dépendance, travailleur social du centre hospitalier).



**Astuce d'intervention !** Les centres de réadaptation en dépendance ont le mandat de soutenir l'ensemble des partenaires de leur région en ce qui a trait aux troubles liés à l'utilisation d'une substance, en plus des équipes spécialisées en dépendance ou des équipes de liaison en dépendance présentes au sein de l'hôpital, dans certaines régions. Pour ce qui est du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, les centres de réadaptation peuvent soutenir les intervenants, cependant, un soutien peut aussi être obtenu auprès du [programme CRAN](#) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.



**Astuce d'intervention !** Les personnes des Premières Nations et les Inuit ont accès aux services de réadaptation en dépendance s'adressant à la population générale. Cependant, il existe aussi des centres de traitement en dépendance spécifiques pour les personnes vivant dans les communautés non conventionnées. Consulter la liste de ces [centres de traitement au Québec](#) pour en savoir plus.



*Concernant les pratiques d'intervention à privilégier lorsqu'une personne avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance présente également des symptômes liés à un trouble mental, consulter la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#).*

## 2.4 CIBLER LES BESOINS D'ANALYSE ET DE SOINS COMPLÉMENTAIRES

La présence en centre hospitalier d'une personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être est une occasion à saisir de mener certaines analyses et certains traitements complémentaires lorsque la situation le requiert. En effet, les intervenants qui œuvrent dans la communauté n'ont pas toujours le cadre de travail permettant de réaliser ou de mener

à terme ces analyses ou traitements, pour une multitude de raisons (personne qui change souvent de lieu ou intoxiquée, difficulté pour la personne de se présenter à des rendez-vous à heure fixe, difficulté d'accès au transport, aménagement physique du milieu de vie de la personne ou du milieu d'intervention peu propice aux soins, etc.). De même, le passage en centre hospitalier permet de terminer l'investigation ou les traitements requis, y compris la référence vers un spécialiste au besoin, lorsque les problèmes de santé de la personne sont déjà connus ou suspectés (par ex. : pour un cancer).

#### *Exemples de vérifications routinières pouvant être effectuées auprès de personnes en situation d'itinérance*

- Mise à jour de la vaccination. En plus de la vaccination de base, il y a des vaccins particuliers prévus pour les personnes selon leurs milieux et leurs habitudes de vie. Voir [les calendriers de vaccination](#) recommandés par le MSSS pour en savoir plus.
- Présence de blessures, de plaies ouvertes, de lésions
- Présence de trouble lié à l'utilisation d'une substance, de trouble mental, de troubles cognitifs, entre autres liés à un traumatisme crânien
- Présence de maladie chronique (par ex. : diabète de type 2, hypertension, maladie pulmonaire obstructive chronique)
- Facteurs de risque pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Présence de perte sensorielle (auditive ou visuelle).

#### *Exemples d'analyses complémentaires*

- Échographie pour analyser l'état du foie d'un patient qui consomme de l'alcool ou qui a une hépatite C
- Évaluation par un ergothérapeute, un neuropsychologue ou un gériatre pour un patient chez qui des troubles cognitifs sont suspectés (par ex. : pour déterminer s'il

est en mesure de vaquer à ses activités de la vie quotidienne [AVQ] ou domestique [AVD])

- Évaluation du besoin d'aides techniques à la mobilité et de conseils sur leur utilisation sécuritaire.



*Pour en savoir plus sur les analyses et soins à considérer auprès des personnes en situation d'itinérance, consulter la fiche [Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance](#).*

### 3. ÉTABLIR UNE PLANIFICATION CONCERTÉE AUTOUR DU PLAN DE SORTIE

La planification de la sortie doit être anticipée dès l'arrivée en centre hospitalier d'une personne en situation d'itinérance afin d'assurer la continuité des soins et des services. Cette planification exige de partager les responsabilités entre les différents acteurs du milieu et du réseau de soutien de la personne selon les mandats et les réalités de chacun. Elle devrait inclure tous les professionnels soutenant la personne en milieu hospitalier (travailleur social, médecin, infirmière) et dans la communauté. La personne elle-même demeure au cœur de la préparation de cette sortie et doit être partie prenante des décisions qui la concernent. En général, il est recommandé de faire tout ce qu'il est possible de faire en milieu hospitalier avant de donner congé à la personne, y compris d'assurer les ponts vers d'autres services, sachant qu'il pourrait être difficile de la recontacter une fois qu'elle aura quitté le centre hospitalier (absence d'adresse, de téléphone, etc.).



**Astuce d'intervention !** Avant de donner congé à la personne, vérifier qu'elle a effectué les démarches administratives nécessaires pour assurer la continuité des soins après sa sortie (par ex. : validation de la carte d'assurance maladie ; inscription à un guichet d'accès à un médecin de famille). Consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#) pour en connaître plus sur les procédures à suivre pour mener à bien ces démarches.



**Astuce d'intervention !** Le personnel hospitalier peut jouer un rôle clé pour permettre à la personne de faire reconnaître des [contraintes temporaires](#) ou des [contraintes](#)

sévères à l'emploi, en remplissant un rapport médical (voir [formulaire en ligne](#)). Si la situation de la personne y correspond, un supplément pourrait alors être ajouté à la prestation de base de l'aide financière de dernier recours. Consulter ce [dossier web](#) pour en savoir plus sur les pratiques professionnelles relativement à l'évaluation de la contrainte à l'emploi ainsi que sur les impacts du processus médico-administratif d'accès au Programme de solidarité sociale sur les personnes bénéficiaires.



**Astuce d'intervention !** Dans le cas où la personne est référée à une autre équipe ou à une ressource d'hébergement, le fait de faciliter une première prise de contact pendant l'hospitalisation peut favoriser l'établissement d'un lien de confiance et la continuité des soins.

### 3.1 PRENDRE EN CONSIDÉRATION L'ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ DE LA PERSONNE

Pour la majorité des gens, la présence d'un réseau de soutien couplée à des conditions de vie et à un contexte socioéconomique favorables (par ex. : bonnes conditions de logement, revenu disponible) permet d'assurer leur rétablissement. Cela n'est pas le cas pour certaines personnes en situation ou à risque d'itinérance. Un retour prématuré à la rue ou dans un environnement à risque pour des personnes rendues particulièrement vulnérables en raison de différents facteurs (âge, trouble mental, etc.) peut compromettre sérieusement les chances de guérison physique, voire contribuer à la dégradation d'une condition de santé déjà précaire.

*Le niveau d'autonomie d'une personne en situation d'itinérance doit être considéré comme pour toute autre personne*

- Posez la question à la personne : a-t-elle des craintes particulières quant à son départ du centre hospitalier ? Relativement à un retour dans un environnement ou un contexte qui ne favorisera pas son rétablissement ? En bref, se perçoit-elle comme vulnérable ?
- Est-ce que d'autres acteurs dans l'environnement de la personne entretiennent ce type de craintes (intervenants d'un service d'hébergement d'urgence qu'elle fréquente, membre de la famille, etc.) ?
- Est-ce que son état de vulnérabilité est tel qu'elle ne sera pas en mesure de suivre

les indications médicales ou de se prévaloir des soins requis par son état ? Le milieu de vie, l'environnement dans lequel la personne se propose de retourner la met-il en danger ? Peut-elle se repérer adéquatement dans le temps et dans l'espace ? Est-elle suffisamment organisée pour se nourrir, aller chercher sa médication à la pharmacie, gérer ses soins de convalescence ou procéder à ses suivis médicaux (par ex. : prise de rendez-vous en clinique externe) ?

*Selon la situation de la personne, aidez à la mettre en lien avec des ressources correspondant à ses besoins*

- S'il y a nécessité de recourir à un hébergement pour un adulte en perte d'autonomie, faites une référence à partir du centre hospitalier ou vers l'accueil centralisé à l'aide de l'application Demande de services interétablissements (DSIE).
- Si la personne nécessite un suivi post-hospitalisation en santé mentale, faites une référence vers l'équipe du programme-services santé mentale du CIUSSS ou CISSS de votre région et, dans la mesure du possible, assurez le suivi de la demande.
- Si la personne nécessite un suivi post-hospitalisation en lien avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance, faites le lien, d'abord, avec l'infirmière de liaison en dépendance. Si le centre hospitalier n'a pas d'infirmière de liaison, un travailleur social du centre hospitalier pourra faire les arrimages requis. Ces professionnels devraient être formés à l'[outil de dépistage DÉBA](#) et pourraient référer les personnes en situation d'itinérance directement vers le Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance. Il est aussi recommandé de développer un corridor de service entre le centre hospitalier et le centre de réadaptation en dépendance (CRD). À partir du moment où la personne consomme des substances provenant du marché illicite, une trousse de naloxone et l'enseignement qui s'y rapporte devraient lui être proposés. Selon les besoins et la demande de la personne, considérez également la possibilité de lui fournir de la naloxone et du matériel de consommation et de protection à moindre risque avant qu'elle quitte le centre hospitalier.
- Pensez également à contacter d'autres programmes-services ou spécialités

médicales selon la situation (par ex. : le programme de soutien d'autonomie aux personnes âgées [SAPA] pour des soins à domicile, des services pour une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme [DI-TSA], des services pour une déficience physique [DP]).



**Astuce d'intervention !** Si le personnel du centre hospitalier a un doute quant à l'aptitude de la personne à prendre soin d'elle-même ou de ses biens, et par conséquent, à consentir aux soins ou aux services, il est indiqué de vérifier si elle a déjà un représentant légal au [Registre des régimes de protection](#) du Curateur public. Sinon, il doit procéder à une évaluation en vue de l'ouverture d'un régime de protection ([voir article 270](#) du Code civil du Québec).



*Concernant les éléments à considérer dans l'analyse de la vulnérabilité d'une personne et des interventions à privilégier lorsqu'un état de vulnérabilité important est décelé chez la personne, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*



*Pour les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance, les suivis et références peuvent se faire selon des ententes particulières avec des services spécifiques. Pour en savoir plus sur les interventions à privilégier avec des personnes des Premières Nations et des Inuit, consulter la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#).*

### 3.2 DÉTERMINER UN LIEU DE RÉPIT SÉCURITAIRE ET FAVORISANT LA GUÉRISON

La recherche d'un lieu d'hébergement favorisant le succès d'un traitement et la guérison demeure fondamentale. Cette décision doit être discutée avec la personne afin que son point de vue puisse être entendu et qu'elle puisse connaître les options qui s'offrent à elle. Il est également important d'obtenir son consentement avant de partager les informations qui la concernent avec autrui.

## POUR L'INFIRMIÈRE OU LE TRAVAILLEUR SOCIAL RESPONSABLE DE FAIRE LA LIAISON VERS LES SERVICES

*Considérez en priorité le réseau social de la personne dans la planification de sa sortie, entre autres pour la question de son hébergement*

- Explorez avec la personne les gens avec qui elle a des liens significatifs et qui pourraient lui offrir un soutien particulier favorisant sa guérison, dont un hébergement stable, salubre et sécuritaire.
- Rappelez-vous que si la personne en situation d'itinérance a la chance d'être hébergée adéquatement, même temporairement, chez des gens de son entourage (famille, amis), ses chances de rétablissement augmentent d'une manière importante et qu'à l'inverse, les risques de réadmission en centre hospitalier dans les trente jours diminuent.
- Voyez si elle souhaite communiquer elle-même avec cette personne ou si elle préfère que vous le fassiez pour elle. Le cas échéant, obtenez son autorisation écrite à communiquer avec la personne en question.

*Communiquez avec les ressources potentielles d'hébergement*

*N.B. : Certaines des questions ci-dessous sont également pertinentes à explorer avec la personne qui accepterait de l'héberger.*

- Les hébergements disponibles et les mécanismes pour y accéder varient grandement d'une région à l'autre. Il peut parfois être difficile de s'y retrouver. C'est pourquoi il devrait y avoir au sein de chaque centre hospitalier des professionnels ayant une connaissance approfondie des ressources d'hébergement du secteur et en mesure de créer des ententes de partenariat pour en faciliter l'accès. Au besoin, pour vous aider à repérer les ressources d'hébergement dans votre secteur, vous pouvez toujours consulter le service d'information et de référence 2-1-1 (accessible 7 jours sur 7 dans le [Grand Montréal](#) et dans l'[ensemble du Québec](#)).
- Avant de faire une référence vers un service d'hébergement d'urgence, un hébergement communautaire ou un hébergement privé, assurez-vous qu'il a la

capacité de prendre en charge la personne, c'est-à-dire d'offrir le contexte dont la personne a besoin pour se rétablir (ressources cliniques, aménagement de l'espace, matériel, connaissances, etc.). Renseignez-vous sur les services offerts, sur leurs capacités, sur leurs pratiques en termes de collaboration et sur leurs limites concernant la capacité de répondre aux besoins de soins.

- Assurez-vous de connaître les conditions d'accès à l'hébergement afin de maximiser les chances d'une réponse positive aux recommandations de l'équipe du centre hospitalier.
- Prenez le temps d'expliquer les motifs amenant le congé du centre hospitalier, ceux-ci pouvant paraître nébuleux pour des intervenants n'œuvrant pas dans ce milieu.
- Assurez-vous que la ressource puisse obtenir le portrait réel de la situation de la personne, avec les informations relatives à toute condition médicale particulière afin que la décision puisse se prendre de manière éclairée (par ex. : enjeux de mobilité [fauteuil roulant, canne], incontinence, fracture). Soutenez la personne dans cette démarche en cas de besoin et obtenez son consentement, s'il y a lieu, pour partager des informations la concernant avec la ressource d'hébergement.
- Prévoyez les modalités de transfert d'information sur la personne (condition médicale, besoins, transport de la personne vers le lieu d'hébergement, etc.) et les modalités de communication pour assurer le suivi ou en cas de problème.
- Explorez la possibilité d'offrir un soutien clinique à la ressource d'hébergement pour la durée de la convalescence afin de favoriser le rétablissement de la personne.
- Dans le cas où seul un dépannage (par ex. : de 24 heures) est possible, pensez déjà à la prochaine intervention à privilégier pour lui trouver un hébergement.
- Voyez dans quelle mesure le personnel de la ressource d'hébergement peut assumer le relais pour certaines démarches complémentaires (assurer la prise de médication, changer certains pansements, poursuivre certaines démarches administratives, la recherche d'une chambre, d'un logement, etc.).

- Renseignez-vous sur les ententes éventuelles entre la ressource d'hébergement et une pharmacie du secteur visant à faciliter la récupération des médicaments.
- Planifier la conduite à tenir si la condition de la personne se détériore ou advenant la nécessité de l'hospitaliser à nouveau.
- Idéalement, informez la veille du départ les gens concernés par la sortie du centre hospitalier et facilitez le transport vers l'hébergement, si besoin est.

### 3.3 ASSURER LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS LORS DU DÉPART DU CENTRE HOSPITALIER

Il est fortement recommandé que l'arrimage avec une organisation, avec un autre intervenant ou avec un membre de l'entourage de la personne soit bien ficelé et qu'un contact ait été établi avant que la personne quitte le centre hospitalier. Il arrive toutefois que la personne quitte le centre hospitalier (pour se rendre dans une ressource ou chez une personne de son entourage, par exemple) sans qu'un contact ait pu s'établir au moment du congé, que ce soit parce que la personne ne l'a pas souhaité ou parce que le temps a manqué. Il arrive aussi que la personne quitte le centre hospitalier sans qu'aucun arrimage ait été effectué. Dans tous les cas, il est essentiel, avant son départ, que la personne ait en main toutes les informations la concernant afin de favoriser la continuité des soins et d'éviter une dégradation de sa condition.

#### POUR LE PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER RESPONSABLE DE PRÉPARER LE DÉPART

- Mettez par écrit l'ensemble des informations relatives au plan de traitement : médication à prendre, soins particuliers à apporter, futurs rendez-vous à planifier ou qui sont déjà prévus, coordonnées des personnes à joindre advenant des questions à la suite de son départ du centre hospitalier, etc.
- Suggérez à la personne de partager ces informations avec la personne qui l'hébergera (si cela n'a pas été fait) et expliquez-lui de quelle manière cela peut favoriser son rétablissement.

- Assurez-vous que la personne a les moyens de payer les médicaments qui lui sont prescrits et qu'elle a suffisamment de médicaments ou de pansements, le cas échéant, jusqu'à ce qu'elle puisse s'en procurer. Sinon, explorez différentes pistes de solution avec elle.
- Si la personne fait déjà affaire avec une pharmacie, proposez-lui, si elle le souhaite, de vous assurer vous-même auprès de celle-ci que la prescription soit déposée dans son dossier.
- Demandez à la personne si elle souhaite avoir certaines informations par écrit, autres que celles déjà inscrites dans le plan de traitement. Validez sa compréhension de ce qui est inscrit dans le plan de traitement.
- Dans l'idéal, essayez de faire en sorte qu'une personne ou un intervenant vienne chercher la personne afin de favoriser le relais en face à face.
- Si la personne part seule et vous dit être toujours en situation d'itinérance, proposez-lui de vous donner les noms de quelques ressources où elle pourra être jointe si un suivi était nécessaire.

#### POUR LE PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE, D'UN PROGRAMME-SERVICES SPÉCIFIQUE OU D'UNE RESSOURCE COMMUNAUTAIRE QUI REÇOIT UNE DEMANDE DE SOUTIEN OU DE SUIVI PAR LE CENTRE HOSPITALIER

- Ne vous limitez pas aux informations fournies par le centre hospitalier qui peuvent être sommaires dans certains cas. Complétez les renseignements avec la personne (endroits qu'elle fréquente et où elle peut être jointe, adresse courriel, numéros de téléphone d'une personne avec qui elle est en lien régulièrement, etc.).
- Si elle est d'accord, faites-lui signer un consentement à communiquer afin que vous soyez autorisé à parler aux intervenants à même de collaborer à son rétablissement et à sa guérison.
- N'hésitez pas à conseiller à la personne de faire appel à l'infirmière de liaison ou au travailleur social du centre hospitalier pour avoir des compléments d'information. Soutenez-la au besoin dans cette démarche.



**Astuce d'intervention !** Si elle est suivie par une équipe dans la communauté, demandez à la personne la permission de lui communiquer des informations sur son hospitalisation lors de son congé. Assurez-vous que son équipe est au courant des rendez-vous de suivi à venir.



**Astuce d'intervention !** Le pharmacien peut jouer un rôle pour rappeler aux personnes leurs dates de rendez-vous de suivi après le passage en centre hospitalier (par ex. : rendez-vous à la clinique externe). Les dates de rendez-vous peuvent aussi être inscrites sur la prescription de médicaments confiée à la personne au moment de son départ du centre hospitalier. Si la personne fréquente régulièrement une pharmacie et qu'elle a donné son consentement, ces dates peuvent être communiquées directement au pharmacien.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS ET DOSSIERS PERTINENTS CONCERNANT LE PASSAGE EN CENTRE HOSPITALIER DE PERSONNES EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE

Récits de pratiques – Dossier web Savoirs d'intervention en itinérance CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](https://cremis.ca/savoirs-itinerance))

- [Advocacy à travers le soin](#)
- [Collaboration avec l'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier](#)

Cadres de référence et guide pratique à l'intention du personnel du centre hospitalier

- [Cadre de référence régional – Mécanismes d'accès à l'hébergement pour des personnes présentant une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale \(Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014\)](#)
- [Agitation dans les démences – Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Fiches cliniques \(Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2012\)](#)
- [Guide sommaire d'utilisation de l'Outil Évaluation Multiclientèle \(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003\)](#)

Guide de pratique sur la sortie du centre hospitalier, tiré de l'expérience de 180 infirmières qui travaillent auprès des personnes en situation d'itinérance

- [What community nurses say about... Hospital discharge for people who are homeless \(The Queen's Nursing Institute, 2014\)](#)

Dossier web explorant le rôle des professionnels de la santé dans l'évaluation des contraintes à l'emploi pour les personnes en situation de pauvreté ou marginalisées

- [Programme de solidarité sociale : constats et pistes de réflexion pour un accès plus équitable \(CREMIS, 2019\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Backer, T. E., Howard, E. A., et Moran, G. E. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 229-243. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0095-7>
- Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C. F., O'Connor, K., Rice, K., et Rodriguez, J. (2008). *Best practices manual for discharge planning: Mental health & substance abuse facilities, hospitals, foster care, prisons and jails*. Los Angeles Coalition to End Hunger and Homelessness. <https://www.homelesshub.ca/resource/best-practices-manual-discharge-planning-mental-health-substance-abuse-facilities-hospitals>
- Bonin, E., Brehove, T., Carlson, T., Downing, M. H., Hoeft, J., Kalinowski, A. P., Solomon-Bame, J., et Post, P. A. (2010). *Adapting your practice – General recommendations for the care of homeless patients*. Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council Inc. <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/GenRecsHomeless2010-1.pdf>
- Carde, E., Mathieu, I., Giguère, N., et Karazivan, P. (2018). *Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne : une étude exploratoire*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/inegalites-sociales-patients-difficiles-et-medecins-de-premiere-ligne-une-etude-exploratoire/>
- Doran, K. M., Vashi, A. A., Platis, S., Curry, L. A., Rowe, M., Gang, M., et Vaca, F. E. (2013). Navigating the boundaries of emergency department care: Addressing the medical and social needs of patients who are homeless. *American Journal of Public Health*, 103(S2), S355-S360. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301540>
- Gaetz, S. A. (2012). *The real cost of homelessness: Can we save money by doing the right thing?* Canadian Homelessness Research Network Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/costofhomelessness\\_paper21092012.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/costofhomelessness_paper21092012.pdf)
- Greysen, S. R., Allen, R., Lucas, G. I., Wang, E. A., et Rosenthal, M. S. (2012). Understanding transitions in care from hospital to homeless shelter: A mixed-methods, community-based participatory approach. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1484-1491. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2117-2>
- Gulliver, T. (2014). How can we improve healthcare access for the homeless? *Homeless Hub Canada*. <https://homelesshub.ca/resource/how-can-we-improve-healthcare-access-homeless>
- Gulliver, T. (2015). What comes next? Supporting individuals after institutional discharge. Dans Inclusion Working Group, Canadian Observatory on Homelessness (dir.), *Homelessness is only one piece of my puzzle: Implications for policy and practice*

(p. 123-135). The Homeless Hub Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Homelessness%20Is%20Only%20One%20Piece%20Of%20My%20Puzzle%20-%20Web%20V2\\_0.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Homelessness%20Is%20Only%20One%20Piece%20Of%20My%20Puzzle%20-%20Web%20V2_0.pdf)

Homeless Link et St Mungo's. (2012). *Improving hospital admission and discharge for people who are homeless*. [https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/HOSPITAL\\_ADMISSION\\_AND\\_DISCHARGE\\_REPORTdoc.pdf](https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/HOSPITAL_ADMISSION_AND_DISCHARGE_REPORTdoc.pdf)

Hurtubise, R., Roy, S., Rozier, M., et Morin, D. (2007). Agir sur sa santé en situation d'itinérance. Dans R. Hurtubise et S. Roy (dir.), *L'itinérance en questions* (p. 355-374). Presses de l'Université du Québec.

Hwang, S. W., et Henderson, M. J. (2010). *Health care utilization in homeless people: Translating research into policy and practice*. Agency for Healthcare Research and Quality. [https://meps.ahrq.gov/data\\_files/publications/workingpapers/wp\\_10002.pdf](https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/workingpapers/wp_10002.pdf)

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2013). *Caractéristiques des sorties de l'hôpital contre l'avis du médecin*. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/LAMA\\_aib\\_oct012013\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/LAMA_aib_oct012013_fr.pdf)

Kertesz, S. G., Posner, M. A., O'Connell, J. J., Swain, S., Mullins, A. N., Shwartz, M., et Ash, A. S. (2009). Post-hospital medical respite care and hospital readmission of homeless persons. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 37(2), 129-142. <https://doi.org/10.1080/10852350902735734>

Kushel, M. B., Vittinghoff, E., et Haas, J. S. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *Journal of the American Medical Association*, 285(2), 200-206. <https://doi.org/10.1001/jama.285.2.200>

Marks, S. M., Taylor, Z., Burrows, N. R., Qayad, M. G., et Miller, B. (2000). Hospitalization of homeless persons with tuberculosis in the United States. *American Journal of Public Health*, 90(3), 435-438. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.3.435>

Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study. *Public Health Nursing*, 25(5), 420-430. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>

- Pakzad, S., Ringuette, J., et Bergheul, S. (2015). L'itinérance et la santé mentale. Dans S. Bergheul (dir.), *Regards croisés sur l'itinérance* (p. 36-49). Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/regards-croises-sur-itinerance-2339.html>
- Rose, M.-C., Baillergeau, E., Hurtubise, R., et McAll, C. (2012). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal – Rapport de recherche exploratoire*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/rapport-de-recherche-nouvelles-pratiques-de-collaboration-entre-policiers-et-intervenants-de-la-sante-et-des-services-sociaux-dans-lintervention-en-itinerance-a-montreal-2012/>
- Roy, S., Morin, D., Lemetayer, F., et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI). <https://www.rondpointdelitinerance.ca/ressource/itin%C3%A9rance-et-acc%C3%A8s-aux-service-probl%C3%A8mes-et-enjeux>
- Tansley, K., et Gray, J. (2009). Ensuring safe and appropriate discharge for people who are homeless or in housing need. *Nursing Times*, 105(40), 14-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19908658/>
- Thomson, M. (2014). *Preventing homelessness through mental health discharge planning – Best practices and community partnerships in British Columbia. Volume 2: Case Studies*. M. Thomson Consulting. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Vol2\\_CaseStudies.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Vol2_CaseStudies.pdf)
- Waegemakers Schiff, J. (2015). *Working with homeless and vulnerable people: Basic skills and practices*. Lyceum Books. [https://www.researchgate.net/publication/269095237\\_Working\\_With\\_Homeless\\_and\\_Vulnerable\\_People\\_Basic\\_Skills\\_and\\_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true](https://www.researchgate.net/publication/269095237_Working_With_Homeless_and_Vulnerable_People_Basic_Skills_and_Practices?channel=doi&linkId=547f42450cf22ca9d34f6235&showFulltext=true)
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S. W., et Stergiopoulos, V. (2017). "Hospital was the only option": Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405-412. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10488-016-0728-3>



## Fiche Prévenir

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

# AGIR SUR L'INSTABILITÉ RÉSIDEN­TIELLE POUR PRÉVENIR LE PASSAGE À LA RUE

260

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Habiter un lieu, avoir un chez-soi, a un sens qui va bien au-delà d'un lieu physique où l'on dort : avoir un chez-soi doit être compris dans son sens pratique, mais également du point de vue de ses fonctions identitaires, sociales, culturelles et d'intégration. « Au-

### COMMENT INTERVENIR AUPRÈS D'UNE PERSONNE QUI VIT DE L'INSTABILITÉ RÉSIDEN­TIELLE ?

delà du domicile, du lieu physique, le sentiment d'avoir un "chez-soi" est au cœur de l'expérience humaine. Il représente un levier au bien-être, à la citoyenneté, à la relation de la personne avec sa propre identité et avec son environnement social » (MSSS, 2014a).

Ne pas avoir de lieu stable, sécuritaire et permanent où vivre peut mettre en péril la capacité des personnes à prendre soin d'elles-mêmes, à mettre en œuvre un traitement, à effectuer

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec

un suivi de nature psychosociale ou médicale ou encore à s'engager dans un processus de changement. L'instabilité résidentielle est donc une notion centrale qui permet de mieux comprendre la situation des personnes et ainsi de pouvoir travailler à améliorer et à favoriser leur santé et leur bien-être.

Être « instable » sur le plan du logement ne se limite pas au fait d'être sans domicile fixe. Cette notion évoque également un processus de fragilisation de la capacité, de la possibilité et de l'exercice du droit d'être chez soi, qui peut être lié à de nombreuses circonstances, et qui peut mener à l'itinérance. La capacité d'être chez soi renvoie à la possibilité d'être soi-même et d'être quelqu'un, dans un espace qu'on contrôle et qui est lié à ses besoins de protection et de stabilité. Elle renvoie également à la possibilité de s'inscrire dans une communauté favorisant la consolidation des liens personnels, familiaux et professionnels, et, finalement, d'exercer son autonomie et de s'approprier son pouvoir d'agir (MSSS, 2014a).

Comment intervenir auprès d'une personne qui vit de l'instabilité résidentielle et agir en amont pour éviter le basculement vers l'itinérance ? Comment prévenir l'éviction en aidant la personne à prendre en charge sa situation ? Que faire lorsqu'un tiers signale une situation où une personne risque de perdre son logement ?

## **J'AI UNE QUESTION...**

### **UNE PERSONNE EN SITUATION D'INSTABILITÉ RÉSIDEN­TIELLE OU D'ITINÉRANCE N'EST-ELLE PAS FACILEMENT RECONNAISSABLE ?**

Plusieurs études démontrent que l'instabilité résidentielle caractérise la trajectoire des personnes qui se retrouvent en situation d'itinérance. Malheureusement, un grand nombre de personnes vivant en situation d'instabilité résidentielle et d'itinérance passent inaperçues auprès des intervenants et des services.

La notion d'instabilité résidentielle appelle à une conception large de l'itinérance et du processus qui la sous-tend. Au-delà de ses formes plus visibles et plus reconnaissables – dormir dans des lieux publics ou semi-publics, fréquenter des ressources d'hébergement d'urgence ou des maisons d'hébergement –, il faut garder à l'esprit les formes plus cachées

de l'itinérance qui touchent les personnes vivant temporairement dans certains endroits parce qu'elles n'ont pas d'autres choix (chez de la famille, un ami ou une connaissance, dans des voitures, des lieux abandonnés, etc.). Ces formes d'itinérance cachée sont plus fréquentes chez les femmes, les personnes âgées, les jeunes et les Autochtones.

## QU'EST-CE QUI PEUT FAIRE BASCULER QUELQU'UN DANS UNE SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Plusieurs situations fragilisent la stabilité résidentielle. Les situations d'abus ou de violence dans le cadre conjugal ou familial, les pressions ou les exactions d'un propriétaire ou d'un proche, un sinistre, l'insalubrité des logements ou des loyers inaccessibles, une perte d'autonomie, l'isolement social, des problèmes de santé physique, les troubles mentaux, les troubles liés à l'utilisation d'une substance ou d'autres formes de dépendances<sup>1</sup>, les difficultés relationnelles, l'insuffisance de revenus ou un défaut de paiement, l'encombrement, un changement de propriétaire ou de vocation d'un immeuble, entre autres, constituent autant de situations qui fragilisent le maintien en logement.

La littérature souligne que chez les femmes, trois facteurs liés à l'arrivée à la rue sont trop souvent négligés : la violence conjugale et familiale, le confinement aux rôles féminins traditionnels et l'insuffisance de ressources. Ces facteurs peuvent à leur tour déclencher et alimenter divers problèmes : troubles mentaux, troubles liés à l'utilisation d'une substance et prise en charge institutionnelle. La conséquence peut être la difficulté à accéder à un logement, à le conserver ou encore à y habiter.

De plus, plusieurs personnes fragilisées vivent dans des logements ou autres types de résidences de mauvaise qualité faute de ressources et de meilleurs endroits où vivre : souvent, elles n'osent pas se plaindre et ne savent pas comment s'y prendre pour revendiquer leurs droits.

Dans le cas des adultes hébergés chez leurs parents en raison d'une déficience intellectuelle ou physique, d'un trouble mental ou d'un problème de santé par exemple, le fait que leurs

---

<sup>1</sup> L'expression « dépendance » englobe notamment le trouble lié à l'utilisation d'une substance, le trouble lié aux jeux de hasard et d'argent et l'utilisation problématique d'internet (cyberdépendance, dépendance à internet, trouble du jeu vidéo, usage problématique des jeux sur internet, trouble d'utilisation d'internet) (MSSS, 2018).

parents vieillissants doivent un jour quitter leur logement pour intégrer un autre type d'hébergement constitue un facteur de risque particulier, et ce, si aucun filet de sécurité n'est mis en place avant que les parents déménagent.



*La fin d'une période de prise en charge dans un établissement ou un organisme offrant l'hébergement (par ex. : centre de réadaptation en dépendance, centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, établissement de détention) constitue un moment charnière où des mesures doivent être prises pour éviter le basculement vers l'itinérance. Pour en savoir plus sur la façon de favoriser la stabilité résidentielle d'une personne lors d'un tel passage, consulter la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#).*



*Pour en savoir plus sur la façon de favoriser la stabilité résidentielle lorsque les personnes reçoivent des soins dans un centre hospitalier, consulter la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#).*



*Pour des informations plus générales sur la façon d'intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être afin de répondre à divers besoins liés à la stabilité résidentielle, consulter les fiches [Répondre aux besoins et orienter dans les services](#) et [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. REPÉRER LE RISQUE D'INSTABILITÉ RÉSIDENIELLE

Le repérage est une estimation sommaire, réalisée dans un cadre d'intervention brève (environ 5 minutes). Elle vise à identifier la présence ou non de facteurs de risque. Comme l'instabilité résidentielle peut toucher un profil varié de personnes, il est pertinent de réaliser le repérage auprès de toutes les personnes, quels que soient leurs motifs de consultation ou leurs besoins. Chaque contact avec la personne est une opportunité à saisir pour tisser un lien de confiance permettant non seulement de mieux repérer les situations d'instabilité résidentielle, mais aussi de lui faire sentir qu'elle est accueillie et écoutée. En étant proactif, il est possible de prévenir le basculement vers une situation d'itinérance.

- Prenez en compte la situation résidentielle des personnes pour agir efficacement et prévenir l'itinérance.
- Développez le réflexe de vous informer de la situation résidentielle des personnes, soyez attentif aux situations d'instabilité résidentielle.
- Utilisez l'[IRIS](#) (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque) (*voir le prochain encadré*).

L'[Outil de repérage IRIS](#) vise à soutenir le jugement de l'intervenant en l'aidant à repérer des signes d'instabilité résidentielle ou des risques d'en vivre, tout en lui permettant d'estimer les capacités de la personne à résoudre sa situation. Il sert également à établir s'il y a présence ou non d'un filet de sécurité autour de la personne. Enfin, il permet de déterminer si une exploration plus approfondie de la situation résidentielle gagne à être faite.

L'IRIS se présente sous la forme de six questions portant sur les dimensions suivantes :

- › L'historique résidentiel dans la dernière année
- › L'auto-estimation de la personne quant à son risque d'instabilité résidentielle pour la prochaine année
- › La stabilité financière/abordabilité du logement
- › Le réseau social
- › La situation résidentielle
- › La stabilité résidentielle.

*Dans le cas où un code orange ou rouge est obtenu*

- Identifiez la ou les dimensions correspondant aux questions dans l'IRIS qui sont à l'origine d'un tel résultat. Assurez-vous d'abord d'accompagner la personne dans la réponse aux besoins de base qui y sont liés (par ex. : identification d'un endroit sécuritaire où dormir ce soir, accès à de la nourriture ou à des articles de base).
- Si votre mandat ne vous permet pas d'accompagner la personne, assurez-vous de faire le lien avec les services existants dans votre organisation ou explorez les collaborations possibles avec d'autres acteurs. Dans tous les cas, clarifiez qui assurera le suivi et comment. Assurez-vous que la personne y consente.
- Veillez à ce qu'une exploration plus approfondie de la situation résidentielle et de la présence des facteurs de risque et de protection puisse être réalisée, par vous ou par le service le plus adéquat (*voir la section suivante [Explorer la situation résidentielle et la présence de certains facteurs de risque et de protection](#)*).
- Gardez en tête que la personne dont les besoins de base ne sont pas comblés sera souvent moins disposée à s'investir dans une démarche de changement.



**Astuce d'intervention !** Une [Formation en ligne](#) a été développée pour permettre une appropriation optimale de l'IRIS. Le [Guide d'accompagnement de l'IRIS](#) est également disponible en ligne.

## 2. EXPLORER LA SITUATION RÉSIDENIELLE ET LA PRÉSENCE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Le logement est un des déterminants importants de la santé et du mieux-être. C'est pourquoi lorsque les besoins psychosociaux d'une personne sont explorés, il est important qu'une attention soit accordée à la dimension résidentielle.

- Dans le cadre de toute cueillette d'information auprès d'une personne, intéressez-vous à sa situation résidentielle et intégrez-y des questions prenant en compte cette réalité.
- Lorsque vous jugez pertinent d'approfondir le portrait de la situation résidentielle d'une personne, utilisez l'[Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#) pour enrichir et compléter votre analyse.
  - › Conçu à des fins pratiques et se présentant sous la forme d'un guide d'entretien, cet outil permet d'explorer plus en profondeur la situation résidentielle de la personne.
  - › Il peut s'utiliser seul ou en continuité avec d'autres outils. Par exemple, il peut être utilisé à la suite de la passation de l'[IRIS](#) lorsqu'une analyse plus approfondie est jugée nécessaire. Dans l'usage courant, il peut s'utiliser en complément des grilles d'entretien déjà utilisées afin d'explorer d'autres besoins ou problèmes vécus par les personnes.
- Les différents outils développés par le CREMIS, tels que l'[IRIS](#) et l'[Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle](#), visent à soutenir le jugement professionnel de l'intervenant par une prise en compte de l'influence de chacun des facteurs pour obtenir une analyse plus fine du risque d'instabilité résidentielle.



**Astuce d'intervention !** Lorsqu'une exploration des besoins psychosociaux permet de repérer une situation de violence conjugale ou familiale, un trouble lié à l'utilisation d'une substance, un trouble lié aux jeux de hasard et d'argent ou une utilisation problématique d'internet (par ex. : cyberdépendance), on devrait aussi s'intéresser à la situation résidentielle de la personne puisque ces problématiques constituent des facteurs de risque très importants en ce qui a trait à l'instabilité résidentielle et au basculement vers l'itinérance.

### 3. PRENDRE EN CONSIDÉRATION UN SIGNALEMENT FAIT PAR UN TIERS

La situation résidentielle problématique d'une personne sera souvent signalée par un tiers inquiet (membre de la famille, ami, voisin, etc.). Cette demande d'aide adressée par un tiers pourra permettre d'amorcer une analyse de la situation résidentielle et une intervention afin d'éviter que la situation de la personne se dégrade. Dans le respect de son mandat, l'intervenant doit prendre au sérieux les demandes adressées par des tiers qui s'inquiètent du maintien en logement d'une personne de leur entourage.

*Lorsque l'inquiétude émane d'un tiers (voisin, ami, propriétaire, famille, etc.)*

- Prenez le temps d'explorer la situation avec le tiers.
  - › Tentez de cerner la demande exacte et d'éclaircir le contexte de la démarche entreprise par le tiers (par ex. : propriétaire qui souhaite l'éviction d'une personne pour des motifs nébuleux).
  - › Rappelez au tiers que si, à la suite d'une intervention de votre organisation, des services étaient offerts à la personne, la confidentialité des échanges entre cette personne et l'intervenant de votre organisation sera préservée, à moins que la personne autorise la divulgation des informations la concernant au tiers.
- Évaluez vos options en fonction de la situation, de votre mandat et de la mission de votre service ou organisation.

- › Communiquez avec la personne signalée pour voir si elle a besoin de soutien. Tentez de savoir si elle souhaite recevoir des services ou si elle connaît les services dont elle pourrait bénéficier. Vous pouvez lui mentionner qu'une personne de son entourage s'inquiète pour elle et a fait appel à vous.
  - › Si la personne accepte de parler de sa condition résidentielle, invitez-la à partager sa vision de la situation et à évaluer si, dans son contexte actuel, elle perçoit certains risques de perdre son logement ou d'être évincée de son lieu de résidence.
  - › Dans l'idéal, ne vous en tenez pas à un appel téléphonique. Bien que vous ayez pu la joindre et lui parler au téléphone, vous n'avez peut-être pas un portrait fidèle de la situation. La personne peut, par exemple, minimiser la gravité de la situation. De plus, certaines personnes n'ont pas le téléphone ou elles ne répondent pas aux appels. Il faut éviter que le signalement fait par un tiers n'ait pas de suite.
  - › Faites appel aux partenaires du milieu ou à d'autres services de votre établissement pour faire une visite à domicile (par ex. : équipe d'intervention mobile de crise, travailleurs de milieu).
- Si les observations qu'on vous rapporte vous portent à croire que la sécurité immédiate de la personne ou d'une autre personne est en jeu (par ex. : propos suicidaires ou homicidaires), orientez le tiers vers les services d'aide en situation de crise (Info-social 8-1-1), à moins que la situation ne présente un danger grave et immédiat et que la personne n'accepte pas de collaborer ; si tel est le cas, invitez-le à contacter le 9-1-1. En général, la personne qui constate la situation est la meilleure pour rapporter les faits. Mais si le tiers ne se sent pas en mesure de faire l'appel seul ou ne veut pas le faire et que le risque est présent, faites-le vous-même.
  - Si le tiers rapporte que la personne ne semble plus en mesure de prendre soin d'elle-même et qu'elle risque de perdre son lieu de résidence, offrez-lui directement des services ou de l'information s'il le souhaite ou orientez-le vers

des organisations à même de le soutenir et de l'informer (par ex. : démarches d'ouverture d'un régime de protection). Une intervention rapide est requise lorsqu'une personne n'est plus en mesure de prendre soin d'elle-même et qu'elle risque de perdre son logement.

### *Exemples d'aspects à explorer avec le tiers, selon la situation*

- Est-ce que la personnalité ou les comportements de la personne ont soudainement changé (par ex. agressivité, isolement, ne sort presque pas de son logement, garde ses rideaux fermés toute la journée) ?
- Est-ce que la personne paye ses comptes ? A-t-elle toujours un revenu ? A-t-elle fait ses impôts ? (À noter qu'il arrive fréquemment qu'une personne âgée ayant des troubles cognitifs non détectés soit privée de son supplément de revenu garanti parce qu'elle n'a pas fait ses impôts.)
- Ramasse-t-elle son courrier dans la boîte aux lettres ?



*Pour plus d'informations sur la façon d'intervenir lorsque la personne présente une vulnérabilité importante ou lorsqu'il y a présence de danger grave et immédiat en raison de son état mental, consulter la fiche [Protéger une personne lorsque son état ou la situation le requiert](#).*



**Astuce d'intervention !** Il est possible que certains intervenants soient craintifs à l'idée d'approcher une personne qui n'a pas demandé de services. Rappelez-vous que plusieurs personnes n'oseront jamais demander d'aide pour de multiples raisons. Entre autres, elles peuvent avoir eu des expériences antérieures difficiles lors de l'utilisation de différents services (discrimination, obstacles ou délais liés à l'accès, etc.). Elles peuvent aussi méconnaître les services offerts. Une personne acceptera parfois dans un premier temps de recevoir du soutien afin de répondre à un besoin tout autre que celui lié à sa situation résidentielle. Dans un tel cas, la création du lien pourra éventuellement déboucher sur une ouverture à échanger sur d'autres sujets.

## 4. EXPLORER LE DÉFAUT DE PAIEMENT

Le défaut de paiement est souvent à l'origine de l'éviction d'un logement ou autre lieu de résidence. Lorsque cet enjeu est identifié rapidement, il est possible d'éviter la dégradation de la situation résidentielle d'une personne en favorisant un dialogue avec son propriétaire afin de trouver un compromis et, si possible, d'établir une nouvelle entente.

*Travailler sur l'enjeu du logement suppose, comme intervenant, d'être bien informé des droits et des obligations des locataires et des propriétaires/concierges*

- Lorsque possible, soutenez l'élaboration d'une entente de paiement entre le locataire et le propriétaire en favorisant un dialogue entre les parties. Demandez à la personne comment elle compte approcher son propriétaire. Si elle le souhaite, établissez un plan qu'elle pourra lui présenter pour remédier à la situation.
- Si la personne habite dans une coopérative d'habitation, renseignez-vous sur l'existence d'un fonds de droit au logement (auquel contribue annuellement chacun des membres et utilisé pour aider un résidant à payer son loyer pour une période déterminée) et accompagnez la personne dans ses démarches d'accès.
- Explorez si le défaut de paiement n'est pas la manifestation d'un malaise ou d'une insatisfaction du locataire au sujet de la qualité du lieu de résidence et de son environnement. Déterminez avec la personne les actions qu'elle peut effectuer pour modifier cette situation. Aidez-la, le cas échéant, à prendre conscience de son pouvoir d'agir.
- Dans le cas où une personne est en défaut de paiement à cause de problèmes de dépendance, explorez avec elle comment elle peut assurer le paiement de son logement, et ce, même si elle n'est pas prête à entreprendre des démarches pour stabiliser sa situation (par ex. : cesser de consommer).
- Proposez une fiducie volontaire si ce service est disponible dans votre région. Celle-ci permet au locataire de recourir à un organisme communautaire pour l'aider à gérer son budget. Dans ce cas, le locataire accepte que tout ou une partie

de son chèque soit remis à un tiers, le fiduciaire, afin d'assurer le paiement du loyer. Le solde est remis au locataire pour assumer ses besoins personnels.

- Explorez avec la personne si des membres de son entourage peuvent l'aider à régulariser sa situation ou à organiser son budget de manière à éviter d'éventuels défauts de paiement.

## 5. INTERVENIR SUR LES PROBLÈMES DE COHABITATION

S'il faut parfois accompagner les personnes en situation de vulnérabilité dans la défense de leurs droits, le plus souvent le travail de l'intervenant consiste à favoriser des échanges, à agir en tant que médiateur en cas de conflit et à outiller la personne dans ses relations avec autrui, ainsi qu'à soutenir le développement ou la consolidation d'un environnement favorable autour d'elle. Plusieurs comportements peuvent perturber les rapports de la personne avec son voisinage : le bruit, le non-respect des règles, l'hygiène déficiente, l'entretien insuffisant du lieu de résidence, etc.

- Reconnaissez les propriétaires et les concierges comme des partenaires dans l'intervention.
- Lorsque la situation le requiert, menez un travail de médiation qui tient compte du portrait d'ensemble d'une situation et intégrant les divers acteurs autour de la personne. Ce travail vise à établir un environnement favorable prenant en considération les besoins ainsi que les droits et les intérêts légitimes de toutes les personnes impliquées dans la situation.
- Travaillez avec les propriétaires, les concierges et les voisins pour faire du « modelage », c'est-à-dire pour leur offrir l'occasion de développer, au contact des intervenants, des moyens pour entrer en relation avec des personnes ayant des troubles mentaux, un parcours d'itinérance ou une dépendance (par ex. : un trouble lié à l'usage d'une substance, un trouble lié aux jeux de hasard et d'argent ou une cyberdépendance).

- Reconnaissez la détresse et le désarroi du propriétaire et du voisinage. Cela permettra de favoriser un dialogue, de les sécuriser en vue d'obtenir leur collaboration.
- Sensibilisez la personne à ce qui peut constituer un risque pour la santé et la sécurité (insalubrité, incendie).
- Dans le cas d'une personne fragilisée, proposez-lui de mettre en place, de concert avec elle, un plan de sécurité afin qu'elle ne perde pas son lieu de résidence. Il s'agit alors d'agir comme médiateur pour éviter l'escalade des tensions, des incompréhensions, des discriminations et des abus. Voici quelques pistes pour aborder cette conversation avec la personne :
  - › « Que pourriez-vous faire de différent pour éviter que le voisin se mette en colère lorsque vous choisissez de consommer de l'alcool avec vos amis dans le couloir ? »
  - › « Que pourriez-vous dire au concierge de la maison de chambres s'il se présente à votre porte et veut entrer, car il dit qu'il y a des punaises de lit qui ont été détectées dans l'immeuble ? »



**Astuce d'intervention !** Lorsqu'il y a des tensions importantes avec les voisins ou avec le propriétaire, il est parfois souhaitable de donner un répit à l'entourage comme à la personne. Un séjour temporaire de celle-ci dans sa famille ou chez des amis ou encore un hébergement temporaire en centre de crise peut permettre de faire diminuer les tensions, puis de travailler à aménager un espace de cohabitation plus harmonieux.

## 6. SOUTENIR LA PERSONNE À RISQUE D'ÉVICTION

De nombreux épisodes d'itinérance débutent avec une éviction de logement. Les nouveaux arrivants, les personnes des Premières Nations et les Inuit, les femmes et les familles sont particulièrement touchés. Les approches favorisant la prévention de l'éviction sont souhaitables ; il ne faut toutefois pas maintenir des personnes dans des conditions où la salubrité et la sécurité ne sont pas au rendez-vous.

- Demandez l'autorisation à la personne de contacter son propriétaire si, malgré les moyens mis en place, elle paraît être toujours à risque d'éviction.
- Demeurez en contact avec le propriétaire. Il est parfois le seul à connaître cette personne en difficulté, dont la situation se dégrade ou qui inquiète le voisinage.
- Votre présence peut être rassurante pour celui-ci.
- Proposez à la personne de l'accompagner chez elle pour mieux comprendre ce qui se passe et évaluer la situation et l'état des lieux.
- Dans le cas où le propriétaire demande à la personne de partir, informez-vous auprès du propriétaire des raisons de cette éviction. Quels sont les éléments déclencheurs ? Allez à la source. Cela pourrait notamment donner lieu à une évaluation des capacités cognitives de la personne si cela n'a jamais été fait ou s'il y a des raisons de croire qu'une nouvelle évaluation serait pertinente.
- Intéressez-vous au réseau social de la personne, si elle en a un. La famille et les amis, s'ils sont présents, peuvent jouer un rôle important dans le rétablissement de la personne. De plus, ils seront encore présents lorsque les intervenants, eux, n'y seront plus.
- Orientez, s'il y a lieu, et si possible accompagnez la personne vers les associations de locataires et les comités de logement de votre région qui pourront l'aider dans la défense de ses droits (par ex. : des ressources de justice alternative).
- Déterminez la pertinence d'établir des collaborations avec le service du territoire ou de la ville responsable de la gestion d'immeubles à logements où plusieurs personnes en situation de vulnérabilité résident pour les cas où une intervention serait nécessaire afin de soutenir une personne à risque d'éviction (par ex. : référence personnalisée, corridor de services pour soutien psychosocial, etc.).



**Astuce d'intervention !** Dans les cas d'éviction, se renseigner auprès du territoire, de la ville ou de l'arrondissement concerné afin de savoir si une procédure est prévue

relativement à la disposition des biens recueillis sur la voie publique lors de saisies ou de procédures d'éviction de débiteurs. Différentes modalités à faible coût ou même à coût nul sont parfois prévues pour entreposer temporairement les biens de personnes dans cette situation.



La section [Pour en savoir plus](#) ci-dessous présente quelques initiatives réalisées auprès de personnes à risque d'éviction et qui impliquent, notamment, un travail de médiation entre locataire et propriétaire.

### *Les situations d'encombrement – quelques informations*

- Notez que ce type de situations exceptionnelles et complexes demande une intervention spécialisée et la mobilisation de différents acteurs. N'hésitez pas à demander du soutien.
- Les situations d'encombrement peuvent créer de multiples tensions avec le voisinage et les propriétaires. Pour les personnes concernées, il s'agit d'un problème qui peut prendre plusieurs formes :
  1. Trouble d'accumulation compulsif (TAC) : les lieux sont encombrés par des journaux, des dépliants publicitaires, des objets divers, etc. Il y a croyance que les objets ainsi accumulés seront réutilisés. La personne est consciente de son problème, mais elle a de la difficulté à se contrôler.
  2. Syndrome de Diogène : une négligence extrême de l'hygiène corporelle et domestique. La personne n'est pas encline à demander de l'aide et refuse, la plupart du temps, les offres de services. La personne s'assure d'aller payer son loyer pour éviter de recevoir la visite du propriétaire et, ainsi, d'attirer son attention sur l'insalubrité des lieux. Dans ces situations, l'isolement est un problème important et récurrent. Des traumatismes dans l'enfance, des troubles cognitifs, une démence ou un trouble de la personnalité sont souvent décelés chez les personnes atteintes de ce syndrome.



La section [Pour en savoir plus](#) ci-dessous propose des liens vers des guides d'intervention en cas d'encombrement ou d'insalubrité.

## 7. PRENDRE DES MESURES PAR RAPPORT AUX SITUATIONS DE NON-RECOURS À LEURS DROITS PAR LES PERSONNES OU DE NON-RESPECT DE LEURS DROITS

La fragilisation de la situation résidentielle est parfois causée par un comportement inapproprié, voire illégal, d'autrui, par exemple de la violence conjugale, du racisme ou une autre forme de discrimination de la part du propriétaire ou d'un voisin. Or, les personnes à risque de se retrouver en situation d'itinérance ont les mêmes droits que la population générale. Ainsi, il faut parfois les accompagner pour qu'elles puissent exercer et défendre leurs droits.

- Dirigez et accompagnez si possible la personne vers les groupes de défense de droits présents sur votre territoire.
- Dans une perspective de reconnaissance des forces, favorisez une implication directe de la personne dans les démarches de défense des droits.
- Pour les victimes de violence conjugale, mettez la personne en lien avec un organisme d'hébergement ou de soutien pour les personnes victimes de violence conjugale.
  - › À noter qu'il est possible de rompre le bail en cas de violence conjugale. La victime est ainsi libérée des obligations financières de son ancien logement et il sera plus facile pour elle de se trouver un nouveau logis. Pour plus d'informations, consultez le site de [Justice Québec](#). Vous pouvez aussi consulter le site web du [Tribunal administratif du logement](#).
  - › Pour les personnes immigrantes parrainées par un conjoint ou une conjointe et qui sont victimes de violence conjugale, il faut savoir qu'il est possible de ne pas perdre son statut d'immigration si on quitte son conjoint. Pour plus d'informations, consultez la page web [Aide aux époux](#)

[ou conjoints qui sont victimes de maltraitance](#) sur le site du Gouvernement du Canada.



**Astuce d'intervention !** Les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité au Québec sont protégées contre la maltraitance en vertu de la [Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité](#). Cette loi oblige les établissements du Réseau de la Santé et des Services sociaux à adopter et à mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance favorisant le signalement et prévoyant un processus d'intervention en cas de maltraitance contre ces personnes.



*Pour plus d'informations sur les besoins des personnes des Premières Nations et les Inuit en termes de respect des droits et sur les démarches à privilégier, consulter la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#).*



*Pour d'autres pistes sur la façon de favoriser la stabilité résidentielle, surtout à partir d'un épisode d'itinérance, consulter la fiche [Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle](#).*

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS PERTINENTS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION D'INSTABILITÉ RÉSIDENIELLE OU À RISQUE D'ÉVICTION

*Récits de pratiques – Dossier web Savoirs d'intervention en itinérance CREMIS ([cremis.ca/savoirs-itinerance](http://cremis.ca/savoirs-itinerance))*

- [Médiation entre locataires et propriétaires](#)

*Rapport-synthèse décrivant une approche d'accompagnement pour des locataires exposés à des risques importants d'expulsion*

- [Prévenir l'instabilité résidentielle en logement social à Québec. Comprendre et accompagner les déterminants de stabilité résidentielle auprès des locataires marginalisés \(Programme Clés en main, Capitale-Nationale, 2017\)](#)

*Guides d'intervention pour accompagner des personnes vivant dans des conditions d'insalubrité et d'encombrement*

- [Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité – Volet « encombrement/accumulation d'objets » \(S. Freeman, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, 2011\)](#)
- [Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions – Guide d'intervention à l'usage des intervenants œuvrant auprès des personnes aux prises avec un syndrome d'encombrement ou d'insalubrité morbide \(Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2013\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Acacia Consulting & Research. (2006). *Policy discussion paper on eviction and homelessness: Stakeholder perspectives on a role for Human Resources & Social Development Canada*. Préparé pour Housing & Homelessness Branch, Human Resources & Social Development Canada. <https://www.homelesshub.ca/resource/cycles-homelessness-understanding-eviction-prevention-and-its-relationship-homelessness>
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2013). *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions – Guide d'intervention à l'usage des intervenants œuvrant auprès des personnes aux prises avec un syndrome d'encombrement ou d'insalubrité morbide*. [https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide\\_intervention\\_final\\_sime\\_1\\_mai\\_2013.pdf](https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide_intervention_final_sime_1_mai_2013.pdf)
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (2012). *Violence familiale et itinérance – Analyse documentaire*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale/ressources-prevention/violence-familiale/itinérance-analyse-documentaire.html>
- Cullen, S., Byrne, S., et Hayes, P. (2007). *Good practice guide—Homelessness: Early intervention and prevention*. Shelter. <https://www.bl.uk/collection-items/good-practice-guide-homelessness-early-intervention-and-prevention>
- Dorvil, H., et Morin, P. (2001). Présentation : multiples enjeux et perspectives diverses (Numéro spécial : Le logement social et l'hébergement). *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 20-27. <https://doi.org/10.7202/009071ar>
- Freeman, S. (2011). *Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité – Volet « encombrement/accumulation d'objets »*. Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2066090>
- Gélineau, L., Loudahi, M., Bourgeois, F., Brisseau, N., Potin, R., et Zoundi, L. (2006). Le droit à sa place. *Recherches féministes*, 19(2), 125-141. <https://doi.org/10.7202/014845ar>
- Grenier, É. (2012). *C'est la vie de qui après tout ? Programme visant le développement de l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une déficience intellectuelle [rapport d'analyse d'intervention présenté à la Faculté des arts et sciences en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences [M. Sc.] en psychoéducation]*. Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9912>
- Laberge, D., et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 115-131. <https://doi.org/10.7202/008314ar>

- Levitt, R. (2015). *Summary report—Assessment tools for allocating homelessness assistance: State of the evidence*. U.S. Department of Housing and Urban Development. [https://www.huduser.gov/publications/pdf/assessment\\_tools\\_Convening\\_Report2015.pdf](https://www.huduser.gov/publications/pdf/assessment_tools_Convening_Report2015.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014a). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l’itinérance*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014b). *Plan d’action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l’itinérance*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d’action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d’argent et à l’utilisation d’Internet*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
- Morin, P., Ghosn, A.-M., et Dorvil, H. (2003). Sévices sexuels et physiques envers les femmes présentant des troubles graves de santé mentale : une recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 233-250. <https://doi.org/10.7202/008626ar>
- Râche, M., Hébert, R., et Dubois, M.-F. (2016). *Guide d’utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d’autonomie modérée à grave*. Centre d’expertise en santé de Sherbrooke (CESS). [https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2016/05/Guide\\_utilisation\\_PRISMA-7\\_CESS\\_v26oct2016.pdf](https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2016/05/Guide_utilisation_PRISMA-7_CESS_v26oct2016.pdf)
- Shinn, M. B., Rog, D. R., et Culhane, D. P. (2005). *Family homelessness: Background research findings and policy options*. The US Interagency Council on Homelessness. [http://repository.upenn.edu/spp\\_papers/83](http://repository.upenn.edu/spp_papers/83)
- Sylvestre, J., Trainor, J., Hopkins, M., Anucha, U., Ilves, P., et Ramsundar, N. (2001). À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 59-74. <https://doi.org/10.7202/009074ar>
- Tremblay, J., Rouillard, P., et Sirois, M. (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d’aide – Alcool/Drogues (DÉBA - A/D)*. Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=4242&owa\\_no\\_fiche=50&owa\\_bottin=](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=50&owa_bottin=)
- Tutty, L. M., Bradshaw, C., Hewson, J., MacLaurin, B., Waegemakers Schiff, J., Worthington, C., Kean, S., McLeod, H., et Bell, M. (2012). *On the brink? A pilot study of the Homelessness Assets and Risk Tool (HART) to identify those at risk of becoming homeless*. Calgary Homeless Foundation. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/HART%20Pilot%20Report%20Final%202012.pdf>



## Fiche Vers la stabilité résidentielle

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ACCOMPAGNER LA PERSONNE VERS LA STABILITÉ RÉSIDENTIELLE

280

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

La vie en situation d'itinérance n'est pas une fatalité. Plusieurs personnes dans cette situation réussissent à s'en sortir en retrouvant un mieux-être et une stabilité dans les différentes sphères de leur vie. Dans ces trajectoires de sortie, le logement est un levier important. En effet, le fait d'avoir un lieu de vie privé et de se sentir « chez soi », à l'abri, dans un espace stable, salubre et sécuritaire, permet de se reconstruire une identité dans un quartier et une communauté à partir de nouvelles assises. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les difficultés ont disparu, mais le logement offre certaines conditions de base pour s'en sortir, pour se relier à une communauté et à des personnes significatives, et ainsi amorcer une réinsertion sociale. Cette transition de la situation d'itinérance ou de précarité résidentielle (par ex.,

### COMMENT SOUTENIR LA SORTIE DE L'ITINÉRANCE ?

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

celle de femmes, avec ou sans enfants, vivant de la violence conjugale) vers un logement stable, salubre et sécuritaire ne se fait pas sans embûches ni défis à relever.

Paradoxalement, une situation d'itinérance peut procurer des bienfaits pour certaines personnes, par exemple la reconnaissance par un réseau social formel ou informel et l'accès à certaines ressources. Passer de l'instabilité résidentielle à un logement ne va pas toujours de soi. Les gains sur le plan de la sécurité et de la stabilité se font parfois au détriment d'une certaine vie sociale, s'accompagnant alors d'un accroissement de la solitude et de l'isolement. De plus, le fait de devoir assumer diverses responsabilités et tâches supplémentaires peut faire peur. Pour certaines personnes, le fait de se retrouver en logement constitue un choc, une perte de repères. C'est souvent parce que des gens autour d'elles y croient qu'elles se permettront d'y croire elles aussi, un peu par effet d'entraînement. C'est un véritable travail de reconstruction de soi et une réaffiliation sociale qui doivent alors s'amorcer<sup>1</sup>.

Les conditions d'accessibilité et la disponibilité des logements sont des enjeux centraux pour favoriser la sortie de l'itinérance. L'accompagnement des personnes en fonction de leurs projets de vie et dans le respect de leur rythme et de leur identité est tout aussi important.



**Attention !** Certaines sections de cette fiche s'adressent plus spécifiquement à ceux qui ont pour mandat d'accompagner des personnes aux profils variés dans leur projet de stabilisation résidentielle, par exemple les personnes récemment logées à la suite d'une expérience d'itinérance. Toutefois, cette fiche s'adresse également aux intervenants qui, dans le cadre de leurs fonctions, sont appelés à explorer la situation résidentielle d'une personne ou à entreprendre un suivi à court terme lorsque des indices d'instabilité résidentielle ont été décelés. L'information qu'elle contient pourra les aider à accompagner la personne vers la stabilité résidentielle et à faciliter une éventuelle transition vers un autre service, programme ou organisation, au besoin.

---

<sup>1</sup> Selon la Politique nationale de lutte à l'itinérance (MSSS, 2014) : « 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. »

Comment soutenir la sortie de l'itinérance ? Quels sont les leviers à utiliser pour accompagner la personne vers une stabilité résidentielle et lui permettre de reprendre sa place dans sa communauté ?

## **J'AI UNE QUESTION...**

### **LA MOTIVATION DE LA PERSONNE À SE CHERCHER UN LOGEMENT N'EST-ELLE PAS AU CŒUR DU SUCCÈS D'UNE DÉMARCHE DE STABILITÉ RÉSIDENIELLE ?**

Bien que souhaitable, la motivation de la personne ne suffit pas pour enclencher les démarches de recherche d'un logement. Plusieurs personnes en situation d'itinérance ont besoin d'un accompagnement pour trouver et conserver un logement. La recherche de logement est complexe et exigeante : le coût trop élevé des loyers, les demandes de références, l'enquête de crédit, la discrimination (par ex. : liée à l'apparence, à l'appartenance culturelle ou à d'autres aspects de l'identité) sont autant d'embûches que la personne pourrait avoir à affronter dans cette démarche. Lorsque les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances sont présents, les difficultés sont encore plus grandes.

Pour certains, le passage à l'itinérance sera une période à oublier, tandis que pour d'autres, il s'agira d'une expérience vécue plus positivement parce qu'ayant contribué à forger leur identité. Pour plusieurs, se retrouver en logement constituera un choc important, ils auront l'impression d'être enfermés entre quatre murs ou encore le sentiment de ne pas savoir comment gérer cette nouvelle stabilité.

Certaines personnes auront peur de ne pas être à la hauteur ou de perdre à nouveau ce qu'elles viennent tout juste de retrouver, ce qui pourra freiner leur mise en action. Cette transition peut aussi faire ressurgir des souvenirs négatifs liés à des expériences antérieures en logement. Il faudra du temps avant qu'elles s'adaptent à leur nouveau mode de vie, qu'elles s'y sentent en sécurité, et qu'elles s'y installent réellement.

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. S'INTÉRESSER AU SENS DU « CHEZ-SOI »

Pour accompagner une personne vers la stabilité résidentielle, l'intervenant doit s'intéresser au sens que celle-ci accorde au fait de vivre en logement. Cela nécessite de l'ouverture et un non-jugement quant à la vision ou aux modes de vie envisagés par la personne qui peuvent contraster avec les attentes habituelles que l'on peut avoir à l'égard d'un locataire.

- Intéressez-vous au sens que la personne donne au fait de vivre en appartement. Comment l'appartement est-il anticipé symboliquement et concrètement : comme un espace sécuritaire ? Un lieu de vie ? Un lieu de passage ? Un abri ? A-t-elle des craintes, des peurs ? Comment peut-on la rassurer ?
- Quels liens la personne fait-elle entre la vie en appartement et son identité (par ex. : fierté, droit d'exister, une « première fois », renoncement à la liberté, enfermement, autonomie, base de socialisation) ? Quel sens accorde-t-elle aux responsabilités qui y sont liées ?
- Explorez le projet de vie de la personne en lien avec la vie en appartement : intéressez-vous à ses objectifs, aux moyens qu'elle envisage de prendre pour les atteindre, aux ressources dont elle dispose déjà pour y arriver.



**Astuce d'intervention !** Si une personne en situation d'itinérance exprime le désir de ne pas vivre en appartement, l'accompagnement doit se faire tout de même en gardant en tête l'enjeu du logement. Il est fréquent que la vision des personnes change à mesure que le projet se précise et que les peurs qui y sont associées s'atténuent. Cette exploration du sens du « chez-soi » demeure très pertinente.

## 2. SOUTENIR L'ACCÈS AU LOGEMENT ET L'INSTALLATION EN LOGEMENT

Entre l'accès à un logement et l'appropriation d'un « lieu à soi », il y a de nombreux pas à franchir. Dans l'accompagnement, il faut cheminer entre espoir et réalisme : accompagner à la fois l'enchantement d'avoir un toit et le désenchantement devant les difficultés qui y sont associées.

Pour mieux cerner le type de soutien dont la personne pourrait bénéficier en logement, dans certaines situations, il peut être bon de procéder à une analyse de ses capacités (fonctionnelles, par exemple), en collaboration avec des professionnels habilités à le faire. Selon la situation, cela peut se faire avant (par ex. : si la personne est à l'hôpital et prépare sa sortie) ou rapidement après l'entrée en logement, puis de manière continue. À noter qu'une telle analyse ne devrait pas être une condition d'accès à un logement. Son objectif devrait plutôt être d'informer l'intervenant sur le type de soutien qui pourrait être bénéfique à la personne pour faciliter son installation et sa stabilité résidentielle à long terme. Les écrits scientifiques rapportent que l'expérience d'une personne qui accède à un logement après une période d'itinérance peut être négative s'il y a un déséquilibre entre sa capacité fonctionnelle et les soutiens disponibles.

 **Attention !** Le travail d'intervention dans des approches de stabilisation résidentielle nous apprend qu'il est fort difficile de distinguer a priori ceux qui réussiront à s'adapter à la vie en logement de ceux qui n'y parviendront pas. D'une certaine façon, il faut y croire de manière inconditionnelle, y consacrer du temps, ne pas abandonner lorsque les résultats se font attendre. Il ne faut pas avoir peur d'aborder le sujet du logement à nouveau avec la personne pour sonder son désir d'entamer des démarches de stabilisation résidentielle, même si le sujet a déjà été abordé lors du suivi en cours ou avec un autre intervenant par le passé. Parfois, c'est après plusieurs années de travail que le passage en logement se concrétisera.

### 2.1 MOBILISER LES ACTEURS ET UTILISER LES LEVIERS SUSCEPTIBLES DE FAVORISER L'ACCÈS AU LOGEMENT ET LA SORTIE DE L'ITINÉRANCE

Différentes stratégies facilitent l'accès au logement des personnes en situation d'itinérance. Plusieurs organisations tant du réseau public que du milieu communautaire peuvent être des ressources à mobiliser pour accompagner ces personnes dans un cheminement vers une

stabilité résidentielle. Certains programmes de soutien en logement peuvent aussi être utiles pour accroître leurs ressources financières.

- Accompagnez, si possible, la personne vers un programme-services ou un partenaire du réseau (par ex. : organisme communautaire) qui pourra la soutenir dans la recherche d'un logement et son installation.
- Assurez-vous d'avoir son autorisation pour communiquer des informations à une autre organisation, selon les procédures en vigueur dans votre établissement.
- Si vous offrez vous-même un soutien à la personne pour la recherche d'un logement et l'installation, assurez-vous d'avoir sous la main une liste à jour des différentes ressources permettant de favoriser l'accès au logement dans votre région. Ces ressources incluent des programmes de Stabilité résidentielle avec accompagnement (SRA) spécifiques pour les personnes en situation d'itinérance, des programmes de logements sociaux, des modalités de soutien financier pour le logement ou des ressources d'hébergement ou de logement accessibles via le réseau de la santé et des services sociaux. Il existe des organismes spécifiques pour les Premières Nations (par ex. : [Waskahegen](#)). D'autres ressources sont aussi utiles pour soutenir l'accès et l'installation en logement.
- Prenez le temps de présenter ces différentes options et ressources à la personne et de l'amener à réfléchir à ce qui lui conviendrait le mieux en fonction de sa situation et de ses préférences. Par exemple, explorez la possibilité que la personne puisse bénéficier d'un soutien dans le cadre d'un programme de Stabilité résidentielle avec accompagnement. Il est important pour la personne d'exercer un contrôle sur le choix de son logement et des ressources d'aide. Cela renforce l'appartenance au logement qui facilite la transition.
- Pour le logement social :
  - › Développez un partenariat avec la personne responsable de l'Office d'habitation de votre région et informez-vous sur le bassin de logements, leurs conditions d'accès et l'état de la liste d'attente.

- › Le cas échéant, aidez la personne à remplir les formulaires d'accès, à vérifier son éligibilité et accompagnez-la lors d'une rencontre.
- Pour le logement privé :
  - › Repérez les propriétaires de logements privés ouverts et accueillants à l'égard de personnes aux trajectoires atypiques et établissez avec eux des ententes en lien avec les besoins de la personne accompagnée (par ex. : accord voulant que les personnes n'aient pas besoin de références pour être acceptées à titre de locataires, en échange de quoi l'équipe de proximité offrira une garantie de suivi régulier auprès des personnes). Au besoin et le cas échéant, renseignez-vous sur les pratiques à privilégier auprès de votre équipe ou auprès des partenaires.
  - › Utilisez le site de la [Tribunal administratif du logement](#) et d'[Éducaloi](#) pour mieux informer la personne de ses droits et de ses obligations à titre de locataire.
- Favorisez l'exploration de formes de soutien financier en logement pour les personnes ayant peu de revenus (par ex. : le programme [Supplément au loyer](#) et le programme [Allocation-logement](#)). Il existe notamment des programmes de soutien financier spécifiquement pour les personnes en situation d'itinérance ou avec des troubles mentaux.
- Vérifiez si un [comité logement](#) est actif dans votre secteur. Ces organismes peuvent soutenir les personnes dans l'exercice de leurs droits, offrir de l'information sur le logement social, etc.
- Consultez l'offre de service en santé mentale dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, car un soutien au logement y est prévu pour les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères (stabilisés ou non), par exemple des services de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable.
- N'hésitez pas à faire une demande d'évaluation à l'équipe du soutien à domicile de l'établissement de santé et de services sociaux du territoire, pour les personnes

en situation d'itinérance présentant ou chez qui on soupçonne, par exemple, un trouble cognitif, une déficience, une perte d'autonomie, une incapacité physique ou un besoin de convalescence.

- Que la personne ait reçu ou non un diagnostic relativement à des problèmes de santé mentale ou physique, il peut être pertinent dans certains cas de réaliser une analyse plus poussée de ses besoins de soutien en logement, si on soupçonne que des difficultés fonctionnelles peuvent nuire à son mieux-être ou à sa sécurité en logement. L'objectif d'une telle évaluation devrait être de mieux comprendre les besoins de soutien en logement et les services à offrir, et non de restreindre l'accès au logement. Selon le profil et la situation de la personne, différentes équipes du réseau pourraient être mobilisées.



**Astuce d'intervention !** Certains organismes, comme les [associations coopératives d'économie sociale \(ACEF\)](#), offrent un service de consultation budgétaire personnalisé, gratuit et confidentiel. Le personnel peut, par exemple, accompagner la personne pour faire valoir ses droits, la soutenir dans la gestion de son budget et dans la régularisation d'une situation financière difficile, etc. Informer la personne de la présence d'un tel organisme sur son territoire, voire lui proposer de l'y accompagner afin de connaître la nature du soutien qu'il pourrait lui offrir, est une piste d'intervention à explorer.



*Il peut être utile de proposer certaines démarches administratives aux personnes pour faciliter l'accès au logement et la stabilité résidentielle (par ex. : remplir une demande d'accès à l'aide financière de dernier recours ; renouveler sa carte assurance maladie ou son certificat de naissance). Il existe à cet égard des programmes et procédures s'adressant spécifiquement aux personnes en situation ou à risque d'itinérance. Pour en savoir plus, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*



**Astuce d'intervention !** Il est possible pour certaines personnes de recevoir une prestation de base plus élevée dans le cadre des programmes d'aide financière de dernier recours. Pour ce faire, elles doivent déposer, dans un Centre local d'emploi ou un bureau de [Services Québec](#), un rapport médical attestant l'incapacité de travailler. Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) pourrait alors

reconnaitre une contrainte temporaire à l'emploi ou une contrainte sévère à l'emploi. Pour toute question concernant les services publics d'emploi et l'aide financière de dernier recours, il est possible de communiquer avec le [Centre de communication avec la clientèle \(CCC\)](#) du MTESS.

## 2.2 EXPLORER L'ÉTAT ÉMOTIF, LES EXPÉRIENCES PASSÉES ET LES DÉSIRES DE LA PERSONNE AVANT SON INSTALLATION EN LOGEMENT

Pour plusieurs personnes ayant vécu une situation d'itinérance, le passage vers le logement sera parsemé de difficultés : solitude, nouvelles contraintes, sentiment d'incompétence, perte de repères. Il est important d'explorer avec la personne la signification qu'elle donne à cette transition et de voir comment sa vie pourra s'en trouver transformée. Explorer avec la personne ses expériences en logement et son expérience de l'itinérance permet d'offrir un accompagnement plus adapté. L'intervention pourra alors être planifiée et élaborée en fonction de ses besoins de soutien spécifiques, de son rythme et de son projet de vie.

- Discutez avec la personne de ce qu'elle éprouve à l'idée de son éventuelle installation en logement et de ses expériences antérieures, positives comme négatives, qui peuvent nourrir certaines émotions quant à ce qui l'attend, par exemple :
  - › Euphorie/sensation de bien-être/excitation
  - › Soulagement
  - › Ambivalence : « Je suis content, mais je ne mérite pas ça. »
  - › Anxiété/appréhension quant aux difficultés/doutes sur sa capacité de s'adapter
  - › Crainte de ne pouvoir respecter ses obligations et assumer ses responsabilités
  - › Culpabilité/désir/sentiment de devoir aider ses amis en situation d'itinérance

- › Peur de la solitude
- › Apparence de déconnexion de ses émotions, de ses besoins, de ses envies.
- Explorez les caractéristiques de l'environnement souhaité par la personne (nombre de pièces dans son logement, quartier où elle souhaite résider, services inclus, etc.).
- Mettez la sécurité à l'avant-plan. Plusieurs personnes qui sortent de la rue mentionnent le besoin de se sentir en sécurité dans leur logement. À la rue, ce sentiment fait grandement défaut.



**Attention !** Chez certaines personnes, les symptômes d'un trouble mental peuvent être vécus plus intensément lors de l'installation en logement, ce qui pourra provoquer une profonde insécurité, voire être une source de décompensation. Si une réaction de cette nature est anticipée, il est important d'en discuter avec la personne et de chercher avec elle de quels moyens elle dispose pour s'apaiser si de telles réactions se produisent. À noter, le moment est peut-être propice pour aborder l'idée d'un soutien particulier relatif à la santé mentale, puisque la personne devient parfois plus disponible pour recevoir de l'aide après avoir stabilisé sa situation résidentielle.

### 2.3 SOUTENIR LA PERSONNE LORS DE LA PÉRIODE D'INSTALLATION EN LOGEMENT

Plusieurs défis sont liés à la préparation de l'installation en logement et à l'emménagement en tant que tel. À cette période, l'accompagnement doit favoriser l'adaptation à un nouveau milieu de vie : visite du quartier, repérage des commerces de proximité et des ressources où l'on pourra se procurer certains services, faire l'acquisition des biens matériels de base (meubles, vaisselle, vêtements à bas prix). Certaines démarches administratives pour récupérer des documents de diverses natures pourront être également nécessaires (par ex. : pièces d'identité). Parallèlement, un accompagnement doit être offert à la personne afin de la soutenir dans l'acquisition d'une routine associée à la gestion de sa nouvelle stabilité résidentielle.

- Trouvez un équilibre entre les diverses démarches d'installation en logement (qui peuvent être harassantes pour la personne) et son projet de vie (loisirs, socialisation, répit, moments pour faire des démarches concrètes, etc.). Évitez, notamment, que la personne soit surchargée par les démarches, ce qui pourrait faire en sorte qu'elle ait envie de tout laisser tomber.
- Préparez simultanément la sortie de rue et l'entrée en logement en favorisant, notamment, l'établissement d'une nouvelle routine en logement. Pour ce faire, il est possible de s'appuyer sur des acquis antérieurs, dont ceux développés lors de la période à la rue, par exemple sur la fréquentation de lieux ou de personnes qui ont eu un impact positif et qui demeurent accessibles après la transition en logement (par ex. : travailleur de rue, bibliothèque publique, etc.).
- Discutez avec la personne de ce que représente concrètement la vie en logement. Parfois, cela permettra de constater que la personne est très au fait de ce qu'elle doit mettre en œuvre pour que le quotidien se déroule bien. Dans d'autres cas, il sera nécessaire de la sensibiliser à différents aspects de la vie en logement, selon le type de logement qu'elle a choisi (par ex. : loyer et factures à payer, cohabitation avec les voisins, relations avec le propriétaire, participation aux tâches collectives dans une coopérative d'habitation, clarification du rôle des intervenants dans un logement social avec soutien communautaire, etc.).
- Demandez-lui ses stratégies pour combler à la fois son besoin d'intimité, de solitude et de socialisation. Prévenez-la des conséquences possibles d'une solitude qui « s'installe » et encouragez-la à rester vigilante.
- Sensibilisez la personne au fait que son logement est son milieu de vie et qu'elle a le droit d'en faire un espace personnel, distinct de la rue. Informez-la des conséquences qu'il peut y avoir à héberger des gens chez elle, sachant que les lois rendent difficile l'éviction d'un occupant devenu indésirable.
- Élaborez avec la personne une stratégie d'emménagement par étape et distinguez les démarches qu'elle souhaite entreprendre de manière autonome et celles pour lesquelles elle désire recevoir du soutien, même de manière temporaire (p. ex. cuisine collective, entretien ménager). Par exemple :

- › Faites une liste des ressources utiles dans le quartier (banques alimentaires, popotes roulantes, cuisines collectives, dépôts de meubles et de vêtements, etc.). Au besoin, accompagnez la personne vers certains organismes pour assurer l'arrimage. Le service d'information et de référence 2-1-1 peut être utile pour repérer une ressource (ce service est accessible 7 jours sur 7 dans le [Grand Montréal](#) et dans l'[ensemble du Québec](#)). Pour les membres des Premières Nations et les Inuit, prenez en compte les ressources qui leur sont spécifiquement destinées (par ex. : les [Centres d'amitié autochtones](#)).
  - › Communiquez avec les services publics (par ex. : services d'électricité, de téléphonie) pour assurer que la personne reçoive bien les factures lui étant destinées.
  - › Proposez-lui une démarche afin de bénéficier d'un service de fiducie volontaire et ainsi assurer une plus grande stabilité de sa situation résidentielle. Pour plus d'information sur la fiducie volontaire, consultez la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou un organisme](#).
  - › Déterminez la façon dont elle souhaite s'approprier les lieux et prendre soin de son nouveau chez-soi (touche personnelle).
- Explorez les façons de minimiser les conséquences néfastes liées à certains comportements qui peuvent perturber les rapports avec le voisinage et mettre à risque sa stabilité résidentielle (consommation, prostitution, jeu, comportements agressifs, hébergement temporaire de personnes qui dérangent, etc.).
- Repérez les personnes significatives de son entourage et vérifiez si elles sont disponibles pour apporter un soutien pendant cette période, notamment en prévision de la fin de votre accompagnement.

## 2.4 METTRE EN VALEUR LES FORCES ET LES COMPÉTENCES DÉJÀ ACQUISES, Y COMPRIS PENDANT LA PÉRIODE D'ITINÉRANCE

Dans une perspective de transfert des acquis, l'intervenant doit garder en tête que vivre en situation d'itinérance demande des qualités et des aptitudes. Cette vie s'inscrit dans une routine, des occupations et permet de constater la présence de certains facteurs de protection. Les forces et les compétences basées sur les expériences antérieures et qui seront utiles en logement doivent être explorées et encouragées.

- Reconnaissez les dimensions positives de l'expérience de vie et de la trajectoire de la personne, y compris son expérience en situation d'itinérance.
- Repérez ses succès passés, si petits soient-ils, à travers vos échanges avec elle, et encouragez-la à les utiliser comme leviers afin de faire face aux défis que pose la vie en logement.
- Restez centré sur la personne, ses objectifs, ses valeurs et favorisez le partage de ses connaissances.

## 3. MODULER L'INTENSITÉ DE SUIVI APRÈS L'INSTALLATION EN LOGEMENT

### 3.1 OBSERVER LES RÉACTIONS DE LA PERSONNE À SA NOUVELLE SITUATION RÉSIDENIELLE

L'intervenant qui accompagne une personne qui a vécu une situation d'itinérance et qui s'est récemment installée en logement doit porter une attention particulière aux réactions de la personne à cette nouvelle réalité. La vie en situation d'itinérance et les impacts des divers traumatismes vécus peuvent avoir provoqué chez celle-ci une forme d'anesthésie relativement à ses émotions, à ses sensations, voire une manifestation d'indifférence relativement à sa condition. D'autre part, les émotions de joie et de bonheur intenses peuvent également être difficiles à gérer pour elle, faute d'en avoir vécu depuis fort longtemps.

Deux réactions sont plus souvent observées et certaines interventions sont à préconiser selon le cas.

*La personne est apathique, dissociée de ses émotions et ne semble pas en mesure de se connecter à ses besoins, à ses aspirations et de se construire une vision de l'avenir*

- Si votre rôle s'y prête, préconisez des interventions de nature à :
  - › Reconnecter la personne avec ses émotions, ses sensations corporelles, à l'aide d'exercices et d'activités appropriés (par ex. : méditation, verbalisation, exercices de respiration, marche lente, exercices de pleine conscience).
  - › Stimuler la personne. Explorez ses intérêts dans le cadre d'entretiens de type motivationnel. Pour plus d'information sur des pratiques visant à nourrir la motivation, consultez la fiche [Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes](#).
- Important : pour les personnes présentant des symptômes de trouble mental sévère et persistant, assurez-vous au préalable d'arrimer vos objectifs et interventions à ceux de l'équipe responsable du suivi en santé mentale.

*La personne perçoit les possibilités multiples qui s'offrent à elle. Elle s'oriente dans une multitude de directions à la fois, entre autres par crainte que certaines occasions ne se représentent plus ou parce qu'elle éprouve des défis liés à l'organisation de sa pensée et de ses actions*

- Proposez-lui de l'aider à établir ses priorités en fonction d'objectifs réalistes. Recadrez le sentiment d'urgence.
- Offrez-lui de planifier certaines démarches dans le temps en déterminant avec elle ce qui peut se faire réalistement à court, moyen et long terme.
- Prenez le temps de lui faire voir les avancées qu'elle a réalisées pour l'aider à en tirer une satisfaction.

### 3.2 ASSURER UNE PRÉSENCE RÉGULIÈRE AUPRÈS DE LA PERSONNE AFIN DE MAINTENIR LA STABILITÉ RÉSIDENIELLE

Une observation soutenue et une présence régulière de l'intervenant sont déterminantes au cours des premiers mois en logement. Cela permettra à l'intervenant de connaître les habitudes de la personne, ses forces et ses difficultés et de mettre en place des facteurs de protection pour l'accompagner vers une stabilisation résidentielle. Cette présence doit commencer dès l'installation en logement, car certaines difficultés ayant contribué à son basculement vers l'itinérance peuvent persister après sa réinstallation en logement.



**Astuce d'intervention !** Vivre en appartement ne signifie pas automatiquement couper tous les ponts avec sa vie antérieure. Pour certaines personnes, il y a des aspects positifs à l'itinérance (une routine, un réseau social, une reconnaissance par les ressources communautaires, une certaine liberté). La personne peut continuer à mettre en avant des valeurs, un mode de vie et des habitudes qui y sont associés, et ce, même après avoir emménagé dans un logement.



**Attention !** Il est possible également que l'itinérance demeure une option envisagée par les personnes : elles connaissent les ressources et il peut y avoir un certain soulagement, voire une aise, à ne pas vivre les défis, les échecs et le stress liés à la transition en logement. Pendant la première année, il n'est pas rare de voir certaines personnes prendre des pauses de leur logement et retourner une ou deux semaines en service d'hébergement d'urgence. Plutôt que comme un échec, il faut considérer ces allers-retours comme une partie intégrante du processus d'adaptation. Si l'intégration en logement et dans sa communauté se déroule bien, la fréquence de ces allers-retours diminuera avec le temps.

- Considérez toujours la personne comme la première responsable de sa vie en logement.
- Permettez-lui d'avoir le contrôle sur les décisions et les actions concernant sa vie en logement.
- Aidez-la à nuancer : il est possible qu'elle fasse des erreurs, cela ne veut pas

dire qu'elle n'est pas en mesure de prendre de bonnes décisions pour elle-même dans sa vie en logement.

- Aidez-la régulièrement à repérer les changements positifs qu'elle a apportés dans les différentes sphères de sa vie. Par exemple, illustrez visuellement ce cheminement afin qu'elle puisse constater sa progression et déterminer où elle souhaite mettre ses énergies à la prochaine étape.
- Lorsqu'une démarche est faite pour la première fois, demandez à la personne si elle a besoin d'accompagnement. S'il ne vous est pas possible de faire vous-même cet accompagnement considérant votre mandat et que la personne souhaite du soutien, repérez une personne de son réseau social, d'une autre ressource ou d'un autre service qui pourrait le lui apporter.
- Prenez l'habitude de vous informer de son quotidien : « Que prévoyez-vous faire aujourd'hui ? »
- Restez curieux au sujet de ses champs d'intérêt.
- Continuez à être porteur d'espoir lorsque se termine la « lune de miel » des premières semaines ou des premiers mois en logement.
- Dans les périodes plus difficiles, rappelez-lui les motifs pour lesquels elle s'est engagée dans cette démarche de stabilisation résidentielle. Il est possible qu'elle les ait temporairement perdus de vue.
- Repérez les facteurs pouvant constituer un risque de retour à la situation d'itinérance ainsi que ceux favorisant son intégration en logement.
- Après en avoir discuté avec la personne, mettez en place les services nécessaires à la stabilisation résidentielle, quitte à les retirer graduellement par la suite selon l'évolution de la situation (par ex. : aide au ménage, repas cuisinés de type « popote roulante », soins à domicile, service de fiducie volontaire).
- Gardez en tête qu'il est possible que les comportements et les symptômes d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance qui a pu mener

la personne à vivre une situation d'itinérance demeurent présents, à court terme ou de manière permanente, après son accession à un logement. Parlez-en ouvertement avec la personne. La stabilisation résidentielle pourra permettre à la personne dans certains cas d'amorcer des démarches relatives à ces difficultés, compte tenu de ce nouveau contexte de vie.

## 4. FAVORISER L'INTÉGRATION DANS LE VOISINAGE, LA COMMUNAUTÉ ET LE QUARTIER

Au-delà de l'occupation d'un logement, la stabilité résidentielle consiste à s'intégrer à son voisinage et à son quartier. Pour y parvenir, il faut établir des relations positives, exercer des rôles sociaux valorisants et pouvoir s'impliquer comme citoyen. Et à son tour, cette inscription dans une communauté favorise la reconstruction d'une identité positive rendue possible par l'occupation d'un logement. L'inscription dans une communauté est un levier important dans la mise en œuvre du projet de vie d'une personne ayant vécu une marginalisation, une désaffiliation. En plus de pouvoir compter sur un accompagnement, il est essentiel pour la personne que l'environnement soit favorable à son intégration (accueil, ouverture, adaptation, entraide, disponibilité et accès optimal aux services, etc.).

- Évitez de décourager les rêves et les aspirations de la personne, même si ceux-ci peuvent vous sembler irréalistes au départ. Tentez de voir comment ces rêves et ces aspirations peuvent être atteints ou devenir accessibles, ou tout simplement être le moteur de changements positifs dans la vie de la personne. Aidez la personne à fixer des objectifs intermédiaires, au besoin (par la reformulation, l'écoute active, etc.).
- Explorez ses intérêts et les habiletés qu'elle possède qui peuvent l'aider à se rapprocher de sa communauté, à s'intégrer à la vie de quartier.
- Renseignez-vous sur les activités offertes à tous gratuitement ou à peu de frais, par exemple les maisons de la culture, les bibliothèques publiques, les heures

de baignade libre à la piscine municipale, les événements qui font partie de la programmation culturelle de la municipalité.

- Informez-vous au sujet des rabais à l'intention des personnes à faible revenu sur les activités proposées par les organismes de quartier, ainsi que des programmes ou ateliers favorisant l'intégration sociale des personnes vulnérables ou marginalisées. Soyez toutefois à l'écoute des personnes qui souhaiteraient éviter ce type d'activités « dédiées ».
- Plusieurs personnes ayant vécu l'itinérance souhaitent apporter leur contribution dans la communauté et aider d'autres personnes vulnérables. Explorez les différentes options de bénévolat en fonction de leurs préférences, de leurs désirs et de leurs forces. Informez-vous sur les possibilités de bénévolat dans votre région.
- Favorisez le développement d'un réseau social positif (par ex. : voisins, commerçants), ce qui constitue un important facteur de protection face à l'isolement.
- Selon les besoins et les désirs de la personne, facilitez l'arrimage avec les ressources de soutien présentes dans le milieu, entre autres, dans l'objectif d'établir une routine de vie structurante dans laquelle la fréquentation de certaines ressources pourra prendre une place régulière dans l'horaire.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## RESSOURCE PERTINENTE CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT VERS LA STABILITÉ RÉSIDENTIELLE DE PERSONNES EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE

*Dossier web comprenant des webinaires, des capsules vidéo, des analyses écrites et des témoignages*

- [Accompagnement résidentiel de populations en situation d'itinérance \(CREMIS\)](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- Colombo, A. (2013). Défis et conditions de l'accompagnement de la sortie de la rue. *Lien social et Politiques*, 70, 171-187. <https://doi.org/10.7202/1021162ar>
- Dorvil, H., et Boucher-Guèvremont, S. (2013). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au Projet Chez Soi à Montréal*. Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada. Université du Québec à Montréal (UQAM), Faculté des sciences humaines. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil\\_henri/logement\\_facteur\\_integration/logement\\_facteur\\_integration.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/logement_facteur_integration/logement_facteur_integration.pdf)
- Dorvil, H., et Morin, P. (2001). Présentation. Multiples enjeux et perspectives diverses (Numéro spécial : Le logement social et l'hébergement). *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 20-27. <https://doi.org/10.7202/009071ar>
- Frederick, T. J., Chwalek, M., Hughes, J., Karabanow, J., et Kidd, S. (2014). How stable is stable? Defining and measuring housing stability. *Journal of Community Psychology*, 42(8), 964-979. <https://doi.org/10.1002/jcop.21665>
- Gaetz, S., Scott, F., et Gulliver, T. (2014). *L'approche Logement d'abord au Canada. Appuyer les collectivités pour mettre fin à l'itinérance*. Canadian Homelessness Research Network Press. <https://rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/HFCanada-FrameworkFR.pdf>
- Gélineau, L., Loudahi, M., Bourgeois, F., Brisseau, N., Potin, R., et Zoundi, L. (2006). Le droit à sa place. *Recherches féministes*, 19(2), 125-141. <https://doi.org/10.7202/014845ar>
- Hurtubise, R., et Rose, M.-C. (2013). *Consensus d'experts dans l'intervention auprès de personnes combinant parcours d'itinérance et problèmes de santé*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://docplayer.fr/374389-Consensus-d-experts-dans-l-intervention-aupres-de-personnes-combinant-parcours-d-itinerance-et-problemes-de-sante.html>
- Laberge, D., et Roy, S. (2001). Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 115-131. <https://doi.org/10.7202/008314ar>
- McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.-J., et Keays, N. (2019). *Accompagnement résidentiel de populations en situation d'itinérance (dossier web)*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/accompagnement-residentiel-de-populations-en-situation-ditinerance/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l’itinérance*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Office municipal d’habitation de Québec (OMHQ) et Clés en main Capitale-Nationale. (2017). *Prévenir l’instabilité résidentielle en logement social à Québec. Comprendre et accompagner les déterminants de stabilité résidentielle auprès des locataires marginalisés – Rapport-synthèse*. Office municipal d’habitation de Québec (OMHQ) et Clés en main Capitale-Nationale. [https://rohq.qc.ca/wp-content/uploads/2016/08/ris2017\\_boncoup\\_omhq\\_instabilite-resid\\_doc.pdf](https://rohq.qc.ca/wp-content/uploads/2016/08/ris2017_boncoup_omhq_instabilite-resid_doc.pdf)

Sylvestre, J., Ollenberg, M., et Trainor, J. (2009). A model of housing stability for people with serious mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 195-207. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0015>



## Fiche Personnes des Premières Nations et Inuit

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# ACCOMPAGNER LES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT EN SITUATION D'ITINÉRANCE

301

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

*La situation explorée dans cette fiche fait partie de 10 situations particulières abordées dans le Guide qui sont à la source de certains questionnements chez les intervenants. L'identification de ces situations, ainsi que des pratiques pour y répondre, est le fruit d'une [collaboration étroite](#) entre la recherche et différents milieux de pratique.*

Les [Principes clés de l'intervention en itinérance](#) et les pratiques privilégiées dans l'ensemble des autres fiches du *Guide des bonnes pratiques en itinérance* gagnent à être mis en avant auprès de l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, y compris les personnes des

### COMMENT S'ASSURER DE RESPECTER LA CULTURE DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Premières Nations et les Inuit. Toutefois, une sensibilité particulière est de mise quant à l'accueil des personnes des Premières Nations et des Inuit et à l'accompagnement qui leur est offert puisque les formes que prend l'itinérance chez ces personnes peuvent différer et se construisent selon des trajectoires qui leur sont propres.

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

L'intervention auprès des personnes en situation ou à risque d'itinérance comporte son lot de défis et d'inconforts. Pour plusieurs intervenants non autochtones (allochtones), des défis supplémentaires s'ajoutent lorsqu'il s'agit de personnes des Premières Nations ou d'Inuit. L'intervenant peut avoir un sentiment d'incompréhension, l'impression de ne pas détenir les connaissances suffisantes pour intervenir, de ne pas pouvoir s'appuyer sur ses repères habituels.

Comment s'assurer de respecter la culture des personnes des Premières Nations et des Inuit en situation d'itinérance, leurs manières de comprendre le monde, d'entrer en relation, de communiquer, d'établir des priorités, de faire des choix ? Comment prendre en considération leurs différentes conceptions de ce qu'est un chez-soi, leur rapport au corps, à l'identité, à la famille, à la communauté et au territoire, tout en reconnaissant l'unicité de chacun ?

## **J'AI DES QUESTIONS...**

### **À QUI RÉFÈRE-T-ON EXACTEMENT LORSQU'ON PARLE DES AUTOCHTONES, DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT ? S'AGIT-IL D'UN GROUPE HOMOGENÈME ?**

Il n'y a pas une seule « culture autochtone ». Au Québec, les 11 nations (la nation inuite et les 10 Premières Nations) ont des territoires, des cultures et des histoires distincts. Parmi les Autochtones qui vivent en ville, plusieurs y sont nés et en maîtrisent les codes et la langue. D'autres sont nés dans une communauté ou un village nordique et peuvent se sentir déstabilisés par le mode de vie urbain lors de leur arrivée en ville. Ces derniers ne connaissent pas toujours les règles administratives, les modalités d'accès à un revenu, aux services, au logement, les façons de vivre et la culture. Ils peuvent aussi ne maîtriser ni le français ni l'anglais (*voir la section [Assurer une bonne communication](#), ci-dessous*).

Certaines personnes autochtones veulent voir leur appartenance à une culture, à une nation, à un territoire reconnue et valorisée, alors que d'autres souhaitent plutôt prendre une certaine distance à l'égard de leurs origines et vivre dans un milieu différent de celui qu'elles ont connu. D'ailleurs, le degré d'attachement à l'identité autochtone et à la communauté n'est pas immuable et définitif : il peut changer au fil du temps et des expériences vécues par la personne.

Ce serait faire fausse route de réduire l'expérience autochtone à la « différence culturelle »

ou encore aux traumatismes collectifs résultant de politiques assimilatrices à leur égard : si certaines dynamiques et certains événements historiques sont centraux pour saisir leur situation distinctive collective, chaque personne doit être comprise dans sa trajectoire, son histoire, ses expériences et sa singularité propres.



*Pour plus d'information sur les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance, sur leurs trajectoires, leurs expériences, leurs besoins et les obstacles à leur utilisation des services, consulter le complément [Personnes des Premières Nations et Inuit](#).*

## QUELLE EST LA RESPONSABILITÉ DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'ÉGARD DE LA RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT DU QUÉBEC ?

Les membres des Premières Nations et les Inuit du Québec ont accès à tous les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux québécois et peuvent obtenir leur carte d'assurance maladie du Québec.



*Pour plus d'information sur le processus allégé pour obtenir sa carte d'assurance maladie pour les personnes en situation d'itinérance, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*

Or, dans les communautés autochtones, la disponibilité et les modalités de la prestation des services varient en fonction d'ententes conclues avec les gouvernements provincial et fédéral.

En vertu de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois, les « nations conventionnées » crie, inuite et naskapie bénéficient d'un statut particulier et assurent notamment le déploiement et la gestion des services de santé et des services sociaux sur leur territoire respectif. Ainsi, les services de santé et les services sociaux offerts dans les 15 villages inuits, les 9 communautés crie et la communauté naskapie sont respectivement administrés, déployés et coordonnés par la [Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik](#), le [Conseil cri de la santé et de services sociaux de la Baie-James](#) et le [CLSC Naskapi](#). Ceux-ci font tous partie du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Pour les autres nations, dites « non conventionnées », les services sont financés par le gouvernement fédéral selon différentes modalités. Les communautés disposent tout de même d'une certaine autonomie, ayant la responsabilité de la mise en place de leurs propres services de santé et services sociaux. Les installations de santé et de services sociaux de ces communautés offrent certains soins et services de proximité et des services d'urgence. Le personnel est généralement composé d'au moins une infirmière en santé communautaire ainsi que de personnes effectuant des activités de prévention et de promotion de la santé. Précisons que, conformément à leur statut « non conventionné », le réseau de la santé et des services sociaux du Québec n'offre pas de services dans ces communautés, à l'exception des services de médecins, dont les frais sont couverts par la RAMQ. Ces services de consultation médicale peuvent être offerts sur appel ou lors de visites prévues dans les communautés.



*Pour plus d'information sur la prestation des soins de santé et des services sociaux dans les communautés conventionnées et non conventionnées au Québec, consulter les [Particularités des services aux Premières Nations et aux Inuit](#) sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux.*

# PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

---

## 1. OFFRIR UN ENVIRONNEMENT RELATIONNEL CULTURELLEMENT SÉCURITAIRE

Il n'y a pas d'intervention standardisée à mettre en œuvre auprès des personnes des Premières Nations et des Inuit. Toutefois, de nombreuses personnes des Premières Nations et de nombreux Inuit craignent d'être jugés ou mal compris dans les organisations non autochtones. Or, pour aller vers les services, il importe que les personnes aient confiance qu'elles seront accueillies dans un environnement exempt de racisme, de discrimination, de stéréotypes et dans des lieux où les intervenants reconnaissent la diversité culturelle, les savoirs et les trajectoires distinctes des personnes des Premières Nations et des Inuit. De plus, les personnes en situation d'itinérance, et parmi elles plus particulièrement les personnes des Premières Nations et les Inuit, sont souvent mal informées des services existants ou comprennent mal à quels services elles ont le droit de recourir. À cet égard, il est essentiel de transmettre une information claire relativement aux services disponibles, en tenant compte de possibles barrières linguistiques.



**Attention !** La présence et la visibilité des personnes des Premières Nations et des Inuit en situation d'itinérance varient d'une ville et d'une région à l'autre. Dans certaines villes situées à proximité d'une communauté autochtone, où les contacts sont fréquents et où la diversité culturelle est faible, les personnes autochtones sont plus facilement reconnaissables. À l'opposé, les personnes autochtones en situation d'itinérance peuvent plus aisément passer inaperçues, voire être confondues avec des personnes d'autres origines, dans des centres urbains caractérisés par une forte diversité culturelle et l'éloignement géographique ou l'absence de contacts avec les communautés autochtones.

*Deux notions, un même objectif : offrir un environnement culturellement sécuritaire*

## LA NOTION DE SOINS CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES (CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, 2012)

Elle réfère, particulièrement dans le milieu des soins de santé et des services sociaux, à l'importance de mettre en confiance les personnes et les communautés se retrouvant dans un environnement pouvant à priori être menaçant puisqu'il implique un rapport d'autorité, qu'il est associé à l'expérience de la colonisation ou qu'il fonctionne sur la base de codes culturels et de règles administratives difficiles à comprendre.

Il est possible d'offrir un environnement culturellement sécuritaire aux personnes des Premières Nations et aux Inuit en situation d'itinérance dans la mesure où l'intervenant :

- fait une réflexion sur ses propres croyances et ses préjugés relativement aux membres des Premières Nations et aux Inuit, dont ceux qui sont en situation d'itinérance
- comprend que la personne appartient à une communauté marquée par des traumatismes historiques :
  - › histoire de colonisation et notamment les pensionnats et la rafle des années 60
  - › rapports non égalitaires entre Autochtones et non-Autochtones, ainsi qu'un rapport aux institutions marqué par la violence, les abus, la discrimination, l'absence de consentement, la peur et l'incompréhension
- est informé et sensible au fait que la personne puisse s'inscrire dans une vision du monde différente de la sienne :
  - › culture, valeurs, langue, éducation, etc.

## LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION CULTURELLE (ODENA, DANS TABLES LOCALES ET CENTRALE, 2017)

La sécurisation culturelle est l'ultime étape d'une approche progressive constituée de quatre stades successifs :

1. La conscience culturelle : elle permet à l'intervenant d'être capable et désireux de reconnaître et d'admettre les différences culturelles présentes au sein de la population, en plus d'accepter ces différences.
2. La sensibilité culturelle : elle tient compte des antécédents et des expériences culturelles des Autochtones. Elle permet d'aller au-delà de la reconnaissance en respectant les savoirs et les différences et d'être sensible au fait que les manières de faire sont propres à chacun.
3. La compétence culturelle : elle se reconnaît lorsque les connaissances, les compétences et les attitudes des intervenants renforcent l'autonomie de la personne et lorsque les services sont adaptés aux réalités et aux besoins de la personne.
4. La sécurisation culturelle : elle est définie comme une approche systémique/holistique qui implique la compréhension des différences de pouvoir inhérentes à la prestation de services ainsi que la réflexion des intervenants sur leurs propres actions. La sécurisation culturelle permet, entre autres, de contrer les obstacles à la prestation de services (qui résident dans les politiques, les procédures ou les pratiques habituelles) et vise à inclure la personne dans la prestation et l'évaluation du service.



*Pour d'autres ressources sur la compétence et la sécurisation culturelles, consulter la section [Pour en savoir plus](#), ci-bas.*

## 1.1 ADOPTER UNE POSTURE D'OUVERTURE LORS DE L'ACCUEIL

La sous-utilisation des services de santé et des services sociaux est particulièrement importante parmi les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance : ceux-ci tardent davantage à aller vers les services et ils y arrivent souvent en urgence. Il est d'autant plus important de favoriser un accueil chaleureux et sensible afin d'installer un contexte qui permettra de bien comprendre ce qui se passe et de leur offrir le soutien approprié.



**Attention !** Certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit ont besoin d'être rassurés relativement au respect de la confidentialité lors de la prestation de services. Certains d'entre eux partent de leur communauté parce qu'ils craignent de voir leurs informations personnelles circuler ou parce qu'ils ont vécu une telle situation. Plusieurs d'entre eux refusent l'échange d'informations par crainte que leur vie privée ne soit pas respectée. L'intervenant doit porter une attention particulière à cet aspect lors de l'accueil. Lorsqu'il est dans l'intérêt de la personne que l'intervenant puisse transmettre certaines informations à une organisation partenaire dans la communauté d'origine ou hors communauté pour favoriser la continuité des services, il pourrait être utile, afin d'obtenir son consentement, de prendre le temps de bien préciser à la personne quelles informations seront transmises et pour quelles raisons.



*Pour des pistes plus générales sur le moyen de favoriser l'accueil des personnes en situation ou à risque d'itinérance dans les services, consulter la fiche [Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services](#).*

- Soyez sensible au fait que certaines personnes des Premières Nations ou inuites peuvent croire que comme intervenant non autochtone, vous entretenez certaines croyances négatives à leur égard, non seulement parce qu'elles sont en situation d'itinérance, mais également parce qu'elles sont autochtones. La crainte de la stigmatisation peut entraîner une attitude de retrait, voire une réaction mitigée devant l'aide offerte lors de la prise de contact.
- La relation de confiance est très importante pour plusieurs personnes des Premières Nations ou inuites; prenez le temps nécessaire pour arriver à un climat de confiance mutuelle.

- Si la situation s'y prête, permettez-vous d'utiliser l'humour dans l'interaction avec la personne. Ce mode d'entrée en relation plus informel est souvent apprécié et favorise la création d'un lien de confiance.
- Intéressez-vous aux origines de la personne : la provenance de la personne et son sentiment d'appartenance à une communauté ou à un village autochtone en particulier gagnent à être considérés et reconnus.
- « D'où venez-vous ? » est une formule de salutation universelle, c'est la plus simple et la plus efficace pour que la personne se sente accueillie et considérée. Soyez tout de même conscient que la question peut toucher un point sensible chez certaines personnes qui éprouvent une faible identification à leur communauté d'origine, par exemple chez des jeunes dont l'histoire est plutôt marquée par des placements loin de chez eux.
- Si la situation nécessite plusieurs rencontres, proposez à la personne de vous apprendre quelques mots dans sa langue. Prenez-les en note pour les réutiliser lors d'une prochaine rencontre.

## 1.2 ASSURER UNE BONNE COMMUNICATION

Les barrières linguistiques peuvent faire que la personne se sente vulnérable ou mal à l'aise devant l'intervenant. De plus, des difficultés sur le plan de la communication peuvent entraîner l'établissement d'un mauvais diagnostic, une analyse incomplète des besoins parce que la personne n'a pas pu expliquer clairement sa situation ou une mauvaise compréhension d'un diagnostic par la personne. Celle-ci peut également ne pas recourir à certains services parce qu'elle ne comprend pas ce qui lui est proposé. De plus, devant des codes et des repères qui diffèrent des siens, par exemple en ce qui a trait au langage non verbal, l'intervenant peut se sentir dérouté et hésiter quant à la direction à prendre pour offrir un accompagnement qui répond aux besoins et aux attentes de la personne.



**Astuce d'intervention !** Certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit ne maîtrisent ni l'anglais ni le français comme langue d'usage. Toutefois, les Inuit sont généralement plus à l'aise en anglais qu'en français, de même que les Cris, les Naskapis, les Mohawks, les Mi'gmaqs et certaines communautés algonquines.



**Astuce d'intervention !** Il peut être pertinent de faire appel à un centre de santé ou à un poste de soins d'une communauté non conventionnée de la même nation que la personne à qui les soins et les services sont offerts pour obtenir une référence en matière de soutien linguistique. L'intervenant est invité à se renseigner quant à la disponibilité de ce type de service dans sa région. De plus, un service d'interprète est offert par certains organismes communautaires œuvrant auprès des Autochtones, notamment les [Centres d'amitié autochtones](#). Attention : faire appel à un interprète de la même communauté que la personne peut soulever des enjeux de confidentialité puisque les deux personnes peuvent se connaître. Il est donc important de prendre les précautions nécessaires avant d'entreprendre ce type de démarche, par exemple, de valider la démarche auprès de la personne.

- Minimisez le nombre de questions posées, surtout lors des premières rencontres.
- Mettez sur des questions courtes, ouvertes et formulées de manière positive.
- Laissez place au silence dans votre intervention.
- Mentionnez clairement à la personne votre souhait de respecter sa manière de faire et de penser et votre intérêt à mieux comprendre ses besoins et ses attentes. Soulignez qu'elle est l'experte de sa situation. Adoptez une posture d'apprenant, de réciprocité dans l'accueil.
- Exprimez-vous dans un langage simple et imagé.
- Soyez attentif au langage gestuel et non verbal. Par exemple, sachez que dans la communauté inuite, les sourcils sont souvent utilisés pour dire oui (en levant les sourcils) ou non (en fronçant les sourcils). Validez votre compréhension auprès de la personne.

- Pour tout ce qui se rapporte aux questions du corps humain, privilégiez le recours à un support visuel.
- Prenez le temps de valider que l'information a été bien comprise.
- Ne tenez pas pour acquis que la personne sait lire et écrire.
- Proposez-lui qu'un ami ou un membre de sa famille fasse la traduction ou soit présent lors de la rencontre, si la langue est une barrière ou que cela peut la sécuriser.
- Donnez certaines informations par écrit, afin de vous assurer que la personne qui ne maîtrise pas la langue que vous utilisez ou dont l'aisance dans la communication verbale est plus limitée puisse remettre ces informations à un autre intervenant, au besoin. Expliquez-lui les avantages de remettre cette note et assurez-vous qu'elle vous autorise à transmettre l'information selon les normes en vigueur dans votre organisation.



**Attention !** Certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit auront tendance à acquiescer par politesse, à éviter le contact visuel ou encore à parler peu. Cela n'indique pas nécessairement un manque d'intérêt, un non-désir de communication ou des problèmes cognitifs. Cela peut être la manifestation d'une forme de communication propre à la culture de la personne ou encore le signe d'une maîtrise limitée de la langue d'usage de l'intervenant.



**Astuce d'intervention !** Si une personne des Premières Nations ou un Inuk, particulièrement une femme, a vécu de la violence et considère l'idée de dénoncer la situation, l'intervenant doit s'assurer de rendre l'information accessible dans sa langue (procédures liées au dépôt d'une plainte, etc.). De plus, l'enjeu de la confidentialité doit être pris en compte particulièrement si la personne ne parle pas français ou anglais et que l'intervenant doit s'adjoindre le soutien d'une personne de la communauté à titre d'interprète. Cela peut constituer un frein pour la personne qui pourrait craindre des répercussions sur sa sécurité.



Pour trouver des termes et des définitions dans diverses langues des Premières Nations et inuites afin de faciliter l'accueil et l'accompagnement des personnes des Premières Nations et des Inuit, consulter le [Portail linguistique du Canada](#).

### 1.3 RECONNAÎTRE LES ANTÉCÉDENTS ET LES EXPÉRIENCES CULTURELLES

La personne des Premières Nations ou inuite en situation d'itinérance, comme toute personne, a besoin de voir sa valeur reconnue, de se sentir digne d'intérêt, surtout dans un contexte où elle a souvent expérimenté le rejet, l'exclusion ou la marginalisation. Offrir un environnement culturellement sécuritaire nécessite que l'intervenant manifeste une humilité, une ouverture et une curiosité particulières, propres à toute rencontre interculturelle.

- Faites preuve d'une écoute informée lorsque vous explorez le parcours et l'histoire de la personne.
- Sans généraliser, gardez en tête que pour certaines personnes, les traumatismes collectifs et intergénérationnels et les conditions de vie présentes dans certaines communautés peuvent avoir joué un rôle dans la trajectoire de la personne et avoir des impacts sur sa vie. Tenez-en compte dans votre intervention.
- Intéressez-vous aux valeurs associées à sa culture spécifique, à son rapport à sa communauté, à ses repères culturels ainsi qu'à la manière dont ceux-ci teintent sa vie au quotidien et orientent ce qu'elle souhaite prioritairement pour elle-même.

## 2. ADAPTER SES INTERVENTIONS AUX BESOINS ET AUX RÉALITÉS DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT EN SITUATION OU À RISQUE D'ITINÉRANCE

Comme le mentionne la fiche [Répondre aux besoins et orienter dans les services](#), il importe de travailler sur les priorités exprimées par la personne en situation d'itinérance et de lui faire vivre une expérience positive concernant les services offerts afin de permettre la construction

d'une relation de confiance. Pour y parvenir, certaines dimensions des réalités propres aux personnes des Premières Nations et aux Inuit doivent être prises en compte par l'intervenant.

## 2.1 S'INSCRIRE DANS UNE APPROCHE NON DIRECTIVE MISANT SUR LA COLLABORATION

Afin de maintenir la personne au centre des changements qu'elle souhaite apporter et de respecter ses choix et ses priorités, il se peut que l'intervenant ait besoin d'adopter certaines attitudes particulières dans son rapport à l'autre et de « déplacer » son regard pour reconnaître les compétences et les forces d'une personne appartenant à une culture qui lui est moins familière.

- Prenez le temps d'échanger de manière informelle sur des sujets variés, autres que ceux relatifs à la situation problématique ou à un besoin de service. Cela permet à la personne de mieux vous connaître, facilite la création d'une relation significative et authentique et vous ouvre une fenêtre sur ses champs d'intérêt, ses compétences et ses forces dans divers domaines.
- Plusieurs personnes sont issues de communautés où la tradition orale prédomine. Si la personne maîtrise la langue que vous utilisez, offrez-lui l'espace pour se raconter et dire les solutions auxquelles elle a déjà recouru, dans et hors de sa communauté.
- Demeurez ouvert et curieux relativement au sens de comportements ou d'attitudes qui apparaissent difficiles à décoder à priori. Demandez à la personne de vous aider à bien la comprendre dans un souci de respecter ses besoins.
- Adoptez une posture non experte, basée sur l'accompagnement de la personne. « S'immiscer dans la vie ou dans les choix d'une autre personne, tout comme ordonner ou suggérer, est considéré [chez les Autochtones] comme inapproprié et irrespectueux » (Guay, 2013, p. 34).
- Laissez la personne définir ses priorités. Par exemple, certaines femmes seront davantage dans une recherche de sécurité au quotidien plutôt que dans un désir d'entamer des démarches concrètes pour sortir d'une situation d'itinérance.

Cela peut être vrai pour celles qui ont vécu des abus et qui considèrent que la stabilité résidentielle présente un risque d'isolement, donc d'abus plus important en l'absence d'un réseau de soutien.

- Laissez la personne entrevoir que d'autres options sécuritaires sont aussi possibles pour elle.

## 2.2 TENIR COMPTE DES CONDITIONS DE LA MOBILITÉ

La mobilité est un élément important que l'intervenant doit prendre en compte dans ses interventions auprès des personnes des Premières Nations et des Inuit en situation ou à risque d'itinérance. Bien qu'elle soit souvent assimilée au nomadisme saisonnier présent dans les modes de vie traditionnels de certaines Premières Nations, il s'agit ici de tout autre chose. La mobilité chez les personnes autochtones en situation d'itinérance correspond aux déplacements entre la communauté d'origine et d'autres milieux (d'autres communautés autochtones ou des villages ou villes hors communauté). Elle peut prendre différentes formes et être plus ou moins fréquente selon la proximité géographique entre les points de départ et les destinations. De plus, elle survient pour différents motifs. Elle peut être volontaire (afin d'obtenir un emploi, de poursuivre des études ou de se rapprocher de membres de sa famille) ou involontaire (pour recevoir des soins médicaux spécialisés, fuir une situation de violence, trouver un logement, etc.). Dans la mesure où la personne a choisi de se déplacer vers un autre milieu de vie pour s'éloigner d'un lieu qui représentait une menace pour sa sécurité, sa santé ou son intégrité, la mobilité peut être vue comme l'illustration d'une certaine forme de résilience. Toutefois, si les déplacements successifs sont motivés par l'adversité, si les expériences négatives s'accumulent, la mobilité peut s'inscrire dans une forme de « mouvance circulaire » : un processus caractérisé par l'effritement des liens entre la personne et son réseau de soutien. Cette situation participe à accroître sa vulnérabilité.

La mobilité, et notamment la mouvance circulaire, peut constituer un défi pour l'intervenant, étant donné la difficulté d'assurer une continuité de services auprès de la personne. Selon le cas, elle peut donner l'impression à l'intervenant que la personne ne s'implique pas dans l'accompagnement et dans les services qui lui sont offerts.



Un départ dans une autre localité pour effectuer un séjour en centre hospitalier, pour recevoir des soins et services d'un organisme, ou pour purger une peine en centre de détention, peut être associé à une perte de repères chez certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit. Concernant les pratiques à privilégier auprès d'eux, consulter les fiches [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#). Consulter également la fiche [Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier](#).



**Astuce d'intervention !** Lorsque les personnes désirent retourner dans leur communauté, il existe des programmes de financement pour les soutenir dans ces démarches. Pour les Inuit, la [Société Makivik](#) peut offrir un transport pour le retour dans le Nord à certaines conditions. Pour les personnes des Premières Nations, les intervenants peuvent se renseigner auprès du [Centre d'amitié autochtone](#) à proximité pour connaître les services offerts.

- Intéressez-vous aux trajectoires de mobilité de la personne, comme à ses allers-retours éventuels entre la ville et sa communauté ou le village nordique d'où elle provient.
- Prenez le temps de comprendre ce qui est à l'origine de ses déplacements et de son arrivée sur votre territoire, tout en vous assurant de ne pas être intrusif. Cherchez aussi à connaître ses points d'ancrage.
  - › Est-ce que ces allers-retours sont fréquents ou en est-elle à un premier séjour en dehors de sa communauté d'origine ?
  - › Est-elle en ville dans l'espoir d'améliorer sa condition ? D'échapper à celle qui est la sienne ailleurs ? De recevoir certains soins ou services ?
  - › Est-ce qu'elle vient de sortir d'un séjour en établissement avec hébergement (établissement de détention, centre hospitalier, ressource pour femmes victimes de violence, centre de réadaptation en dépendance, centre de placement) ?

- › Souhaite-t-elle s'installer sur le territoire ou veut-elle plutôt retourner dans sa communauté ? Ne tenez pas pour acquis qu'elle souhaite y retourner, plusieurs personnes ne sont pas habitées par ce désir pour une multitude de raisons (pénurie de logement, difficultés à trouver du travail, situation de violence ou d'abus, etc.).
  - › Ya-t-il d'autres territoires ou villes qu'elle fréquente sur une base régulière et qui ont une importance particulière à ses yeux ?
  - › A-t-elle un lieu d'ancrage qu'elle peut définir comme un chez-elle ? Quelle est sa compréhension du chez-soi qui peut dépasser la notion de logement ? A-t-elle un espace où ses relations sociales et affectives prennent un sens particulier ?
- Soyez conscient que certaines femmes vivent avec la crainte ou les impacts du retrait de leurs enfants (actuels ou à venir, dans le cas d'une grossesse en cours) par la Direction de la protection de la jeunesse. Une telle préoccupation peut être à l'origine d'un nouveau déplacement, que ce soit pour tenter de se rapprocher de leurs enfants ou pour fuir un territoire afin d'éviter un tel retrait.



**Attention !** À la suite d'un séjour en établissement de détention, certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit vont vivre une situation d'itinérance dans la ville où ils ont purgé leur peine, notamment parce que le retour dans leur communauté est difficile à effectuer d'un point de vue logistique ou encore parce qu'ils sont victimes d'une forme d'exclusion de la part de leur communauté.



**Astuce d'intervention !** Pour des personnes des Premières Nations et des Inuit en contact avec le système de justice, il existe des services axés sur la déjudiciarisation, la réduction des méfaits, et le mieux-être de la communauté, du délinquant et de la victime. Ces services sont basés sur la justice réparatrice avec un objectif de résolution des conflits. Pour en savoir plus, l'intervenant est invité à contacter les [Services parajudiciaires autochtones \(SPAQ\)](#) ou le [Centre d'amitié autochtone](#) de sa région. Voir aussi la fiche [Accompagner des personnes en contact avec la justice](#).

## 2.3 ADOPTER DES PRATIQUES D'ÉVALUATION MÉDICALE CULTURELLEMENT ADAPTÉES

Les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance ont accès à l'ensemble des services de santé et des services sociaux lorsqu'ils se présentent dans un établissement du réseau québécois, et ce, au même titre que tout citoyen québécois. L'intervenant doit s'intéresser à la vision qu'a la personne de la santé et de la maladie afin de maximiser l'adhésion de la personne aux soins et aux traitements. De plus, les conditions et parcours de vie particuliers, souvent difficiles, de ces personnes – y compris la situation d'itinérance – sont à l'origine de différents problèmes de santé physique et mentale (par ex. : manque d'accès aux aliments traditionnels qui augmente le risque de diabète et d'anémie). L'intervenant se doit de les considérer dans l'exploration de la situation avec la personne.



Concernant les pratiques générales à privilégier pour offrir des soins de santé aux personnes en situation ou à risque d'itinérance, consulter la fiche [Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance](#).

### *Quelques pistes pour favoriser des pratiques d'évaluation médicale culturellement adaptées*

- Soyez sensible à sa compréhension et à sa vision de la maladie et de la santé. Certaines personnes des Premières Nations et certains Inuit peuvent avoir une conception plus traditionnelle de la médecine, d'autres non. Il n'y a pas d'homogénéité en ce sens, mais manifester une ouverture et de l'intérêt pour celle-ci favorisera le partage de savoirs et permettra de valoriser la multiplicité des conceptions.
- Utilisez un langage qui tient compte de cette vision dans la manière d'apporter les informations (par ex. : aspects spirituels liés à la guérison).
- Ne tenez pas pour acquis que la personne possède les connaissances de base relativement à la santé, telles que vous les entendez (par exemple, certaines personnes âgées provenant de communautés isolées peuvent souffrir d'un manque de connaissances relativement à la santé sexuelle et aux ITSS).

- Sachez que le rapport au temps peut différer entre Autochtones et non-Autochtones. Cela peut se traduire, par exemple, par une difficulté chez la personne à se situer par rapport au passé ou par la tendance à ne pas manifester d'inquiétude particulière quant à l'avenir. N'y voyez pas d'emblée la présence d'un problème cognitif, d'orientation dans le temps ou dans l'espace.
- Lors de l'exploration des antécédents médicaux, rappelez-vous qu'au sein de la famille inuite et dans certaines communautés des Premières Nations, l'adoption coutumière est courante : c'est-à-dire qu'un enfant est confié à une autre famille dans un esprit d'entraide et de protection des enfants. Soyez précis dans vos questions afin de vous assurer d'avoir l'information que vous recherchez. Qui plus est, il est possible que l'accès aux antécédents médicaux soit difficile, voire inaccessible.
- Travaillez dans le respect des démarches qui se font dans la communauté d'origine, le cas échéant. Assurez un lien et un continuum de services avec la communauté ou le centre de traitement, lorsque c'est possible et désiré par la personne.
- Gardez la personne dans une position d'experte de sa situation de santé.
- Si la personne souhaite recevoir un service de guérison spirituelle, adressez-vous au [Centre d'amitié autochtone](#) présent sur votre territoire afin de voir s'il peut soutenir cette démarche.
- Comme plusieurs femmes non autochtones en situation ou à risque d'itinérance, il est fort possible que la femme devant vous ait été victime d'abus physique ou sexuel dans son parcours de vie. Le cas échéant, son rapport au corps, à la sexualité, aux examens gynécologiques et à la grossesse en sera affecté.



**Attention !** Certains intervenants peuvent avoir tendance à associer la désorganisation d'une personne des Premières Nations ou d'un Inuk à un état d'intoxication, si bien que l'état mental n'est pas toujours pris en compte. Lorsqu'on se penche sur l'état mental de la personne, il est important de s'assurer que les observations soient faites avec une sensibilité culturelle, surtout par rapport à l'expérience de la dépression, de l'anxiété ou des traumatismes vécus par la personne.



Concernant les pratiques générales à privilégier avec des personnes en situation d'itinérance dont l'état mental est préoccupant, consulter la fiche [Protéger des personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).



Concernant les pratiques générales à privilégier auprès de personnes en situation d'itinérance qui présentent un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental, consulter la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#).

## 2.4 CONSIDÉRER LA DIMENSION DE LA FAMILLE ET DE LA COLLECTIVITÉ DANS L'INTERVENTION

Ce qu'évoque la notion de famille et de communauté chez une personne des Premières Nations ou chez un Inuk peut différer de ce que cela évoque chez une personne non autochtone. On observe, par exemple, que les Inuit en situation d'itinérance urbaine ont plus de chance de vivre leur quotidien avec des personnes avec qui elles ont des liens de parenté. Une entraide de type communautaire est aussi souvent présente entre les personnes des Premières Nations ou les Inuit installés en logement sur le territoire (dans la ville ou la municipalité de destination) et ceux qui arrivent des communautés ou des villages nordiques.



**Attention !** Certains réseaux plus ou moins organisés ciblent les personnes à leur arrivée en ville pour les entraîner vers différentes activités illicites, y compris des réseaux de prostitution et de trafic humain. Il est important que l'intervenant soit sensible à ce risque dans l'exploration du réseau social d'une personne nouvellement arrivée.

- Explorez les contacts que la personne maintient avec sa famille et sa communauté.
- Selon ce qu'elle souhaite et selon l'éloignement géographique, repérez avec elle différents moyens pour maintenir ce lien : réseaux sociaux, se procurer un téléphone ou en faciliter l'accès, assurer un lien à la communauté à travers la radio, la musique, la nourriture, les organismes du milieu (activités individuelles et de groupe).

- Soutenez la famille lorsqu'elle est présente. Souvent, celle-ci souhaite être impliquée, sentir qu'elle fait partie de la solution. Si la personne est d'accord, incluez-la dans vos rencontres. Certains membres de la famille pourraient agir à titre de « traducteurs », non pas uniquement linguistiques, mais des référents culturels, par exemple.
- Soyez conscient que l'appartenance à un réseau social composé majoritairement de personnes en situation d'itinérance constitue à la fois un moteur de survie qui peut être un levier vers une sortie de l'itinérance et un facteur de maintien dans la situation actuelle. Dans le cas d'une situation de violence, la personne peut craindre les représailles de certaines personnes qu'elle côtoie quotidiennement et craindre pour sa sécurité si elle dénonce la situation.
- Intéressez-vous aux personnes (tant allochtones qu'autochtones) et aux organismes communautaires qu'elle côtoie quotidiennement ou qui font partie de sa vie.
- Rappelez-vous que les liens familiaux et communautaires sont souvent forts : ainsi, l'aide que vous offrez à une personne peut être utile pour plusieurs personnes, allant de jeunes enfants à la famille élargie. De plus, si le lien de confiance est créé avec vous, le mot se passera et d'autres personnes se sentiront à l'aise de venir vous demander de l'assistance.

### *La notion du chez-soi et le rapport au lieu et au logement*

Il est important d'explorer la définition du chez-soi, le rapport au lieu ainsi que la réalité du logement en milieu urbain qui peuvent différer des normes en vigueur dans les communautés autochtones.

- Le fait d'être en logement peut être associé au risque d'être isolé et s'opposer au besoin d'appartenance au groupe. La prise en compte de cette solitude et la recherche de solutions sont très importantes dans le succès de la transition éventuelle d'une personne des Premières Nations ou inuite vers un logement.

- Lorsqu'une personne possède un lieu où vivre, il peut paraître naturel à son réseau social, ainsi qu'à elle-même, qu'au nom d'un principe de solidarité, les personnes non logées de son réseau fréquentent également le lieu d'hébergement.
- La pratique d'hospitalité communautaire mène parfois à certains abus et la personne confrontée à cette situation peut dans certains cas préférer quitter son logement et retourner en situation d'itinérance pour ne pas avoir à gérer cette situation délicate ou encore par manque de moyens pour y faire face. Elle peut également se retrouver en situation d'itinérance après avoir été expulsée par un propriétaire qui n'accepte pas que plusieurs autres personnes habitent le logement.
- Bien que les caractéristiques propres à la réalité des personnes des Premières Nations et des Inuit doivent être prises en considération dans une démarche qui vise une sortie de l'itinérance, les pratiques évoquées dans la fiche [Agir sur l'instabilité résidentielle pour prévenir le passage à la rue](#) pourraient également être utiles dans l'intervention auprès d'eux.

## 2.5 INFORMER LES PERSONNES ET LES ORIENTER VERS LES SERVICES ET LES ORGANISATIONS CULTURELLEMENT PERTINENTES

Offrir rapidement de l'information au sujet des ressources disponibles lorsque des personnes des Premières Nations et les Inuit arrivent en milieu urbain ou dans une ville en région peut éviter l'ancrage dans la rue ou l'engagement dans certaines activités de survie pouvant porter atteinte à leur intégrité physique et mentale. Il est de la responsabilité de l'intervenant de démystifier les codes et le mode de fonctionnement des organisations du réseau de la santé et des services sociaux pour les personnes des Premières Nations et les Inuit et de les rassurer quant à l'accompagnement qu'ils y trouveront. Qu'une personne manifeste clairement ou non un attachement à sa culture d'origine, il peut être pertinent de l'informer des ressources offertes aux personnes des Premières Nations et aux Inuit et de la mettre en lien avec celles-ci, si tel est son souhait.



**Astuce d'intervention !** Parmi les ressources mises sur pied par et pour les Autochtones, les Centres d'amitié autochtones ont pour mission de répondre aux besoins culturels et sociaux des personnes des Premières Nations et des Inuit, de leur offrir des services pertinents de divers ordres (emploi, éducation, intervention psychosociale, etc.) et un espace de sécurité identitaire nourri par des activités culturelles et communautaires. *Pour en savoir plus, consulter le site web du [Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec](#).*

- Renseignez-vous sur les ressources que la personne connaît déjà sur le territoire et qui pourraient la soutenir dans ses différentes démarches (logement, emploi, santé, dépendance, etc.).
- Offrez l'information permettant à la personne de se repérer dans la ville, notamment en ce qui a trait aux services offerts, à leur localisation et aux modalités d'accès.
- Sensibilisez-la aux procédures et aux règles de fonctionnement des services, parfois implicites, qui pourraient la concerner (règlements municipaux, modalités du paiement du loyer, utilisation des transports, pratiques policières, etc.).
- Sans nier le fait qu'un intervenant non autochtone puisse apporter une aide significative à une personne des Premières Nations ou inuite, la possibilité de rencontrer un aîné, un intervenant de sa communauté ou simplement une personne de la même communauté ou nation peut être importante pour certaines personnes, ceux-ci pouvant jouer un rôle de modèle positif qui permet de favoriser une intervention indirecte, non intrusive et non coercitive.
- Renseignez-vous sur les ressources, les activités et les services destinés aux personnes des Premières Nations et aux Inuit dans votre secteur. Au besoin, communiquez avec le [Centre d'amitié autochtone](#) le plus près qui pourra vous orienter sur le sujet. Transmettez ces informations à la personne si elle ne les connaît pas déjà.

- Créez des ponts et des collaborations avec les ressources autochtones de votre secteur et les ressources fréquentées par les personnes au sein de leur communauté d'origine, le cas échéant.
- Favorisez la continuité entre les services offerts dans la communauté d'origine et ceux offerts sur votre territoire.



**Astuce d'intervention !** Les personnes des Premières Nations et les Inuit ont accès aux services de réadaptation en dépendance s'adressant à la population générale. Par exemple, les services de réadaptation en dépendance des CISSS et des CIUSSS sont gratuits et sont offerts dans toutes les régions du Québec. En complémentarité avec ces services publics, les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance peuvent fournir des services aux personnes des Premières Nations et aux Inuit. Certaines ressources ont mis sur pied des services culturellement adaptés. En plus de cela, pour les personnes des Premières Nations de communautés non conventionnées, il existe [\*six centres de prévention et de traitement\*](#) en lien avec le [\*Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones \(PNLAADA\)\*](#), qui offrent des services dans trois langues (français, anglais, innu) et qui intègrent des approches de soins culturellement adaptées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'accéder à ces services, la personne peut communiquer avec le poste de soins infirmiers communautaire, le centre de santé, le conseil de bande de sa communauté ou avec le [\*gestionnaire du PNLAADA de la région du Québec\*](#).

### 3. ENTAMER LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES NÉCESSAIRES À L'OBTENTION DES SOINS ET DES SERVICES

Entreprendre des démarches afin d'obtenir les documents permettant d'avoir accès aux soins et aux services est un défi pour plusieurs personnes en situation d'itinérance. Pour les personnes des Premières Nations et les Inuit, cela est d'autant plus complexe que les procédures varient selon que l'on est un Inuk vivant dans un village nordique ou dans une ville du Sud, un membre d'une Première Nation conventionnée ou non, vivant dans une communauté ou possédant une adresse en ville. Plusieurs personnes des Premières Nations

et plusieurs Inuit auront besoin d'être guidés et accompagnés dans ces démarches. De plus, le fonctionnement des établissements qui offrent les soins de santé et les services sociaux dans les communautés et en dehors de celles-ci peut varier grandement.

- Vérifiez s'il existe des photocopies de certains papiers d'identité ou de documents administratifs et, dans l'affirmative, demandez à la personne qui les a en sa possession (par exemple un organisme communautaire qu'elle fréquente ? Un centre de santé dans sa communauté d'origine ? Une autre organisation dans votre secteur ou dans une autre région où elle a déjà reçu des services de santé ou des services psychosociaux ? etc.).
- Si la personne répond par la négative, demandez-lui si elle connaît par cœur un numéro qui pourrait permettre de l'identifier et d'entamer certaines démarches (numéro N, carte de statut, etc.). Plusieurs personnes des Premières Nations et inuites connaissent ces informations par cœur.
- Il faut savoir que le numéro N (Inuit) ou le numéro de bande (carte de statut Premières Nations) permet d'obtenir des soins de santé non assurés qui sont complémentaires aux soins couverts par la RAMQ (soit par le gouvernement fédéral ou provincial).
- Les démarches à entreprendre pour obtenir la carte d'assurance maladie (RAMQ) sont les mêmes que pour les personnes non autochtones. *Pour plus d'informations sur ces démarches, consulter la fiche [Accompagner des personnes en situation d'itinérance](#).*
- Pour avoir du soutien dans les démarches administratives liées aux soins et aux services, plusieurs ressources sont disponibles, notamment :
  - › Pour les personnes des Premières Nations, les [Centres d'amitié autochtones](#) sont des ressources qui seront à même de répondre aux questions de la personne et de l'orienter au besoin.
  - › Si la personne est inuite, il est possible d'amorcer des démarches avec le soutien de la [Société Makivik](#).

- › Pour les Inuit à Montréal, la Southern Quebec Inuit Association (514 545-1885) peut offrir les mêmes services que les Centres d'amitié autochtones.
- › Si la personne est crie, il est possible de communiquer avec le [Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James](#).
- › Pour une personne d'une communauté non conventionnée, il est probable que sa communauté d'origine puisse lui offrir un soutien dans ses démarches.
- › Plus généralement, vous pouvez vous renseigner auprès d'un agent de relation avec le milieu ou de la [Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador](#).



**Astuce d'intervention !** Sachez que lorsque les médicaments et les services médicaux ne sont pas couverts par un régime d'assurance privée ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec, le [programme des Services de santé non assurés \(SSNA\)](#) peut rembourser certains frais et services (par ex. : soins de la vue, soins dentaires, transport pour des raisons médicales, services de counseling en santé mentale et services de soutien culturel et affectif). Le programme SSNA est géré par Services aux Autochtones Canada pour l'ensemble des communautés non conventionnées<sup>1</sup>. L'intervenant peut soutenir la personne dans ses démarches auprès de l'instance concernée afin d'accéder au programme. Pour les nations couvertes par une convention (soit les Inuit, les Cris et les Naskapis), le programme SSNA est administré respectivement par la [Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik](#), le [Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James](#) et le [CLSC Naskapi](#).

---

<sup>1</sup> Voir aussi à ce propos le [Guide des procédures pour accéder aux services de santé](#) produit par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## CERTAINS ÉCRITS PERTINENTS CONCERNANT LES AUTOCHTONES

*Résumé des discussions et de la conclusion des travaux de la Commission de vérité et réconciliation, dont une section porte sur les appels à l'action dans le domaine des services de santé et des services sociaux :*

- [Commission de vérité et réconciliation du Canada. \(2015\). Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada \(594 p.\)](#)

*Portrait des communautés inuites, de leur région et de leur vision de l'avenir, dont celle relative aux services de santé et aux services sociaux :*

- [Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. \(2014\). Rapport de la consultation Parnasimautik.](#)

*Portrait des communautés des Premières Nations et inuites :*

- [Gaudreault, D. \(2011\). Amérindiens et Inuit. Portrait des nations autochtones du Québec \(2e éd.\). Secrétariat aux affaires autochtones.](#)

*Rapport abordant différents domaines de la vie des femmes autochtones au Québec :*

- [Larivière, W., Boulanger, S., Champagne, J., Dubois, C., et Bouchard, S. \(2016\). À la rencontre des femmes autochtones du Québec. Conseil du statut de la femme.](#)

*Mémoire présenté dans le cadre du processus de révision du cadre d'apprentissage et de garde des jeunes autochtones, plan de mobilisation :*

- [Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec \(RCAAQ\). \(2017\). Soutenir les familles autochtones vivant en milieu urbain Mémoire du RCAAQ soumis au Ministère de l'Emploi et Développement social Canada \(EDSC\) \(36 p.\).](#)

## CERTAINS ÉCRITS, OUTILS ET COORDONNÉES PERTINENTS CONCERNANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ, AUX SERVICES SOCIAUX ET À D'AUTRES PROGRAMMES POUR LES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT

*Rapport sur les différents services de santé et services sociaux destinés aux Premières Nations et aux Inuit :*

- [Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. \(2019\). Rapport synthèse – Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès \(122 p.\). Gouvernement du Québec.](#)

*Informations sur les services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit du Québec par le gouvernement provincial et par le gouvernement fédéral :*

- [Bergeron, O. \(2015\). Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec – Synthèse des services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit au Québec. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.](#)
- [Description du programme des Services de santé non assurés \(SSNA\) pour les Premières Nations et les Inuit sur le site web de Santé Canada.](#)

*Trousse d'information et de renseignements pratiques pour accéder aux services et soins de santé du programme des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada et aux autres services de santé provinciaux :*

- [Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. \(2013\). Guide des procédures pour accéder aux Services de santé pour les Premières Nations vivant hors et sur réserve.](#)

*Organismes à contacter pour plus d'informations sur l'accès au programme des Services de santé non assurés (SSNA) :*

- [Services aux Autochtones Canada – Communautés non conventionnées](#)
- [Régie régionale de santé et des services sociaux du Nunavik – Inuit](#)
- [Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James – Cris](#)
- [CLSC Naskapi – Naskapis](#)

*Autres programmes pour les personnes des Premières Nations et les Inuit :*

- [Liste des centres de traitements au Québec pour le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones](#)
- [Programme d'aide à l'intégration en emploi des membres des Premières Nations et des Inuit](#)

## **COORDONNÉES DE CERTAINES ORGANISATIONS NATIONALES ŒUVRANT DIRECTEMENT AUPRÈS DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT DU QUÉBEC OU À LA PROMOTION DE LEURS DROITS, LEURS INTÉRÊTS ET LEUR CULTURE**

### [Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec](#)

Association provinciale qui milite depuis 45 ans pour les droits et intérêts des citoyens autochtones dans les villes du Québec, tout en appuyant les Centres d'amitié autochtones du Québec qui y sont affiliés.

### [Alliance de recherche ODENA](#)

Organisme visant à soutenir le développement social, économique, politique et culturel de la population autochtone des villes québécoises et à mettre en valeur l'action collective des Centres d'amitié autochtones du Québec. Regroupe des chercheurs, des collaborateurs, des intervenants, des leaders, des intellectuels et des experts autochtones de même que plusieurs étudiants de 2e et 3e cycles.

### [Société Makivik](#)

Organisation qui lutte contre la pauvreté et promeut le bien-être, le progrès et l'éducation des Inuit.

### [Institut culturel Avataq](#)

Organisme culturel dont le but est d'assurer la préservation et l'épanouissement de la culture et de la langue inuites par le biais de programmes linguistiques, patrimoniaux et culturels.

### Femmes autochtones du Québec

Organisme dont la visée est de représenter et défendre les intérêts des femmes autochtones, de leur famille et de leur communauté à travers le Québec.

### Projets autochtones du Québec

Organisme autochtone qui accompagne les personnes des Premières Nations, les Inuit et les Métis qui sont confrontés à la précarité du logement à Tio'tià : ke / Montréal.

### Comités de justice communautaire

Services communautaires axés sur la déjudiciarisation, la réduction des méfaits, et le mieux-être de la communauté, du délinquant et de la victime basés sur la justice réparatrice avec un objectif de résolution des conflits.

### Services parajudiciaires autochtones du Québec

Service d'accompagnement lors du processus judiciaire et Ligne d'urgence pour les victimes d'abus policiers.

## **CERTAINS DOCUMENTS ET FORMATIONS CONCERNANT LA DÉMARCHE DE SÉCURISATION CULTURELLE**

*Textes et rapports portant sur la sécurisation culturelle :*

- [Ministère de la Santé et des Services sociaux \(MSSS\). \(2021\). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux. Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Gouvernement du Québec.](#)
- [Conseil canadien de la santé. \(2012\). Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain.](#)
- [Ball, J. \(2008\). Cultural safety in practice with children, families and communities \(allocution présentée à The Early Years Interprofessional Research and Practice Conference, Vancouver, 1er février 2008\). University of Victoria.](#)

*Formations en ligne offertes par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue :*

- [Wedokodadowiin – Travaillons ensemble !](#)
- [Piwaseha – Cultures et réalités autochtones](#)

## **CERTAINS DOCUMENTS AUDIOVISUELS PRÉSENTANT L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS OU DES INUIT**

*Vidéo sur l'expérience de la rue à Montréal telle que vécue par trois personnes des Premières Nations :*

- [Rivet, P. \(2013\). Je ne veux pas mourir – problèmes de toxicomanie des Amérindiens, 45 minutes 34 secondes.](#)

*Vidéo sur l'expérience d'un homme autochtone vivant en situation de précarité résidentielle :*

- [Nepinak, D. \(2012\). Trois repas et un lit, Office national du film du Canada \(ONF\), en association avec la Commission de la santé mentale du Canada, 2 minutes 26 secondes.](#)

*Vidéo sur l'héritage des pensionnats indiens :*

- [Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. \(2009\). L'héritage des pensionnats indiens au Québec.](#)

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de santé publique du Canada. (2015). *Cadre des méthodes autochtones éprouvées pour l'Initiative canadienne des pratiques exemplaires*. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/aspc-phac/HP35-59-2015-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP35-59-2015-fra.pdf)

Bacon, P. (2008). *Le phénomène de l'itinérance chez les Premières Nations au Québec* (42 p.). Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://centredoc.cssspnql.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=71>

Beaulieu, A., Gervais, S., et Papillon, M. (dir.). (2013). *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord*. Presses de l'Université de Montréal. <http://www.territoireautochtone.uqam.ca/pages/documents/publications/Beaulieu-Gervais-Papillon-Autochtones.pdf>

Bélangier, Y., Awosoga, O., et Weasel Head, G. (2013). Homelessness, urban Aboriginal people, and the need for a national enumeration. *Aboriginal Policy Studies*, 2(2), 4-33. <https://doi.org/10.5663/aps.v2i2.19006>

Bergeron, A., et Boileau, A. (2015). *Nānāwig Māmawe Nīnawind. Debout et solidaires. Femmes autochtones disparues ou assassinées au Québec* (79 p.). Femmes autochtones du Québec. <https://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/09/RapportFADA-Copie.pdf>

Bergeron, O. (2015). *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec – Synthèse des services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/gp56Nb08GvsjKLt>

Brassard, R., Giroux, L., et Lamothe-Gagnon, D. (2011). *Profil correctionnel 2007-2008. Les Autochtones confiés aux Services correctionnels*. Ministère de la Sécurité publique du Québec, Direction des Services correctionnels. [https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/services\\_correctionnels/publications/profil\\_autochtones\\_2007-2008/profil\\_correctionnel\\_2007-2008\\_autochtones.pdf](https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/services_correctionnels/publications/profil_autochtones_2007-2008/profil_correctionnel_2007-2008_autochtones.pdf)

Christensen, J. (2012). « They want a different life »: Rural northern settlement dynamics and pathways to homelessness in Yellowknife and Inuvik, Northwest Territories. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 56(4), 419-438. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00439.x>

- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* (594 p.). [https://web.archive.org/web/20210327011823/https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Honorer la v%C3%A9rit%C3%A9 r%C3%A9concilier pour l%27%80%99avenir.pdf](https://web.archive.org/web/20210327011823/https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Honorer%20la%20v%C3%A9rit%C3%A9%20r%C3%A9concilier%20pour%20l%27avenir.pdf)
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Rapport synthèse – Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès* (122 p.). Gouvernement du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_Synthese.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_Synthese.pdf)
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf)
- Côté, M.-O. (2013). Chapitre 3 – Migration. Dans *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec 2008*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). <https://files.cssspnql.com/index.php/s/Wc1W5v46Ta1H2Ap#pdfviewer>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place*. Le sommaire du rapport final (137 p.). <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/>
- Fournier, A., Rose, M.-C., Hurtubise, R., et McAll, C. (2015). *Mieux comprendre l'itinérance en région. Précarité résidentielle et mobilité interurbaine*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/mieux-comprendre-litinerance-en-region-precarite-residentielle-et-mobilite-interurbaine-une-etude-exploratoire-2015/>
- Gaudreault, D. (2011). *Amérindiens et Inuit. Portrait des nations autochtones du Québec* (2e éd.). Secrétariat aux affaires autochtones. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/administratives/brochures/document-11-nations-2e-edition.pdf?1605704959>
- Goyette, M., Grenier, S., Pontbriand, A., Turcotte, M.-È., Royer, M.-N., et Corneau, M. (2014). *Enjeux relatifs au passage à la vie adulte de jeunes autochtones : vers une meilleure compréhension de la particularité du contexte de communautés algonquines de l'Abitibi-Témiscamingue*. École nationale d'administration publique et Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/01/030181709.pdf>

- Goyette, M., Pontbriand, A., Turcotte, M.-È., Mann-Feder, V., Turcotte, D., Grenier, S., et El-Hadji Sawaliho, B. (2012). *Parcours d'entrée dans la vie adulte et stratégies d'autonomisation des jeunes autochtones suivis ou placés en protection de la jeunesse* (112 p.). Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/01/030374475.pdf>
- Guay, C. (2013). Le renouvellement des pratiques en travail social : la contribution des intervenants sociaux autochtones. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* (p. 339-352). Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/travail-social-1946.html>
- Harvey, M.-F. (2016). *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/yv7jTy3ljca0TqY>
- Kishigami, N. (2008). Homeless Inuit in Montreal. *Études/Inuit/Studies*, 32(1), 73-90. <https://doi.org/10.7202/029820ar>
- Kishigami, N. (2014). *The current condition of low-income and homeless Inuit in Montreal, Canada, and the problems they face – General trends based on 2012 study in Montreal*. Makivik Corporation. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/\[Final\]%20Kishigami's%20urban%20Inuit%20Report.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/[Final]%20Kishigami's%20urban%20Inuit%20Report.pdf)
- La rue des Femmes. (2018). *Portrait de l'itinérance au féminin. Réalité 2018* (22 p.). <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Litinerance-au-feminin-2018.pdf>
- Larivière, W., Boulanger, S., Champagne, J., Dubois, C., et Bouchard, S. (2016). *À la rencontre des femmes autochtones du Québec*. Conseil du statut de la femme. [https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes\\_autochtones\\_web.pdf](https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes_autochtones_web.pdf)
- Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019a). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (267 p.). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
- Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019b). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018 (version révisée du 8 avril 2019)* (143 p.). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>
- Léveillé, K. (2014). *L'intervention sociale auprès des Autochtones en milieu urbain : contexte, pratiques et perceptions des intervenants à Montréal* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). <https://archipel.uqam.ca/6061/1/M13345.pdf>

- Lévesque, C. (2003). La présence des Autochtones dans les villes du Québec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés. Dans D. Newhouse et E. J. Peters, *Des gens d'ici. Les Autochtones en milieu urbain* (p. 25-37). Projet de recherche sur les politiques. Gouvernement du Canada.  
<https://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/cn000030608060-fra.pdf>
- Lévesque, C. (2016). *La présence autochtone dans les villes du Québec : actions, tendances et enjeux* (No 2016-01 ; Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_depotes\\_a\\_la\\_Commission/P-117.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-117.pdf)
- Lévesque, C., et Comat, I. (2018a). *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec. Partie I. Une enquête qualitative à Montréal.* (No 2018-02 ; Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_depotes\\_a\\_la\\_Commission/P-116.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-116.pdf)
- Lévesque, C., et Comat, I. (2018b). *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec. Partie II. Une enquête qualitative à Val-d'Or.* (No 2018-02 ; Cahiers ODENA. Au croisement des savoirs). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. <https://reseaudialog.ca/wp-content/uploads/2021/06/CahierODENA-2018-02-Itinerance-VD-VF.pdf>
- Lévesque, C., Turcotte, A.-M., Ratel, J.-L., et Germain, A. (2015). La condition itinérante au sein de la population autochtone au Québec : éléments de compréhension et pistes d'analyse. Dans S. Bergheul (dir.), *Regards croisés sur l'itinérance* (p. 111-130). Presses de l'Université du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_depotes\\_a\\_la\\_Commission/P-120.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-120.pdf)
- McCallum, K., et Isaac, D. (2011). *Feeling home: Culturally responsive approaches to Aboriginal homelessness* (79 p.). Centre for Native Policy and Research.  
<http://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/01/feeling-home-final-report.pdf>
- Menzies, P. (2007). Understanding Aboriginal intergeneration trauma from a social work perspective. *The Canadian Journal of Native Studies*, XXVII(2), 367-392.  
<http://www3.brandonu.ca/cjns/27.2/05Menzies.pdf>
- Menzies, P. (2009). Homeless Aboriginal men: Effects of intergenerational trauma (Chapitre 6.2). Dans J. D. Hulchanski, P. Campsie, S. B. Y. Chau, S. W. Hwang et E. Paradis (dir.), *Finding home: Policy options for addressing homelessness in Canada* (p. 601-626). Cities Centre, University of Toronto. <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/6.2%20Menzies%20-%20Homeless%20Aboriginal%20Men.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuit)*. Affaires autochtones et régions nordiques, Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014a). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014b). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux. Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* (Publication no 978-2-550-88925-0). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal. (2016). *L'itinérance chez les Autochtones : les concepts clés*. MMFIM. <https://www.mmfim.ca/litinerance-chez-les-autochtones-les-concepts-cles/>
- Patrick, C. (2015). *L'itinérance autochtone au Canada*. *Revue de la littérature*. The Homeless Hub Press. [https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/Litine%CC%81rance autochtone au Canada.pdf](https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/Litine%CC%81rance%20autochtone%20au%20Canada.pdf)
- Peters, E. J. (2000). Aboriginal people and Canadian geography: A review of the recent literature. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 44(1), 44-55. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2000.tb00692.x>
- Porteous, J. D., et Smith, S. E. (2001). *Domicide: The global destruction of home*. McGill-Queen's University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt814g0>
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (2008). *Mémoire sur le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain du Québec*. [http://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2018/04/M%C3%A9moire\\_RCAAQ\\_2008\\_Litin%C3%A9rance.pdf](http://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2018/04/M%C3%A9moire_RCAAQ_2008_Litin%C3%A9rance.pdf)

- Rose, M.-C., et St-Louis, M. (2016). *Démarche de consultation auprès de 20 intervenants et gestionnaires œuvrant auprès des autochtones en situation d'itinérance dans les différentes régions du Québec* (Rapport interne). Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).
- Savoie, D., et Cornez, S. (2014). *Low-income and homeless Inuit in Montreal* (16 p.). Makivik Corporation. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/INUIT%20HOMELESSNESS%20AND%20LOW-INCOME%20-%20DOCUMENT%20DATED%20MARCH%202014%20\(FINAL\).pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/INUIT%20HOMELESSNESS%20AND%20LOW-INCOME%20-%20DOCUMENT%20DATED%20MARCH%202014%20(FINAL).pdf)
- Shaikh, A., Pallard, H., et Kauppi, C. (2013). Migration and homelessness: Exploring attachment to place amongst Francophone, Anglophone and Indigenous people in Northeastern Ontario. *Spaces and Flows: An International Journal of Urban and ExtraUrban Studies*, 3(1), 97-107. <https://doi.org/10.18848/2154-8676/CGP/v03i01/53682>
- Tables locales et centrale. (2017). *Cadre de référence – Accessibilité aux services en milieu urbain pour les Autochtones* (8 p.). [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/P-198.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-198.pdf)
- Willows, N. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada : état actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S36-S41. <https://doi.org/10.1007/BF03405199>



# Complément Femmes

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

## FEMMES

Les femmes en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur âge, de leur parcours migratoire ou de leur orientation sexuelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES FEMMES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Lors du dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé dans 11 régions du Québec le 24 avril 2018, les femmes représentaient 26 % des personnes dénombrées. Comparées aux hommes, les femmes en situation d'itinérance étaient plus jeunes, plus nombreuses à déclarer une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (20 % contre 7 % chez les hommes), dont bisexuelle (13 % contre 3 % chez les hommes), et également plus nombreuses à rapporter une identité autochtone (14 % contre 9 % chez les hommes) ou inuite (4 % contre 1 % chez les hommes). Les femmes dénombrées se trouvaient proportionnellement plus nombreuses dans les banlieues et dans les grandes villes autres que Montréal<sup>[01]</sup>. Par ailleurs, à Montréal, plus de femmes (25 %) que d'hommes (18 %) ont déclaré être arrivées au Canada en tant qu'immigrantes (contre 13 % des femmes et 10 % des hommes dans d'autres régions)<sup>[02]</sup>.

Plusieurs travaux suggèrent qu'une des spécificités importantes de l'itinérance des femmes réside dans son caractère caché ou peu visible, même lorsque celles-ci vivent dans la rue<sup>[03,04]</sup>. Les données du dénombrement de 2018 tendent à le confirmer. Elles révèlent que les femmes dénombrées étaient plus susceptibles de vivre en ressources de transition et, dans une moindre mesure, de vivre de l'itinérance cachée. Cette dernière notion est définie, dans le cadre du dénombrement, comme le fait d'être « hébergée temporairement chez d'autres ou dans un hôtel ou un motel, sans avoir de domicile fixe permanent ; ou [de demeurer] dans une maison de chambres<sup>[01]</sup> ». Il importe toutefois de préciser que la méthodologie de cette enquête visait essentiellement les personnes en situation d'itinérance visible ; elle n'aurait donc pas permis de dresser un portrait juste et nuancé de l'itinérance cachée<sup>1</sup>.

Une deuxième spécificité de l'itinérance des femmes est son caractère familial ou parental, bien que des hommes puissent également vivre ce phénomène<sup>[05,06]</sup>. De plus en plus de familles au Canada se trouveraient en situation de précarité résidentielle, forcées de vivre dans des logements surpeuplés, insalubres ou devant faire un choix entre payer le logement et nourrir leurs enfants<sup>[07]</sup>. Les femmes seraient particulièrement touchées par cette réalité : la majorité des familles en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle sont composées d'une mère monoparentale et d'au moins un enfant<sup>[08,09]</sup>. Les personnes en situation d'itinérance accompagnées de leurs enfants représentaient 5 % des personnes dénombrées au Québec en 2018<sup>[01]</sup>. Un dénombrement réalisé en 2015 sur l'île de Montréal porte à penser que cette réalité toucherait particulièrement des femmes issues de l'immigration, ces répondantes étant proportionnellement plus nombreuses (22 %) que les femmes non immigrantes (10 %) à être accompagnées de leurs enfants<sup>[10]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le passage à l'itinérance chez les femmes, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[11]</sup>.

Un dénominateur commun à l'entrée dans la « spirale de l'itinérance au féminin<sup>[03]</sup> » est l'expérience de violences et de traumatismes, souvent dès l'enfance et de façon répétée tout au

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur l'itinérance cachée au Canada, voir [ce rapport](#) publié par Statistique Canada (2016).

long de la vie<sup>[03,12]</sup>. Ces violences s'inscrivent dans des rapports sociaux inégalitaires entre les hommes et les femmes<sup>[03,13]</sup>. Même si ces expériences de violences et de traumatismes ne peuvent pas être associées de manière systématique au basculement vers l'itinérance, l'instabilité résidentielle ayant précédé l'itinérance est souvent liée à des relations intimes conflictuelles, abusives ou violentes<sup>[02,14]</sup>. La violence conjugale, ajoutée à des liens de dépendance économique, augmente les probabilités que les femmes vivent une situation d'itinérance à la suite d'une séparation<sup>[14]</sup>.

La pauvreté et le maintien dans des rôles traditionnels influencent négativement la capacité des femmes à trouver un logement locatif décent, à le payer et à le garder<sup>[15,16]</sup>. Par exemple, plusieurs femmes assument le rôle traditionnel de proche aidante auprès de parents âgés ou en situation de handicap, sans structure adéquate de soutien, ce qui contribue à une fragilisation et à un appauvrissement économique et social<sup>[03]</sup>.

En raison des multiples oppressions qu'elles subissent, certaines femmes en situation d'itinérance sont plus vulnérables : femmes autochtones, femmes trans, femmes vivant avec une déficience intellectuelle ou physique, travailleuses du sexe, femmes immigrantes, femmes issues des minorités visibles, femmes s'identifiant à une minorité sexuelle, jeunes femmes, femmes monoparentales, femmes âgées, ou femmes enceintes<sup>[17-19]</sup>. Par exemple, les femmes issues de l'immigration ou des minorités visibles, les cheffes de famille monoparentale ou celles vivant avec un handicap sont souvent victimes de discrimination dans le processus de recherche d'un logement<sup>[20]</sup>. Les femmes locataires à faible revenu seraient particulièrement vulnérables aux abus de la part de leur propriétaire, du concierge, ou d'un colocataire en raison de leurs conditions de vie précaires<sup>[16]</sup>. Les femmes âgées à faible revenu seraient particulièrement à risque de perdre leur logement à la suite du décès de leur conjoint<sup>[21]</sup>.

Comme pour d'autres personnes en situation d'itinérance, il apparaît que les séjours en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, en centre de détention ou en centre hospitalier peuvent constituer un facteur de fragilisation, d'abord en coupant les liens qui permettent de s'affilier, ensuite en ne favorisant pas le développement d'habiletés permettant de trouver et de garder un logement<sup>[03]</sup>. Certaines femmes admises en maison d'hébergement de manière temporaire risqueraient de basculer vers l'itinérance lorsque le séjour se termine, puisqu'elles n'auraient pas eu suffisamment de temps pour entreprendre les démarches d'insertion sociale nécessaires pour répondre aux difficultés qu'elles ont vécues<sup>[22]</sup>.

La détresse liée à la violence subie et à la pauvreté, pour sa part, pourrait contribuer à l'émergence de certaines difficultés chez les femmes : problèmes de santé physique, troubles liés à l'usage d'une substance et autres dépendances, troubles mentaux et risque de vivre une période d'institutionnalisation, accentuant la possibilité qu'elles se retrouvent en situation d'itinérance<sup>[15]</sup>.

Avant de se retrouver en situation d'itinérance, les femmes peuvent chercher par tous les moyens à éviter cette situation. Certaines peuvent mettre en place des stratégies portant atteinte à leur dignité, à leur intégrité et à leur sécurité, telles que demeurer avec un conjoint exerçant de la violence physique, sexuelle ou psychologique à leur égard ; consentir à des relations sexuelles avec leur propriétaire pour éviter l'éviction ; tolérer des conditions de logement inacceptables ; offrir des services sexuels en échange d'un hébergement temporaire<sup>[03,13,16]</sup>. Une femme confrontée à ces situations ne pourrait considérer son hébergement comme un réel chez-soi en raison des risques pour sa santé mentale et physique.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

L'itinérance expose les femmes à de nombreuses sources de violences physiques, psychologiques et sexuelles. Les rapports entre les hommes et les femmes en situation d'itinérance se déploient souvent sous l'angle de l'exploitation et des rapports de pouvoir asymétriques<sup>[13]</sup>. La majorité des femmes vivant en situation d'itinérance auraient vécu de la violence physique, psychologique ou sexuelle de la part d'un membre de leur famille ou de leur partenaire<sup>[03,13,23-25]</sup>. Les femmes peuvent accepter des relations marquées par différentes formes de violence afin de répondre à leurs besoins de survie<sup>[13]</sup>. D'un autre côté, elles peuvent consacrer une grande partie de leur temps à se prémunir contre les violences physiques et sexuelles<sup>[04,13]</sup>. Elles peuvent développer diverses stratégies pour y parvenir, par exemple, faire l'acquisition d'un chien<sup>[25]</sup>, entretenir des relations intimes homosexuelles<sup>[26]</sup> ou s'unir à un homme pour tenter de bénéficier d'une forme de protection<sup>[13,23,27,28]</sup>.

Les femmes en situation d'itinérance tenteraient également de camoufler leur situation d'itinérance, souhaitant passer inaperçues et devenant ainsi difficiles à repérer dans le tissu urbain<sup>[29]</sup>. D'autre part, les femmes en situation d'itinérance auraient davantage tendance à s'isoler qu'à se regrouper, par peur, méfiance envers les autres ou parce qu'elles ont honte de leur situation<sup>[30]</sup>.

La réalité des femmes en situation d'itinérance est aussi marquée par des facteurs biologiques. Les menstruations, par exemple, posent un défi d'hygiène supplémentaire pour elles<sup>2[04,29,29]</sup>. Ayant un accès restreint à la contraception, certaines femmes seraient aussi plus à risque de vivre une grossesse ou de contracter des infections transmises sexuellement.

Une grossesse, désirée ou non, pourrait être un vecteur d'espoir et de changement pour les femmes en situation d'itinérance<sup>[03]</sup>, tout en exacerbant leurs difficultés<sup>[19]</sup>. Vivre une situation d'itinérance pendant la grossesse comporterait des risques, dont un faible poids à la naissance chez l'enfant<sup>[31]</sup>. Certaines mères peuvent ne pas être suivies ni passer les examens prévus au cours de leur grossesse, sauf lorsqu'elles se retrouvent à l'hôpital pour d'autres motifs (agression physique, sexuelle, surdose, etc.)<sup>[32]</sup>. Par ailleurs, certaines mères en situation d'itinérance chercheraient à cacher leur situation d'instabilité résidentielle le plus longtemps possible pour éviter la perte de la garde de leurs enfants<sup>[33]</sup>, et ne pas décevoir ainsi leurs espoirs et amplifier leur détresse<sup>[03,32]</sup>. Les femmes en situation d'itinérance peuvent aussi cacher leur grossesse par crainte de s'exposer davantage à la violence (d'un ex-conjoint, par exemple)<sup>[34,35]</sup>.

## QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES FEMMES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les femmes en situation d'itinérance auraient besoin de protection, de soutien et d'une aide psychologique et juridique en lien avec la violence subie ou d'autres traumatismes vécus<sup>[29]</sup>. Celles qui ont été victimes d'agressions sexuelles auraient aussi besoin de soutien afin de dénoncer leur agresseur et de se reconstruire intérieurement<sup>[36]</sup>. Les mères victimes de violence conjugale auraient besoin d'un soutien exempt de jugement, et qui s'abstienne de les tenir responsables des conséquences de cette violence sur leurs enfants<sup>[37]</sup>.

Les femmes en situation d'itinérance auraient aussi besoin de pouvoir accéder à des services et à du matériel en lien avec leur santé sexuelle, reproductive et maternelle, tels que des mesures de contraception, des examens gynécologiques, des tests et un suivi de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des produits d'hygiène féminine<sup>[38,39]</sup>.

---

<sup>2</sup> À noter que des hommes trans peuvent également avoir des menstruations.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Certaines femmes auraient de la difficulté à se reconnaître comme des personnes en situation d'itinérance, bien qu'elles soient sans domicile fixe et utilisent les ressources en itinérance<sup>[03]</sup>. Il peut aussi y avoir une méconnaissance des services, particulièrement chez les plus jeunes<sup>[13]</sup>, chez celles qui sont réfugiées ou issues d'une immigration récente<sup>[30]</sup> et chez celles se retrouvant en situation d'itinérance à un âge avancé<sup>[40]</sup>.

Les femmes victimes d'agression sexuelle peuvent avoir de la difficulté à dénoncer cette situation, soit parce qu'elles éprouvent un sentiment d'isolement, qu'elles ignorent les moyens dont elles disposent pour le faire ou parce qu'elles ont peur d'être à nouveau victimisées à travers le processus juridique et médical<sup>[41]</sup>.

Les femmes en situation d'itinérance peuvent aussi éprouver une méfiance vis-à-vis des professionnels, notamment lorsqu'elles ont eu des expériences antérieures difficiles<sup>[19]</sup>, avoir peur d'être jugées négativement et que le service donné en soit affecté<sup>[04]</sup>. Certaines mères craindraient de perdre la garde de leurs enfants en révélant leur situation d'itinérance<sup>[42]</sup>. Cette méfiance peut même entraîner un refus d'accepter l'aide qui leur est proposée<sup>[19]</sup>.

La structure de certaines ressources d'aide peut constituer un obstacle à l'utilisation des services par certaines femmes en situation d'itinérance. Par exemple, il existe très peu de services d'hébergement pour les femmes, ayant ou non des enfants, qui ne présentent pas de problèmes spécifiques se rapportant à la santé mentale, à la violence conjugale ou aux troubles liés à l'utilisation d'une substance<sup>[15]</sup>. De plus, les temps d'attente importants, par exemple en raison d'une offre annuelle restreinte de nouvelles places en logement à loyer modique, limitent l'accès des femmes à un logement abordable et peuvent générer une instabilité résidentielle et de nombreux allers-retours entre les ressources d'hébergement d'urgence, la rue et les maisons d'hébergement<sup>[03]</sup>. Enfin, la mixité de certaines ressources d'aide<sup>[08]</sup> et leur fort achalandage pourraient avoir un effet dissuasif sur certaines femmes<sup>[30]</sup>.

---

<sup>3</sup> Des femmes en situation d'itinérance ont déclaré, lors de leur participation à diverses études abordant la thématique de l'hébergement en maisons d'hébergement, avoir prétendu vivre une situation de violence conjugale ou de dépendance afin d'obtenir une place.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Mettre en place des stratégies de réflexion et de sensibilisation au sein des services et des ressources, particulièrement auprès des jeunes femmes, afin de déconstruire les stéréotypes rattachés à la féminité traditionnelle, par exemple en ce qui a trait aux façons d'exprimer de la colère face aux violences vécues<sup>[43]</sup>.
- Favoriser le développement de liens de confiance visant la création d'un sentiment de sécurité physique, émotionnelle et psychologique<sup>[44]</sup>.
- Dans le respect des règles et avec le consentement de la personne, assurer le partage d'information et la continuité des services offerts par les différents partenaires (service de police, centre hospitalier, services psychosociaux rendus par le CLSC d'un CISSS ou d'un CIUSSS, centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel [CALAC] et centres d'aide aux victimes d'acte criminel [CAVAC]). Cela pourrait éviter qu'une femme victime de violence sexuelle ou physique ait à répéter son histoire et permettrait d'offrir une réponse adaptée à ses besoins le plus rapidement possible.
- Par respect pour la vie privée de la personne, éviter de partager des informations pouvant lui porter préjudice si elles ne sont pas pertinentes au suivi clinique.
- Être attentif aux signes d'un trouble de stress post-traumatique et aux autres conséquences des traumatismes et des violences<sup>[29]</sup>, cela en évitant d'être intrusif, ces traumatismes découlant souvent d'abus de confiance et d'une violation des limites<sup>[44]</sup>.
- Explorer de manière systématique le risque de précarité résidentielle à la suite d'une rupture conjugale ou dans les cas où une situation de violence conjugale est soupçonnée. *Utiliser, par exemple, l'[Outil de repérage IRIS](#) (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque).*
- Assurer un suivi en matière de santé sexuelle, reproductive et maternelle. S'assurer que des serviettes hygiéniques ou d'autres produits hygiéniques féminins soient disponibles gratuitement dans les espaces accueillant des femmes en situation de précarité.

- Offrir aux mères un soutien relativement au soin des enfants, selon les besoins et le contexte : renforcement des capacités parentales, aide psychologique apportée aux enfants vivant une situation d'instabilité résidentielle ou ayant été témoins de violence conjugale, mesures de répit pour la mère, etc.<sup>[42]</sup>. Consulter ce [Répertoire des organismes de soutien à la famille](#) selon les régions.
- Favoriser et soutenir la participation sociale des femmes en situation d'itinérance dans une perspective d'intégration sociale et de reconnaissance de l'itinérance au féminin<sup>[04]</sup>.
- Privilégier une approche d'intervention féministe permettant d'explorer comment les rapports sociaux de genres ainsi que les problématiques qu'ils génèrent ont contribué à la situation d'itinérance chez la femme<sup>[15]</sup>.
- Favoriser les échanges avec d'autres femmes et le soutien par des paires aidantes<sup>[19,42]</sup>.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES FEMMES APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Jeunes](#)
- [Personnes âgées](#)
- [Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme](#)
- [Personnes ayant une déficience physique](#)
- [Personnes immigrantes](#)
- [Personnes LGBTQ+](#)
- [Personnes des Premières Nations et Inuit](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (p. 267). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
02. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018* (version révisée du 8 avril 2019 ; p. 143). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>
03. Gélinau, L., Brisseau, N., et Seck, A. (2008). *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec — Rapport de la recherche qualitative* (p. 130). Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ). <http://www.raiiq.org/images/recherches/La%20spirale%20de%20l'itin%C3%A9rance%20au%20f%C3%A9minin.pdf>

04. Bellot, C., et Rivard, J. (2017). Repenser l'itinérance au féminin dans le cadre d'une recherche participative. *Criminologie*, 50(2), 95-121. <https://doi.org/10.7202/1041700ar>
05. Narendorf, S. C., Jennings, S. W., et Maria, D. S. (2018). Parenting and homeless: Profiles of young adult mothers and fathers in unstable housing situations. *Families in Society*, 97(3), 200-211. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2016.97.29>
06. Mayol, S. (2014). De l'homme sans domicile au père sans logement personnel : tensions de genre dans l'intervention sociale. *Le Télémaque*, 46(2), 119-133. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tele.046.0119>
07. Gulliver-Garcia, T. (2016). *Putting an end to child and family homelessness in Canada* (rapport de recherche ; p. 138). Raising the Roof / Chez Toit. <https://www.raisingtheroof.org/wp-content/uploads/2015/10/CF-Report-Final.pdf>
08. Tutty, L. M., Ogden, C., Giurgiu, B., et Weaver-Dunlop, G. (2014). I built my house of hope: Best practices to safely house abused and homeless women. *Violence Against Women*, 1-20. <https://doi.org/10.1177/1077801213517514>
09. Gaetz, S. A., Donaldson, J., Richter, T., et Gulliver, T. (2013). *The state of homelessness in Canada in 2013* (The Homeless Hub Paper Series # 4 ; p. 49). The Homeless Hub Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/SOHC2103.pdf>
10. Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C., et Smith, A. (2015). *Je compte Montréal 2015. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015* (p. 87). Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D\\_SOCIAL\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT\\_DENOMBREMENT\\_ITINERANCE\\_102015.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_ITINERANCE_102015.PDF)
11. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
12. Bellot, C., Burns, V., Côté, P.-B., Flynn, C., Fontaine, A., Greissler, É., Grenier, S., Hurtubise, R., MacDonald, S.-A., Mensah, M. N., et Rivard, J. (2018). *Rendre visible l'itinérance au féminin* (programme Actions concertées, rapport de recherche no 2016-FI-196118 ; p. 28). Secrétariat à la condition féminine et Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FRQSC). [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/Femmes-itinerance\\_rapport\\_C.Bellot.pdf/a61da4d6-3ce5-4f30-adc9-ff215f3650e0](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/Femmes-itinerance_rapport_C.Bellot.pdf/a61da4d6-3ce5-4f30-adc9-ff215f3650e0)
13. Côté, P.-B., Flynn, C., Blais, M., Manseau, H., et Fournier, É. (2017). L'itinérance comme vecteur de reproduction des rapports de genre inégalitaires : une analyse des relations intimes chez les jeunes. *Service social*, 63(2), 85-98. <https://doi.org/10.7202/1046501ar>
14. Tessler, R., Rosenheck, R., et Gamache, G. (2001). Gender differences in self-reported reasons for homelessness. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 10(3), 243-254. <https://doi.org/10.1023/A:1016688707698>

15. Gélinau, L., Loudahi, M., Bourgeois, F., Brisseau, N., Potin, R., et Zoundi, L. (2006). Le droit à sa place. *Recherches féministes*, 19(2), 125-141. <https://doi.org/10.7202/014845ar>
16. Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU). (2015). *Femmes, logement et pauvreté* (p. 12). <http://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2015/03/Femmes-logement-et-pauvrete.pdf>
17. Harper, E., et Kurtzman, L. (2014). Intersectionnalité : regards théoriques et usages en recherche et en intervention féministes. Présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 15-27. <https://doi.org/10.7202/1029259ar>
18. Shantz, L. R. S. (2012). *Negotiating the margins: Aging, women and homelessness in Ottawa* (thèse de doctorat en criminologie, Université d'Ottawa). <http://www.ruor.uottawa.ca/handle/10393/23277>
19. Finfgeld-Connett, D. (2010). Becoming homeless, being homeless, and resolving homelessness among women. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 461-469. <https://doi.org/10.3109/01612840903586404>
20. Conseil des Montréalaises. (2006). *Les femmes et le logement à Montréal* (p. 46). Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/CONS\\_MONTREALAISES\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/CdeM-LogAVIS.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/CONS_MONTREALAISES_FR/MEDIA/DOCUMENTS/CdeM-LogAVIS.pdf)
21. Conseil des Montréalaises. (2017). *L'itinérance des femmes à Montréal. Voir l'invisible* (p. 36). Ville de Montréal. [http://fede.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017\\_cm\\_itinerance\\_des\\_femmes\\_imp.pdf](http://fede.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017_cm_itinerance_des_femmes_imp.pdf)
22. Fédération des maisons d'hébergement pour femmes. (2017). *Avis présenté au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre de la consultation sur le projet de règlement modifiant le règlement sur l'aide aux personnes et aux familles* (p. 13). [http://fede.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017-09-11-fmfh-memoire-objectif-emploi\\_00000002.pdf](http://fede.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017-09-11-fmfh-memoire-objectif-emploi_00000002.pdf)
23. Watson, J. (2011). Understanding survival sex: Young women, homelessness and intimate relationships. *Journal of Youth Studies*, 14(6), 639-655. <https://doi.org/10.1080/13676261.2011.588945>
24. Watson, J. (2013). Homelessness, gender-based violence and social capital: The function of sexual alliances. *Parity*, 26(10), 13-14.
25. Flynn, C., Damant, D., et Lessard, G. (2015). Le projet Dauphine : laisser la parole aux jeunes femmes de la rue et agir ensemble pour lutter contre la violence structurelle par l'entremise de la recherche-action participative. *Recherches féministes*, 28(2), 53-79. <https://doi.org/10.7202/1034175ar>

26. Bellot, C. (2003). Les jeunes de la rue : disparition ou retour des enjeux de classe ? *Lien social et Politiques*, 49, 173-182. <https://doi.org/10.7202/007912ar>
27. Blais, M., Côté, P.-B., Manseau, H., Martel, M., et Provencher, M.-A. (2012). Love without a home: A portrait of romantic and couple relationships among street-involved young adults in Montreal. *Journal of Youth Studies*, 15(4), 403-420. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.663892>
28. Osthus, I. S., et Sewpaul, V. (2014). Gender, power and sexuality among youth on the streets of Durban: Socio-economic realities. *International Social Work*, 57(4), 326-337. <https://doi.org/10.1177/0020872814524966>
29. Van Berkum, A., et Oudshoorn, A. (2015). *Best practice guideline for ending women's and girl's homelessness* (p. 179). All Our Sisters, Women's Community House. <http://www.abeoudshoorn.com/wp-content/uploads/2015/08/Best-Practice-Guideline-for-Ending-Womens-and-Girls-Homelessness.pdf>
30. La rue des Femmes. (2010). *La différenciation entre l'état d'itinérance féminine et masculine : analyse différenciée selon le genre* (p. 6). <http://www.laruedesfemmes.org/presse/differenciation-entre-letat-ditinerance-au-feminin-et-letat-ditinerance-au-masculin/>
31. Cutts, D. B., Coleman, S., Black, M. M., Chilton, M. M., Cook, J. T., Ettinger de Cuba, S., Heeren, T. C., Meyers, A., Sandel, M., Casey, P. H., et Frank, D. A. (2015). Homelessness during pregnancy: A unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1276-1283. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1633-6>
32. La rue des Femmes. (2018). *Portrait de l'itinérance au féminin. Réalité 2018* (rapport de recherche ; p. 22). <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Litinerance-au-feminin-2018.pdf>
33. Conseil du statut de la femme. (2012). *Réflexion sur l'itinérance des femmes en difficulté : un aperçu de la situation* (p. 30). <https://csf.gouv.qc.ca/article/2012/04/19/reflexion-sur-litinerance-des-femmes-en-difficulte/>
34. Laberge, D., Morin, D., et Roy, S. (2000). L'itinérance des femmes : les effets convergents de transformations sociétales. Dans D. Laberge (dir.), *L'errance urbaine* (p. 83-99). MultiMondes. [https://books.google.ca/books?id=DT6s1U5m8\\_oC&lpg=PA83&dq=Laberge%2C%20D.%2C%20Morin%2C%20D.%20et%20Roy%2C%20S.%20\(2000\).%20L%E2%80%99itin%C3%A9rance%20des%20femmes%C2%A0%3A%20les%20effets%20convergents%20de%20transformations%20soci%C3%A9tales.%20Dans%20D.%20Laberge%20\(dir.\)%2C%20L%E2%80%99errance%20urbaine%20\(p.%2083-99\).%20Sainte-Foy%2C%20Qu%C3%A9bec%C2%A0%3A%20Les%20%3A%20Multimondes.&lr&hl=fr&pg=PA83#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ca/books?id=DT6s1U5m8_oC&lpg=PA83&dq=Laberge%2C%20D.%2C%20Morin%2C%20D.%20et%20Roy%2C%20S.%20(2000).%20L%E2%80%99itin%C3%A9rance%20des%20femmes%C2%A0%3A%20les%20effets%20convergents%20de%20transformations%20soci%C3%A9tales.%20Dans%20D.%20Laberge%20(dir.)%2C%20L%E2%80%99errance%20urbaine%20(p.%2083-99).%20Sainte-Foy%2C%20Qu%C3%A9bec%C2%A0%3A%20Les%20%3A%20Multimondes.&lr&hl=fr&pg=PA83#v=onepage&q&f=false)

35. Lanzarini, C. (2003). Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale. *Cahiers du Genre*, 35(2), 95-115. <https://doi.org/10.3917/cdge.035.0095>
36. Rheault, M.-E. (2016). *Femmes itinérantes à l'abri de la violence. Étude sur les besoins des femmes en situation ou à risque d'itinérance* (rapport de recherche ; p. 72). ConcertAction femmes Estrie. [https://docs.wixstatic.com/ugd/5a543a\\_3181bace1f5b455d821e3b22fc0e907e.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/5a543a_3181bace1f5b455d821e3b22fc0e907e.pdf)
37. Côté, I. (2016). *L'évolution des pratiques en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale au Québec* (thèse de doctorat en travail social, Université de Montréal). <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18521>
38. Kulmann, A., Peters Bergquist, E., Danjoint, D., et Wall, L. L. (2019). Unmet menstrual hygiene needs among low-income women. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 238-244. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003060>
39. Lemoine, D. (2016). Service coordination for homeless pregnant women in Toronto. Dans N. Nichols et C. Doberstein (dir.), *Exploring effective systems responses to homelessness* (p. 132-152). The Canadian Observatory on Homelessness Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Systems\\_Book\\_-\\_Web.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Systems_Book_-_Web.pdf)
40. Gagné, J., et Poirier, M. (2013). Vieillir dans la rue. *Relations*, 767, 33-35.
41. Côté, I., et LeBlond, C. (2003). *Document de formation sur l'intervention psychosociale auprès des victimes d'agression sexuelle* (p. 172). Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/220/document-de-formation-sur-l-intervention-psychosociale-aupres-de-victimes-d-agre/>
42. Averitt, S. S. (2003). "Homelessness is not a choice!" The plight of homeless women with preschool children living in temporary shelters. *Journal of Family Nursing*, 9(1), 79-100. <https://doi.org/10.1177/1074840702239492>
43. Flynn, C., Cribb, M., et Damant, D. (2018). Jeunes femmes de la rue et féminités marginalisées. Que nous révèlent les récits des principales intéressées ? *Revue Jeunes et Société*, 3(1), 98-113.
44. Lewis, C. (2016). *Une réalité urbaine. L'itinérance des femmes à Montréal*. Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal. [https://www.mmfim.ca/wp-content/uploads/2016/10/C.Lewis\\_Femmes-itine%C4%9Bance\\_VersionArticles2016.pdf](https://www.mmfim.ca/wp-content/uploads/2016/10/C.Lewis_Femmes-itine%C4%9Bance_VersionArticles2016.pdf)



# Complément Hommes

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

## HOMMES

Les hommes en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur parcours migratoire, de leur condition de santé ou de leur origine culturelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES HOMMES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Au Québec, les résultats du dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé le 24 avril 2018 dans 11 régions différentes indiquent que 72 % des répondants étaient des hommes, alors que 26 % étaient des femmes et 2 % des personnes d'une autre identité de genre<sup>[01]</sup>. Selon ce dénombrement, les hommes étaient plus présents que les femmes dans les lieux extérieurs (89 % contre 10 %), les ressources d'hébergement d'urgence (81 % contre 16 %), les centres de thérapie et les centres de réadaptation en dépendance (CRD) (83 % contre 16 %), ainsi que les établissements de détention (94 % contre 6 %)<sup>[01]</sup>. Il importe toutefois de préciser que la méthodologie déployée lors de cette enquête visait essentiellement les personnes en situation d'itinérance visible, décrites comme « [n'ayant] pas de domicile fixe permanent et se [trouvant] sans abri au moment du dénombrement, dans un lieu non conçu pour l'habitation humaine (exemple : voiture, squat), dans une ressource d'hébergement

d'urgence, dans un refuge pour femmes victimes de violence conjugale, dans une ressource de transition ou de façon temporaire dans un centre de thérapie, un centre de réadaptation en dépendance, un centre de crise, un centre hospitalier ou en détention<sup>[01,02]</sup> ». Ainsi, cette enquête n'aurait pas permis d'obtenir un portrait juste et nuancé de l'itinérance cachée, tant chez les hommes que chez les femmes<sup>1</sup>.

Jusqu'à la fin des années 1980, l'itinérance au Canada était surtout considérée comme un phénomène qui affectait presque exclusivement des hommes seuls, qui se retrouvaient exposés, de façon chronique et visible, dans l'espace public<sup>[03]</sup>. Or, les travaux actuels révèlent une diversification des expériences chez les hommes en situation d'itinérance selon l'âge<sup>[03,04]</sup>, l'orientation sexuelle et l'identité de genre<sup>[03,05]</sup>, le parcours migratoire<sup>[06,07]</sup> et les réalités autochtones<sup>[08,09]</sup>. Selon le dénombrement de l'itinérance du 24 avril 2018<sup>[01]</sup>, 23 % des hommes avaient moins de 30 ans, 36 % des hommes avaient plus de 50 ans, 7 % des hommes se disaient non hétérosexuels (3 % homosexuels, 3 % bisexuels et 1 % d'une autre orientation sexuelle), 9 % des hommes étaient autochtones (5 % étaient issus des Premières Nations, 3 % étaient Métis et 1 % étaient inuits) et 10 % des hommes étaient issus de l'immigration (au moment de leur arrivée au Canada, 8 % avaient un statut d'immigrant, 1 % un statut de réfugié et 1 % un statut de demandeur de statut de réfugié). Les transformations sociales actuelles viennent ainsi diversifier les formes et les visages de l'itinérance, y compris chez les hommes<sup>[03]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le passage à l'itinérance chez les hommes, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[10]</sup>.

La précarité économique, sous la forme d'un faible revenu mensuel ou d'une perte d'emploi parallèlement à une augmentation des coûts de logement, peut conduire les hommes à s'endetter pour payer leur loyer<sup>[11,12]</sup>. Plusieurs hommes fuiraient leur situation d'endettement en quittant de façon impromptue leur logement, sans ressources financières pour se stabiliser<sup>[13]</sup>. Un climat social cisnormatif, hétérosexiste et ethnocentriste constituerait

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur l'itinérance cachée au Canada, voir [ce rapport](#) publié par Statistique Canada (2016).

également un vecteur important d'exclusion sociale venant expliquer le passage à l'itinérance chez les hommes racisés et les hommes gais, bisexuels, trans ou queer (GBTQ+)<sup>[14,15]</sup>. Par exemple, plusieurs jeunes hommes LGBTQ+ seraient exposés à de la discrimination homophobe, biphobe et transphobe dans leur famille et à l'école, notamment ceux provenant de régions éloignées, ce qui les inciterait à quitter ces milieux de vie pour fuir cette discrimination et les actes de violence y étant associés<sup>[14-16]</sup>. De façon semblable, les hommes racisés et immigrants rencontreraient plusieurs difficultés à se trouver un emploi et à conserver un logement en raison de discriminations racistes perpétrées par les employeurs et les propriétaires, et plusieurs seraient ainsi poussés vers une situation d'itinérance<sup>[07]</sup>.

L'incarcération et la judiciarisation des hommes sont également identifiées comme des facteurs de risque d'instabilité résidentielle<sup>[17-19]</sup>. À la sortie d'un établissement carcéral, les hommes peuvent rencontrer des difficultés à se trouver un emploi en raison de la discrimination des employeurs à l'endroit des personnes ayant fait un passage en prison<sup>[17,20]</sup>. Par ailleurs, la honte de retourner dans leur famille à la suite d'une incarcération peut les priver d'un réseau social et de l'aide de celui-ci<sup>[17]</sup>. Pour les jeunes, l'instabilité des trajectoires de placements dans les services de la protection de la jeunesse et la sortie des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation une fois la majorité légale atteinte peuvent les conduire à se retrouver en situation d'itinérance, puisqu'ils se retrouvent sans emploi, sans ressources et sans réseau social sur lesquels s'appuyer pour s'organiser<sup>[21-23]</sup>. Cette situation est tout particulièrement criante chez les jeunes hommes LGBTQ+ pour qui les services de la protection de la jeunesse peuvent être associés à de la victimisation homophobe, biphobe et transphobe<sup>[24]</sup>.

Le décès d'un·e conjoint·e chez les hommes peut entraîner de la détresse psychologique, voire des symptômes dépressifs<sup>[25,26]</sup> et les inciter à abandonner le logement qu'ils partageaient avec leur partenaire intime<sup>[13,27]</sup>. Des ruptures conjugales peuvent également amener les hommes à dormir dans leur voiture ou dans des chambres d'hôtel, et ce, sans ressources financières pour se stabiliser<sup>[27,28]</sup>. Ces ruptures conjugales chez les hommes peuvent être associées à un trouble lié à l'utilisation d'une substance<sup>[11,20,25]</sup>, à un trouble lié aux jeux de hasard et d'argent, à l'utilisation problématique d'internet (cyberdépendance)<sup>[20,29,30]</sup> ou à un trouble mental<sup>[12,20,31]</sup>. Comme les hommes sont souvent isolés socialement, une rupture conjugale ou le décès d'un·e conjoint·e peuvent accroître leurs risques de passage à l'itinérance<sup>[13,32]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Sur le plan de la santé physique et mentale, une grande proportion d'hommes en situation d'itinérance rapportent l'expérience de traumatismes crâniens<sup>[33]</sup>, de dépression<sup>[34-36]</sup> et de troubles de stress post-traumatique<sup>[37,38]</sup>. Pour compenser ces difficultés psychologiques, plusieurs hommes mobilisent une forte consommation de drogues et d'alcool<sup>[31,39]</sup>, ce qui peut amplifier leurs troubles mentaux<sup>[38]</sup>. En ce qui concerne la santé sexuelle, les hommes en situation d'itinérance s'exposent davantage que les hommes de la population générale à des risques de nature sexuelle, tels que l'utilisation inconstante du préservatif<sup>[40,41]</sup> ou un nombre élevé de partenaires sexuels sans usage de protection sexuelle<sup>[40,42,43]</sup>.

Ces problèmes de santé constitueraient une source supplémentaire de stigmatisation chez les hommes en situation d'itinérance<sup>[44]</sup>, les poussant à s'isoler socialement<sup>[13,32]</sup>. Cet isolement peut donc résulter d'une méfiance à l'égard d'autrui en raison de traumatismes relationnels passés<sup>[45]</sup> et de leur situation de vie jugée humiliante<sup>[42,46]</sup>.

Certains travaux révèlent que l'itinérance pousse les hommes à se replier sur les rôles de genre traditionnels de la masculinité<sup>[39,46,47]</sup>. Ils tendent à afficher des traits associés à la masculinité traditionnelle (blâmer les femmes pour leur situation, faire preuve d'agressivité, vouloir ne compter que sur eux-mêmes, ne pas recourir aux services) pour compenser la perte d'autres caractéristiques associées à la masculinité dominante<sup>[47-49]</sup>. En raison de leur situation d'itinérance, les hommes peuvent ressentir de la honte et de l'humiliation, puisqu'ils ont l'impression de ne pas correspondre aux rôles de genre traditionnels de la masculinité<sup>[46,48-50]</sup>.

Certains hommes préféreraient se retirer de toutes formes de liens affectifs et intimes par crainte que les autres personnes leur renvoient une image disqualifiante d'eux-mêmes, à savoir celle d'hommes pauvres, sans logement et sans emploi<sup>[42,46]</sup>. Cette expérience d'isolement est encore plus marquée pour les hommes racisés en situation d'itinérance ayant un diagnostic de troubles mentaux, puisqu'ils tendent à s'auto-exclure des liens sociaux afin de ne pas être exposés à la stigmatisation liée à leur situation de vie<sup>[51]</sup>. Malgré cette méfiance, les liens sociaux seraient perçus comme importants, voire nécessaires, par les hommes afin d'obtenir un soutien matériel et affectif qui leur permet de composer avec les difficultés associées à l'itinérance<sup>[52]</sup>.

## QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES HOMMES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les hommes en situation d'itinérance mentionnent l'importance, pour eux, d'obtenir de l'aide pour trouver et garder leur propre logement<sup>[01,53]</sup>. Selon le dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé en avril 2018<sup>[01]</sup>, cette demande d'aide au logement constituait le service le plus souvent mentionné par les hommes, soit par un peu plus de la moitié des répondants (53 %). Ce besoin d'un soutien pour l'obtention d'un logement serait particulièrement criant pour les hommes en situation d'itinérance ayant subi un traumatisme psychologique complexe<sup>[53]</sup>.

Les hommes sont également nombreux à exprimer le désir d'obtenir de l'aide pour trouver un emploi<sup>[49]</sup>, soit près de 37 % des répondants du dénombrement de 2018<sup>[01]</sup>. Beaucoup relèvent l'importance d'acquérir des compétences professionnelles afin de faciliter leur accès à l'emploi<sup>[53]</sup>.

Dans une étude qualitative, les hommes en situation d'itinérance rencontrés mentionnent la pertinence de recevoir de l'aide en lien avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance, un trouble mental et des difficultés d'ordre administratif<sup>[49]</sup>. Dans le dénombrement de 2018, 28 % des hommes ont d'ailleurs exprimé le souhait de recevoir des services pour un trouble lié à l'utilisation d'une substance ou un autre type de dépendance<sup>[01]</sup>.

Enfin, les hommes en situation d'itinérance disent vouloir être soutenus pour améliorer leurs habiletés relationnelles, telles que la gestion des émotions, la résolution de conflits et les habiletés de communication<sup>[54]</sup>. Le développement de ces habiletés favoriserait, selon eux, la création de liens sociaux, ainsi que l'amélioration de leur estime d'eux-mêmes et de leur autonomie<sup>[53]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Les hommes en situation d'itinérance utiliseraient peu les services d'aide disponibles<sup>[13,38,39,50]</sup>, sauf en situation d'urgence<sup>[55]</sup>. D'ailleurs, des études ont montré que les hommes en situation d'itinérance, comparativement aux femmes, utiliseraient davantage les services hospitaliers ambulatoires et moins les soins et services dans la communauté<sup>[56,57]</sup>.

L'évitement des services s'expliquerait, entre autres, par l'intériorisation des rôles de genre traditionnels de la masculinité : ces hommes peuvent vouloir démontrer leur autonomie en souhaitant régler par eux-mêmes leurs problèmes de santé ; ils peuvent aussi avoir tendance à présenter une attitude négative à l'égard de l'aide des professionnels de la santé<sup>[49,58]</sup>. Ce désir d'indépendance semble être un mécanisme d'adaptation aux conditions de vie précaires et instables associées à l'itinérance<sup>[59]</sup>. Dans ce contexte, les hommes en situation d'itinérance attendraient d'être au pied du mur, dans l'urgence, pour consulter les services disponibles<sup>[49,60]</sup>.

Le non-recours aux services pourrait également s'expliquer par les conditions d'accès limitatives au sein des ressources<sup>[59]</sup>, comme l'exigence de la sobriété, qui peuvent inciter les hommes en situation d'itinérance à demeurer dans les espaces publics<sup>[61]</sup>. Des études ont également montré que les hommes racisés<sup>[07,51]</sup> et les hommes LGBTQ<sup>[62,63]</sup> tendent à éviter les services disponibles en raison de la stigmatisation vécue à l'intérieur de ces espaces, préférant plutôt s'appuyer sur leurs stratégies individuelles et leur réseau social pour répondre à leurs besoins de subsistance<sup>[64]</sup>. De plus, les complications engendrées par les comportements à risque, les comportements violents ou les troubles liés à l'utilisation d'une substance font que les hommes en situation d'itinérance seraient plus susceptibles d'être exclus des ressources d'aide<sup>[65]</sup>. Des hommes qui se présentent en situation de crise, à bout de ressources, pourraient par ailleurs exprimer de l'agressivité, nuisant ainsi à l'établissement d'une relation d'aide<sup>[49]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Favoriser la mise en place de dispositifs d'accompagnement basés sur une approche de proximité afin de rejoindre les hommes en situation d'itinérance qui n'ont pas recours aux services d'aide<sup>[60]</sup>.
- Mettre en place des stratégies de réflexion et de sensibilisation au sein des services et des ressources afin de déconstruire les stéréotypes rattachés à la masculinité traditionnelle<sup>[42,47,49,60]</sup>.
- Favoriser le développement d'habiletés relationnelles et de stratégies de gestion de conflits afin de prévenir l'isolement chez les hommes<sup>[54,66,67]</sup> et d'améliorer leur estime d'eux-mêmes<sup>[68]</sup>.
- Mieux intervenir à propos de l'agressivité parfois exprimée par les hommes en

situation d'itinérance lorsqu'ils se retrouvent en situation de crise. Adopter une posture empreinte d'empathie pour prévenir ou gérer les crises<sup>[69,70]</sup>. Pratiquer l'écoute active afin de diminuer la frustration de ne pas se sentir compris ou écouté<sup>[71]</sup>. *Consulter également la fiche [Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent](#).*

- Recourir aux pairs aidants ou aux groupes d'entraide qui fournissent aux hommes en situation d'itinérance un contexte où ils peuvent s'exprimer librement et en toute confiance<sup>[66]</sup>.
- Encourager la présence d'intervenants masculins engagés qui peuvent devenir un point de référence pour les hommes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir<sup>[72]</sup>.
- Considérant que plusieurs hommes en situation d'itinérance sont portés à vouloir se débrouiller seuls, mobiliser une intervention coopérative et non intrusive basée sur le respect de leurs désirs et de leurs priorités plutôt qu'une intervention prescriptive<sup>[68,72]</sup> :
  - Respecter les choix, le rythme et le style des hommes<sup>[72]</sup>.
  - Favoriser leur pouvoir décisionnel<sup>[69]</sup>.
  - Mettre à profit leurs forces<sup>[68,72,73]</sup>.
  - Privilégier les informations et les conseils pour aiguïser la réflexivité et le développement de leur autonomie<sup>[70,73]</sup>.
- Intervenir sur le sentiment de honte et les résistances lorsque ceux-ci se présentent<sup>[68,74]</sup>:
  - Offrir des possibilités de bénévolat en échange de services, ce qui permet de générer un sentiment d'utilité sociale, en plus de structurer la journée et d'éviter la consommation de substances psychoactives<sup>[60,75]</sup>.
  - Offrir aux hommes en situation d'itinérance, dans les organisations qui s'y prêtent, des formations visant le développement d'habiletés sociales et professionnelles<sup>[76]</sup>.

- Proposer des interventions ne reposant pas exclusivement sur la capacité d'exprimer des émotions, considérant la difficulté qu'ont plusieurs hommes à exprimer verbalement leur souffrance<sup>[69]</sup>.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES HOMMES APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Jeunes](#)
- [Personnes âgées](#)
- [Personnes immigrantes](#)
- [Personnes LGBTQ+](#)
- [Personnes des Premières Nations et Inuit](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (p. 267). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
02. Bellot, C., et Rivard, J. (2017). Repenser l'itinérance au féminin dans le cadre d'une recherche participative. *Criminologie*, 50(2), 95-121. <https://doi.org/10.7202/1041700ar>
03. Gaetz, S., Dej, E., Richter, T., et Redman, M. (2016). *L'état de l'itinérance au Canada 2016*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf>
04. Duchesne, A., Rivier, J., Hunter, P., et Cooper, I. (2019). *Points saillants de l'Étude nationale sur les refuges 2005 à 2016*. Emploi et Développement social Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/sans-abri/etude-refuges-2016.html>
05. Choi, S. K., Wilson, B. D. M., Shelton, J., et Gates, G. J. (2015). *Serving our youth 2015: The needs and experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth experiencing homelessness* (p. 22). The Williams Institute et True Colors Fund. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Serving-Our-Youth-June-2015.pdf>

06. Chiu, S., Redelmeier, D. A., Tolomiczenko, G., Kiss, A., et Hwang, S. W. (2009). The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(11), 943-948. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088468>
07. May, J. (2015). Racial vibrations, masculine performances: Experiences of homelessness among young men of colour in the Greater Toronto Area. *Gender, Place & Culture*, 22(3), 405-421. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2013.817970>
08. Brown, J., Knol, D., Prevost-Derbecker, S., et Andrushko, K. (2007). Housing for aboriginal youth in the inner city of Winnipeg. *First Peoples Child & Family Review*, 3(2), 56-64.
09. Patrick, C. (2014). *Aboriginal homelessness in Canada: A literature review* (p. 80). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/29365/AboriginalLiteratureReview.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
11. Riley, E. D., Weiser, S. D., Sorensen, J. L., Dilworth, S., Cohen, J., et Neilands, T. B. (2007). Housing patterns and correlates of homelessness differ by gender among individuals using San Francisco free food programs. *Journal of Urban Health*, 84(3), 415-422. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9153-3>
12. Rota-Bartelink, A., et Lipmann, B. (2007). Causes of homelessness among older people in Melbourne, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(3), 252-258.
13. Warnes, A., et Crane, M. (2006). The causes of homelessness among older people in England. *Housing Studies*, 21(3), 401-421. <https://doi.org/10.1080/02673030600586027>
14. Castellanos, H. D. (2016). The role of institutional placement, family conflict, and homosexuality in homelessness pathways among Latino LGBT youth in New York City. *Journal of Homosexuality*, 63(5), 601-632. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1111108>
15. Robinson, B. A. (2018). Conditional families and lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth homelessness: Gender, sexuality, family instability, and rejection. *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 383-396. <https://doi.org/10.1111/jomf.12466>
16. Shelton, J. (2016). Reframing risk for transgender and gender-expansive young people experiencing homelessness. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28(4), 277-291. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1221786>
17. Cooke, C. L. (2005). Going home: Formerly incarcerated African American men return to families and communities. *Journal of Family Nursing*, 11(4), 388-404. <https://doi.org/10.1177/1074840705281753>

18. Geller, A., et Curtis, M. A. (2011). A sort of homecoming: Incarceration and the housing security of urban men. *Social Science Research*, 40(4), 1196-1213. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.03.008>
19. Herbert, C. W., Morenoff, J. D., et Harding, D. J. (2015). Homelessness and housing insecurity among former prisoners. *Journal of the Social Sciences*, 1(2), 44-79. <https://doi.org/10.7758/RSF.2015.1.2.04>
20. Tessler, R., Rosenheck, R., et Gamache, G. (2001). Gender differences in self-reported reasons for homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10(3), 243-254. <https://doi.org/10.1023/A:1016688707698>
21. Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A., et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte*. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés (p. 21). Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ) / ENAP. <http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/11/Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf>
22. Goyette, M., Blanchet, A., et Bellot, C. (2019). *Étude sur le devenir des jeunes placés. Le rôle de l'instabilité des trajectoires sur les transitions à la vie adulte*. Rapport de vague 1 (p. 16). Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ) / ENAP. [http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/06/EDJeP\\_Stabilite.pdf](http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/06/EDJeP_Stabilite.pdf)
23. Turcotte, M.-E. (2008). *Utilisation des services sociaux et insertion sociale de jeunes adultes avec antécédents de placement pour des motifs de protection* (mémoire de maîtrise en santé communautaire, Université de Montréal). [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8090/Turcotte\\_Marie-Eve\\_2008\\_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8090/Turcotte_Marie-Eve_2008_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Shelton, J., et Bond, L. (2017). "It just never worked out": How transgender and gender expansive youth understand their pathways into homelessness. *Families in Society*, 98(4), 284-291. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2017.98.33>
25. Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., Ryan, M., Shea, R., Watt, H., et Warnes, A. M. (2005). The causes of homelessness in later life: Findings from a 3-nation study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(3), S152-S159. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S152>
26. Crane, M., et Warnes, A. M. (2010). Homelessness among older people and service responses. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(4), 354-363. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000225>

27. Jones, M. E., Shier, M. L., et Graham, J. R. (2012). Intimate relationships as routes into and out of homelessness: Insights from a Canadian city. *Journal of Social Policy*, 41(1), 101-117. <https://doi.org/10.1017/S0047279411000572>
28. Mabhala, M. A., Yohannes, A., et Griffith, M. (2017). Social conditions of becoming homeless: Qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0646-3>
29. Beijer, U., Andréasson, A., Ågren, G., et Fugelstad, A. (2007). Mortality, mental disorders and addiction: A 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 363-368. <https://doi.org/10.1080/08039480701644637>
30. Ferguson, K. M., Bender, K., et Thompson, S. J. (2015). Gender, coping strategies, homelessness stressors, and income generation among homeless young adults in three cities. *Social Science & Medicine*, 135, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.028>
31. Montgomery, A. E., Szymkowiak, D., et Culhane, D. (2017). Gender differences in factors associated with unsheltered status and increased risk of premature mortality among individuals experiencing homelessness. *Women's Health Issues*, 27(3), 256-263. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.014>
32. Winetrobe, H., Wenzel, S., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E., et Harris, T. (2017). Differences in health and social support between homeless men and women entering permanent supportive housing. *Women's Health Issues*, 27(3), 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.011>
33. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Howatt, M., Ouchterlony, D., Michalak, A., Masanic, C., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., et Cusimano, M. D. (2014). Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: Observational study of rates and mechanisms of injury. *CMAJ Open*, 2(2), E69-76. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130046>
34. Davey-Rothwell, M. A., German, D., et Latkin, C. A. (2008). Residential transience and depression: Does the relationship exist for men and women? *Journal of Urban Health*, 85(5), 707-716. <https://doi.org/10.1007/s11524-008-9294-7>
35. Coohy, C., et Easton, S. D. (2016). Distal stressors and depression among homeless men. *Health & Social Work*, 41(2), 111-119. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw008>
36. Spicer, B., Smith, D. I., Conroy, E., Flatau, P. R., et Burns, L. (2015). Mental illness and housing outcomes among a sample of homeless men in an Australian urban centre. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(5), 471-480. <https://doi.org/10.1177/0004867414563187>

37. Deck, S. M., et Platt, P. A. (2015). Homelessness is traumatic: Abuse, Vvctimization, and trauma histories of homeless men. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(9), 1022-1043. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1074134>
38. Wenzel, S. L., Rhoades, H., Hsu, H.-T., Golinelli, D., Tucker, J. S., Kennedy, D. P., Green, H. D., et Ewing, B. (2012). Behavioral health and social normative influence: Correlates of concurrent sexual partnering among heterosexually-active homeless men. *AIDS and Behavior*, 16(7), 2042-2050. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0066-0>
39. Amato, F., et MacDonald, J. (2011). Examining risk factors for homeless men: Gender role conflict, help-seeking behaviors, substance abuse and violence. *Journal of Men's Studies*, 19(3), 227-235. <https://doi.org/10.3149/jms.1903.227>
40. Salazar, L. F., Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., Head, S., Haddock, B., Todd, J., et Shouse, R. L. (2007). Homelessness and HIV-associated risk behavior among African American men who inject drugs and reside in the urban South of the United States. *AIDS and Behavior*, 11(2), 70-77. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9239-2>
41. Stein, J. A., Nyamathi, A. M., et Zane, J. I. (2009). Situational, psychosocial, and physical health—Related correlates of HIV/AIDS risk behaviors in homeless men. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 25-35. <https://doi.org/10.1177/1557988307307862>
42. Kennedy, D. P., Brown, R. A., Golinelli, D., Wenzel, S. L., Tucker, J. S., et Wertheimer, S. R. (2013). Masculinity and HIV risk among homeless men in Los Angeles. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), 156-167. <https://doi.org/doi.org/10.1037/a0027570>
43. Tucker, J. S., Hu, J., Golinelli, D., Kennedy, D. P., Green Jr, H. D., et Wenzel, S. L. (2012). Social network and individual correlates of sexual risk behavior among homeless young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 51(4), 386-392. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.015>
44. Ouellet, G. (2007). *Identité et itinérance : les stratégies identitaires dans le processus de désinsertion sociale* (mémoire de maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal). <https://archipel.uqam.ca/4745/1/M10023.pdf>
45. Hérard, J. (2009). *L'analyse du parcours de quatre hommes itinérants à Montréal : l'auto-exclusion comme modalité de survie* (mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal). <https://archipel.uqam.ca/2406/1/M11016.pdf>
46. Côté, P.-B., Flynn, C., Blais, M., Manseau, H., et Fournier, É. (2017). L'itinérance comme vecteur de reproduction des rapports de genre inégalitaires : une analyse des relations intimes chez les jeunes. *Service social*, 63(2), 85-98. <https://doi.org/10.7202/1046501ar>
47. Dej, E. (2018). When a man's home isn't a castle: Hegemonic masculinity among men experiencing homelessness and mental illness. Dans J. Kilty et E. Dej (dir.), *Containing madness* (p. 215-239). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-89749-3\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-89749-3_10)

48. Liu, W. M., Stinson, R., Hernandez, J., Shepard, S., et Haag, S. (2009). A qualitative examination of masculinity, homelessness, and social class among men in a transitional shelter. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 131-148. <https://doi.org/10.1037/a0014999>
49. Turchetto, E. L. (2012). *Les hommes sans domicile fixe et leur rapport aux services de santé et services sociaux* (mémoire de maîtrise en service social, Université Laval). <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/24071>
50. Persaud, S., McIntyre, L., et Milaney, K. (2010). Working homeless men in Calgary, Canada: Hegemony and identity. *Human Organization*, 69(4), 343-351. <https://doi.org/10.17730/humo.69.4.b62131r430257086>
51. Zerger, S., Bacon, S., Corneau, S., Skosireva, A., McKenzie, K., Gapka, S., O'Campo, P., Sarang, A., et Stergiopoulos, V. (2014). Differential experiences of discrimination among ethnoracially diverse persons experiencing mental illness and homelessness. *BMC Psychiatry*, 14, 353. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0353-1>
52. Rayburn, R. L., et Corzine, J. (2010). Your shelter or mine? Romantic relationships among the homeless. *Deviant Behavior*, 31(8), 756-774. <https://doi.org/10.1080/01639621003748803>
53. Woodhall-Melnik, J., Dunn, J. R., Svenson, S., Patterson, C., et Matheson, F. I. (2018). Men's experiences of early life trauma and pathways into long-term homelessness. *Child Abuse & Neglect*, 80, 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.027>
54. Potvin, N., Pham, L. V., et Damasse, J. (2012). *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité* (p. 40). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-729-01.pdf>
55. Stein, J. A., Andersen, R. M., Robertson, M., et Gelberg, L. (2012). Impact of hepatitis B and C infection on health services utilization in homeless adults: A test of the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations. *Health Psychology*, 31(1), 20. <https://doi.org/10.1037/a0023643>
56. Pakzad, S., Bergheul, S., Jbilou, J., Bourque, J., Ringuette, J., Gallant, L., et Bourque, P.-É. (2015). Le recours aux services de santé, sociaux et communautaires par les personnes itinérantes de la région de Moncton. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(4), 91-105. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-030>
57. Stein, J. A., Andersen, R. M., Koegel, P., et Gelberg, L. (2000). Predicting health services utilization among homeless adults: A prospective analysis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11(2), 212-230. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0675>
58. Nguyen, C. M., Liu, W. M., Hernandez, J. O., et Stinson, R. (2012). Problem-solving appraisal, gender role conflict, help-seeking behavior, and psychological distress among men who are homeless. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(3), 270-282. <https://doi.org/10.1037/a0025523>

59. Lux, T. J. (2015). Pathways to homelessness, and attitudes toward night shelter use for homeless men in Denver, Colorado (mémoire de maîtrise en sociologie, Iowa State University). <https://doi.org/10.31274/etd-180810-4046>
60. Desgagnés, J.-Y. (2016). *La pauvreté au masculin. De l'autoréalisation de soi à la « vie nue »* (thèse de doctorat en service social, Université Laval). <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/26878/1/32282.pdf>
61. Flores-Aranda, J., et Toussaint, P. (2018). *Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type wet* (p. 80). Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. [https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/20180719Revue\\_systematique\\_sur\\_les\\_modalites\\_et\\_les\\_effets\\_de\\_services\\_de\\_type\\_Wet\\_.pdf](https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/20180719Revue_systematique_sur_les_modalites_et_les_effets_de_services_de_type_Wet_.pdf)
62. Coolhart, D., et Brown, M. T. (2017). The need for safe spaces: Exploring the experiences of homeless LGBTQ youth in shelters. *Children and Youth Services Review*, 82, 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.021>
63. Côté, P.-B., et Blais, M. (2019). Between resignation, resistance and recognition: A qualitative analysis of LGBTQ+ youth profiles of homelessness agencies utilization. *Children and Youth Services Review*, 100, 437-443. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.024>
64. Shelton, J. (2015). Transgender youth homelessness: Understanding programmatic barriers through the lens of cisgenderism. *Children and Youth Services Review*, 59, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.006>
65. National Health Care for the Homeless Council. (2001). Single males: The homeless majority. *Healing Hands*, 5(3), 1-6.
66. Forget, G. (2009). *Des portes ouvertes sur l'espoir. La systématisation d'une expérience* (p. 36). Maison Oxygène. <http://www.maisonoxygene.com/documents/ExpertiseDesportesouvertessurlespoir.pdf>
67. Calgary Homeless Foundation. (2012). *Sustainable supports for adult males: Effective employment models to end homelessness* (rapport de recherche ; p. 16). Calgary Inter-Agency Council on Homelessness. <http://homelesshub.ca/sites/default/files/Employment%20Models%20Report.pdf>
68. Dupéré, S. (2011). *Rouge, jaune, vert... et noir : expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal* (thèse de doctorat en santé communautaire, Université Laval). <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/22530/1/28277.pdf>
69. Tremblay, G., et L'Heureux, P. (2011). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest-Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (dir.), (p. 125-151). Presses de l'Université Laval.

70. Tremblay, G., Déry, F., Théorêt, J., et Dubeau, D. (2013). *Évaluation de la ressource d'hébergement « Maison Oxygène »* (ISBN: 978-2-921768-98-6 ; p. 45). Masculinités et Société. <http://carrefourfamilial.com/wp-content/uploads/2014/11/Recherche-Maison-Oxyg%C3%A8ne-2014-Tremblay-Gilles.pdf>
71. Hurtubise, R., et Babin, P.-O. (2010). *Les équipes itinérance en santé du Québec. Description de pratiques innovantes* (Cahier des récits de pratique ; p. 113). Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/les-equipes-itinerance-en-sante-du-quebec-description-des-pratiques-innovante/>
72. Turcotte, G., Forget, G., Ouellet, F., et Sanchez, I. (2009). *Le projet Relais-Pères. Analyse d'une pratique innovante pour soutenir l'engagement paternel et l'insertion sociale de pères vulnérables dans quatre quartiers de Montréal* (p. 148). Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. <https://hommesmtl.files.wordpress.com/2014/10/rapportrelaisperes.pdf>
73. Tremblay, G., et Careau, A. (2014). *Les services aux hommes sur le territoire du CSSS de la Vieille Capitale : perception des intervenants et des hommes* (rapport de recherche ; p. 54). Masculinités et Société. <http://www.cps02.org/media/RapportFGQuebecFinal.pdf>
74. Rice, A., Kim, J. Y. C., Nguyen, C., Ming Liu, W., Fall, K., et Galligan, P. (2017). Perceptions of masculinity and fatherhood among men experiencing homelessness. *Psychological Services*, 14(2), 257-268. <https://doi.org/10.1037/ser0000134>
75. Desgagnés, J.-Y., Gaudreau, L., et Dupéré, S. (2016). *Populations marginalisées et intervention sociale en contexte de ruralité : rapport d'une recherche-action participative menée sur le territoire de la MRC des Etchemins* (p. 100). UQAR — Campus de Lévis. <http://semaphore.uqar.ca/1269/>
76. Hallée, Y., Bettache, M., et Plamondon, G. (2016). *L'intégration socioprofessionnelle des personnes en situation d'itinérance* (p. 82). Alliance de recherche universités-communautés Innovations, travail et emploi / Université Laval. [http://www.aruc.rlt.ulaval.ca/sites/aruc.rlt.ulaval.ca/files/78574\\_cahier\\_yves\\_hallee\\_complet.pdf](http://www.aruc.rlt.ulaval.ca/sites/aruc.rlt.ulaval.ca/files/78574_cahier_yves_hallee_complet.pdf)



# Complément Jeunes

Guide des bonnes pratiques  
en itinérance

▲ Retour Table des matières

## JEUNES

Les jeunes en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur genre, de leur origine culturelle ou de leur orientation sexuelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES JEUNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

On considère généralement comme des jeunes en situation d'itinérance des jeunes âgés de 13 à 24 ans « qui vivent indépendamment de leurs parents ou gardiens et qui n'ont pas les moyens ni la capacité d'acquérir une résidence stable, sécuritaire et permanente<sup>[01]</sup> ».

On estime à 20 % la proportion de jeunes âgés de 13 à 24 ans parmi les personnes en situation d'itinérance au Canada. Selon l'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes de 25 ans et moins, de 35 000 à 40 000 jeunes feraient l'expérience de l'itinérance au cours d'une année au pays<sup>[02]</sup>. Au Québec, lors du dénombrement réalisé dans 11 régions le 24 avril 2018, 6 % des personnes dénombrées étaient âgées de moins de 18 ans et 21 % étaient âgées de 18 à 29 ans<sup>[03]</sup>.

Environ 63 % des jeunes ayant eu recours à un service d'hébergement d'urgence en 2016 au Canada étaient des garçons, et 35 % étaient des filles<sup>[04]</sup>. C'est d'ailleurs parmi les jeunes qu'on retrouverait la plus grande proportion de filles et de femmes<sup>[04]</sup>. Au Québec, les femmes représentaient 34 % des personnes de moins de 30 ans dénombrées en avril 2018, alors qu'elles constituaient 26 % des personnes âgées de 30 à 49 ans et 18 % des personnes âgées de 50 ans et plus<sup>[03]</sup>.

L'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes a révélé que les jeunes Autochtones, les jeunes s'identifiant comme LGBTQ+ et les jeunes issus d'une minorité raciale sont surreprésentés parmi les jeunes en situation d'itinérance au Canada<sup>[02]</sup>. Parmi les jeunes âgés de 13 à 24 ans enquêtés, près du tiers se sont identifiés comme autochtones (31 %), comme personnes LGTBQ2S (30 %) ou comme personnes racisées (28 %)<sup>[02]</sup>. Au Québec, lors du dénombrement de 2018, les jeunes de moins de 30 ans rencontrés étaient eux aussi nombreux à déclarer une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle (19 % contre 12 % pour l'ensemble des répondants), avec 3 % déclarant un autre genre qu'homme ou femme (contre 2 % pour l'ensemble des répondants). La proportion de jeunes déclarant une identité autochtone était toutefois égale à celle obtenue pour l'ensemble des répondants (15 %)<sup>[03]</sup>.

Les situations d'itinérance vécues par les jeunes prennent plusieurs formes, y compris des formes moins visibles<sup>[02]</sup>. Les données du dénombrement de 2018 donnent à penser que les jeunes de moins de 30 ans seraient moins enclins que leurs aînés à fréquenter les ressources d'hébergement d'urgence et plus nombreux dans les ressources de transition<sup>[03]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le passage à l'itinérance chez les jeunes, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[05]</sup>.

La situation d'itinérance chez les jeunes peut survenir lorsque leur milieu de vie n'est plus perçu comme un espace accueillant et sécuritaire, notamment en raison de dynamiques discriminatoires, de conflits, voire de situations de violence, de négligence ou d'abus<sup>[06-09]</sup>, ou encore en raison d'évènements contribuant à un sentiment de déracinement. Le désir d'émancipation et de recherche d'indépendance pousserait ainsi certains jeunes à rompre avec leur milieu de vie et à faire l'expérience de l'itinérance<sup>[10-13]</sup>. La pauvreté, la précarité

économique, ainsi que l'instabilité résidentielle peuvent aussi engendrer du stress et des conflits au sein des milieux de vie, de telle sorte que le domicile n'est plus perçu comme un espace sécuritaire<sup>[14]</sup>.

Les jeunes Autochtones, les jeunes s'identifiant comme LGBTQ+ et les jeunes issus d'une minorité raciale seraient exposés à des systèmes et à des mécanismes d'oppression qui engendrent davantage de discrimination et de stress<sup>[02]</sup>. L'homophobie, la transphobie<sup>[15]</sup> et le racisme<sup>[16]</sup> dont peuvent être victimes ces jeunes au sein des différents milieux de vie — tels que dans leur famille, à l'école ou dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation — pourraient les conduire vers la situation d'itinérance. Les difficultés d'insertion sociale et d'exclusion spécifiques vécues par les jeunes issus de certaines communautés autochtones, parfois accompagnées de violences, accentueraient la marginalisation et la désaffiliation sociale et pourraient se traduire par un passage à l'itinérance<sup>[17]</sup>.

Les conditions d'existence difficiles avant la situation d'itinérance peuvent contribuer au développement chez les jeunes de troubles liés à l'utilisation d'une substance, ou de troubles mentaux qui peuvent aussi être associés au passage à l'itinérance. Les recherches démontrent aussi que les activités criminelles, les troubles d'apprentissage et le décrochage scolaire contribuent à ce que certains jeunes quittent leur domicile<sup>[18-20]</sup>.

De plus, la plupart des jeunes en situation d'itinérance auraient vécu une forme de déracinement de leur milieu familial : interventions plus ou moins nombreuses des services de protection de la jeunesse, placements à répétition en famille d'accueil ou en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou autres expériences de séparation, de traumatismes d'attachement et de désengagement parental<sup>[21-23]</sup>. Une enquête montréalaise réalisée en 2016 révélait qu'environ un tiers des jeunes en situation d'itinérance de 30 ans et moins avaient vécu en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation durant plus de 6 mois au cours de leur vie. Notons que cette proportion grimpait à 52 % chez les jeunes en situation d'itinérance qui dormaient à l'extérieur<sup>[24]</sup>. La situation d'itinérance peut ainsi être liée à un soutien insuffisant lors de la sortie de différentes organisations de prise en charge, telles que les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (par exemple, au moment de la fin des services à 18 ans), les centres hospitaliers et les ressources communautaires, ou lors de la transition entre ces organisations<sup>[01,25]</sup>. En quittant ces milieux, les jeunes peuvent ne pas disposer de tous les moyens et du soutien requis pour une insertion

sociale positive. Ils peuvent souffrir, par exemple, d'un manque d'ancrage et de sentiment d'appartenance<sup>[21]</sup>. Ajoutons que le risque de se retrouver en situation d'itinérance augmente lorsque les jeunes fuguent d'un établissement<sup>[26]</sup>.

Les premiers contacts avec l'itinérance se font parfois tôt : 40 % des jeunes participants à l'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes ont vécu leur premier épisode d'itinérance avant 16 ans<sup>[02]</sup>. Dans le dénombrement de 2018 au Québec, plus du tiers des jeunes dénombrés ont déclaré que leur premier épisode d'itinérance remontait à cinq ans ou plus<sup>[03]</sup>. Un passage hâtif à l'itinérance chez les jeunes pourrait être associé à des difficultés antérieures plus grandes ainsi qu'à des situations d'adversité plus marquées en contexte d'itinérance<sup>[02]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

L'expérience de l'itinérance peut prendre différentes significations selon les jeunes, et peut être comprise en fonction des enjeux identitaires importants propres à cette période de la vie. Pour certains, l'itinérance constitue une expérience de socialisation et de reconnaissance par les pairs qui contribue à leur processus de construction identitaire et d'émancipation vers la vie adulte<sup>[11,27,28]</sup>. Certains éprouveraient une curiosité pour le mode de vie associé à la rue<sup>[11,29]</sup>. Pour d'autres, l'itinérance pourrait être vécue comme une expérience d'humiliation, de disqualification sociale, voire de remise en question de leur identité<sup>[28,30,31]</sup>.

Certains jeunes associés au milieu de la rue peuvent ne pas s'identifier en tant que personnes itinérantes. Cela pourrait être lié à l'aspect transitoire de l'itinérance pour certains d'entre eux. L'ancrage dans l'itinérance pourrait se faire de manière graduelle et épisodique, au fil du temps<sup>[14]</sup>. Les données du dénombrement de 2018 permettent de penser en effet que les jeunes âgés de moins de 30 ans auraient tendance à faire des va-et-vient entre l'itinérance et diverses formes de logement, alors que chez les personnes plus âgées les épisodes d'itinérance dureraient plus longtemps<sup>[03]</sup>. Les jeunes dénombrés lors de cette étude étaient aussi proportionnellement plus nombreux que les personnes des autres groupes d'âge à avoir vécu plus d'un épisode d'itinérance au cours de l'année (43 % comparativement à 30 %)<sup>[03]</sup>.

En contexte d'itinérance, certains jeunes peuvent adopter des comportements qui compromettent leur sécurité et leur santé physique et mentale : abus d'alcool ou de substances psychoactives, activités illégales, comportements sexuels à risque<sup>[28,32-35]</sup>. Ces comportements

peuvent survenir en réponse au stress et au traumatisme liés à leur situation passée ou actuelle, à la nécessité de subvenir à leurs besoins de base<sup>[14]</sup> ou au désir de renforcer leur appartenance à un groupe<sup>[28]</sup>. Le travail du sexe en tant qu'activité de survie touche les jeunes LGBTQ+<sup>[36]</sup> et les jeunes femmes<sup>[37]</sup>, mais aussi les jeunes hommes<sup>[38]</sup>.

La présence visible des jeunes dans l'espace public serait souvent associée à la déviance<sup>[30,39]</sup>. En raison de l'inconfort qu'ils suscitent, les jeunes en situation d'itinérance seraient sujets à une forme de discrimination systémique pouvant se traduire par une surjudiciarisation<sup>[30,40]</sup>. Les personnes de moins de 35 ans, particulièrement les moins de 25 ans, seraient plus souvent arrêtées que leurs aînées pour des infractions de sollicitation, d'entrave à la circulation ou parce qu'elles se sont trouvées dans un parc après les heures d'ouverture<sup>[30]</sup>. Plus de 50 % des jeunes en situation d'itinérance auraient fait un passage d'une nuit ou plus en centre de détention ou dans une unité pour jeunes contrevenants en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation<sup>[12]</sup>.

Les jeunes seraient également susceptibles d'être en contact avec le système de justice en tant que victimes<sup>[14]</sup>. L'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes de 25 ans et moins a révélé que les jeunes en situation d'itinérance seraient sept fois plus susceptibles (60 %) d'être victimes d'un acte criminel violent que la population générale (8 %). Ils seraient aussi nombreux (63 %) à rapporter plus d'un tel épisode dans la dernière année. Les femmes (37 %) et les jeunes transgenres ou non binaires (41 %) étaient plus nombreux à avoir vécu une agression sexuelle dans la dernière année. L'étude a aussi révélé que plus les jeunes quittent tôt le milieu familial, plus ils sont vulnérables face aux agressions sexuelles<sup>[02]</sup>.

Une proportion importante de jeunes en situation d'itinérance présentent des troubles mentaux. Si la présence d'un trouble mental peut avoir contribué au passage vers l'itinérance, d'autres auraient développé ces troubles en raison même des difficultés et du stress liés à leurs conditions d'existence. Une publication portant sur les conditions de vie des jeunes Montréalais en situation d'itinérance évoque une intensification des troubles mentaux chez ces derniers comparativement à 1990<sup>[41]</sup>. Les problèmes les plus courants seraient la dépression majeure (31 %), le trouble bipolaire (27 %) et le syndrome de stress post-traumatique (36 %)<sup>[42]</sup>. De plus, 42 % des jeunes rencontrés dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes de 25 ans et moins avaient déjà fait au moins une tentative de suicide<sup>[02]</sup>.

Une autre particularité de l'expérience de l'itinérance chez les jeunes serait le début de la parentalité. Le désir d'enfant peut être fort chez les jeunes en situation d'itinérance et la parentalité peut inspirer chez les jeunes de la fierté, une motivation à s'en sortir et l'espoir d'un avenir meilleur<sup>[43,44]</sup>. À Montréal, une étude de 2005 a révélé que près de 50 % des jeunes femmes en situation d'itinérance ont déjà fait l'expérience d'une grossesse et que 26 % d'entre elles sont devenues mères<sup>[45]</sup>. Dans une étude plus récente menée aux États-Unis auprès de jeunes âgés de 14 à 26 ans dans des ressources d'hébergement d'urgence pour jeunes, 24 % des jeunes hommes et 29 % des jeunes femmes rapportaient avoir au moins un enfant<sup>[46]</sup>.

La parentalité raviverait toutefois chez plusieurs jeunes en situation d'itinérance le souvenir de leur propre passé difficile. Plusieurs d'entre eux chériraient le désir de ne pas répéter leur propre histoire avec leurs enfants<sup>[43]</sup>. Elle ferait également ressentir plus vivement aux jeunes la précarité de leur situation actuelle<sup>[43,44]</sup>. Dans une étude américaine, les jeunes qui avaient ou qui attendaient un enfant étaient plus susceptibles que les autres d'associer le passage à l'itinérance à l'incapacité de payer leur loyer<sup>[44]</sup>.

La parentalité en situation d'itinérance peut se vivre différemment chez les femmes et chez les hommes. Les hommes seraient moins susceptibles que les femmes de vivre avec leurs enfants<sup>[44]</sup>. Ils seraient aussi moins portés à évoquer spontanément leurs enfants dans une relation d'intervention<sup>[47]</sup>.

## **QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES JEUNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?**

Ne pouvant pas toujours compter sur le soutien de leur propre réseau, les jeunes en situation d'itinérance pourraient bénéficier de l'accompagnement de personnes de confiance, ainsi que d'aide matérielle, notamment lorsqu'ils vivent des transitions, comme la sortie de différentes organisations de prise en charge ou les passages d'un service jeunesse à un service adulte<sup>[25,48]</sup>. Cela vaudrait aussi pour les transitions spécifiquement liées au passage à l'âge adulte, comme devenir parent<sup>[49]</sup>.

En raison de leur âge et de leur histoire (d'instabilité, de conflit familial, de placement en milieu substitut), les jeunes en situation d'itinérance pourraient bénéficier de services les aidant à développer leur autonomie dans différentes sphères de leur vie et à réaliser leurs aspirations<sup>[49]</sup>. Ils peuvent avoir besoin d'information sur les formations et les programmes

d'employabilité existants et d'un soutien pour entamer un processus de raccrochage scolaire ou de recherche d'emploi<sup>[49]</sup>, ainsi que d'aide pour des démarches concrètes comme l'obtention d'une aide financière de dernier recours ou d'un logement ou la mise en train d'une planification budgétaire<sup>[14]</sup>.

Les jeunes auraient besoin que l'accompagnement à leur endroit se fasse dans le respect du sens qu'ils donnent à leurs expériences et à leur avenir (et non en fonction de normes sociales, notamment celles encadrant certains programmes jeunesse)<sup>[27]</sup>. À titre d'exemple, contrairement aux attentes, les jeunes en situation d'itinérance peuvent être moins pressés que leurs pairs plus âgés à trouver un logement où ils pourront s'installer de manière définitive<sup>[03,50]</sup>. Ils auraient aussi besoin de services qui tiennent compte de leurs besoins particuliers, par exemple des troubles d'apprentissage<sup>[03]</sup>, ainsi que de services de défense des droits afin de lutter contre le profilage social et la discrimination à leur endroit<sup>[41]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

La culture organisationnelle de certains services serait mal adaptée aux réalités des jeunes en situation d'itinérance. Le manque de sécurité et d'humilité culturelle de certains milieux peut amener des jeunes à les éviter pour ne pas subir de la discrimination transphobe ou homophobe<sup>[51]</sup>. D'autre part, les heures limitées de certaines ressources et certains services peuvent être difficilement conciliables avec leur mode de vie<sup>[52,53]</sup>. De plus, bien qu'il soit documenté que de nombreux jeunes possèdent un ou plusieurs animaux de compagnie, qui leur permettent de combler d'importants besoins affectifs<sup>[54]</sup>, la plupart des ressources d'hébergement d'urgence refusent les animaux<sup>[55]</sup>.

Les services pour adultes peuvent être mal adaptés aux besoins spécifiques des jeunes adultes en situation d'itinérance<sup>[29]</sup>. Certains programmes de soutien financier exigeant une autonomie résidentielle, comme les prêts et bourses, peuvent leur être inaccessibles. Les jeunes pères en situation d'itinérance, en particulier, auraient de la difficulté à trouver du soutien en lien avec leur rôle parental. D'une part, les hébergements transitoires accueillant les jeunes pères accompagnés de leurs enfants sont rares. D'autre part, les intervenants auraient tendance à proposer à ces hommes des interventions visant leur employabilité, les renvoyant ainsi à un rôle traditionnel de genre, plutôt que de proposer des interventions visant à soutenir ou à développer leurs capacités parentales et à améliorer leur relation avec leur(s) enfant(s)<sup>[47]</sup>.

Certains jeunes en situation d'itinérance hésiteraient à utiliser les services en raison de mauvaises expériences. Des relations antérieures difficiles avec des adultes et des intervenants peuvent générer de la méfiance vis-à-vis de ceux-ci<sup>[56]</sup>. Ils peuvent aussi chercher à cacher leur situation aux professionnels<sup>[29]</sup>. Les jeunes pris en charge par des services de protection de la jeunesse, par exemple, peuvent craindre d'être dénoncés aux autorités, notamment s'ils sont en fugue ou s'ils participent à des activités criminelles<sup>[29]</sup>. D'autres jeunes mineurs éviteraient d'utiliser les services à cause de conceptions erronées, par exemple la croyance que l'accompagnement ou le consentement écrit d'un adulte est requis pour obtenir des services en tant que mineur<sup>[29]</sup>. Les jeunes peuvent aussi simplement méconnaître les services disponibles<sup>[57]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Rendre les ressources disponibles visibles, accessibles, attirantes, flexibles, sensibles à la culture des jeunes et à leur réalité ethnoculturelle<sup>[13]</sup>.
- Rejoindre, par le biais de travailleurs de rue et de pairs aidants, les jeunes qui ne sollicitent pas les services. L'intervention de proximité (être là où ils se trouvent) permettrait d'établir le lien de confiance<sup>[58]</sup>. Consulter la [Grille d'auto-évaluation pour l'observation dans les milieux](#) pour des idées sur comment faire un pas de plus vers les jeunes en marge des services.
- Proposer des services centrés sur les besoins exprimés par les jeunes et axés sur leur empowerment afin de favoriser leur adhésion aux interventions et le développement de leur autonomie<sup>[09]</sup>.
- Tenir compte du stade de développement cognitif et émotionnel des jeunes dans l'intervention<sup>[34]</sup>.
- Agir rapidement auprès des jeunes qui font nouvellement l'expérience de l'itinérance pour éviter les effets négatifs d'une situation d'itinérance qui perdure<sup>[02]</sup>.
- Pour les jeunes en fugue, examiner avec eux les raisons qui les ont menés à partir de leur domicile ou d'un établissement pour déterminer si un éventuel retour serait dans leur intérêt<sup>[59]</sup>.

- Faire preuve de vigilance quant au risque suicidaire étant donné, entre autres, l'impact des conditions de vie en situation d'itinérance sur la santé psychologique des jeunes<sup>[60]</sup>.
- Faire preuve de vigilance par rapport à la consommation excessive de substances psychoactives qui peut mener à des surdoses<sup>[60]</sup>. *Consulter la fiche [Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental](#) pour plus de pistes sur la façon d'accompagner ces personnes.*
- S'ils consomment des substances psychoactives ou adoptent des pratiques à risque, accompagner les jeunes selon une approche basée sur la réduction des méfaits : leur donner de l'information précise et de qualité sur les effets et les conséquences sur la santé mentale, physique et sexuelle ainsi que sur les ressources disponibles. Cette approche permettrait, notamment, de favoriser leur engagement<sup>[61]</sup>.
- Offrir un soutien lors de la transition de l'itinérance vers le logement ou l'hébergement et faire un suivi<sup>[14,62]</sup>. Au besoin, assurer l'arrimage avec les réseaux d'habitation ou l'organisme offrant l'hébergement. *Consulter la fiche [Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle](#) pour en savoir plus.*
- Offrir un accompagnement pour l'obtention de l'aide financière de dernier recours au besoin et offrir des informations sur différents programmes de retour aux études, de formation et de préemployabilité existants<sup>[14,49]</sup>.
- Assurer aux jeunes parents en situation d'itinérance (tant jeune père que jeune mère) et à leurs enfants un soutien adapté à leurs besoins sur le long terme. Les besoins peuvent être de divers ordres : un soutien psychologique, un soutien concernant les capacités parentales, la connaissance des ressources ou des activités destinées aux familles dans la communauté, un accompagnement dans les démarches administratives, etc.<sup>[43,44]</sup>.
- Accompagner les jeunes dans le développement de leur réseau social afin qu'ils développent une appartenance à un groupe identitaire de leur choix.
- Explorer la présence de relations significatives dans l'histoire des jeunes et leur intérêt à recréer certains liens. Les accompagner dans cette démarche s'ils le souhaitent.

*Pour des pistes sur comment accompagner les jeunes lors de transitions impliquant un passage en hébergement, tel qu'en centre de réadaptation pour des jeunes en difficulté d'adaptation, consulter la fiche [Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme](#).*

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES JEUNES APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Hommes](#)
- [Personnes immigrantes](#)
- [Personnes LGBTQ+](#)
- [Personnes des Premières Nations et Inuit](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Observatoire canadien sur l'itinérance. (2016). *Définition canadienne de l'itinérance chez les jeunes*. [www.rondpointdelitinerance.ca/definitionlitinerancejeunes](http://www.rondpointdelitinerance.ca/definitionlitinerancejeunes)
02. Gaetz, S., O'Grady, B., Kidd, S., et Schwan, K. (2016). *Without a home: The National Youth Homelessness Survey*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/WithoutAHome-final.pdf>
03. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (p. 267). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
04. Duchesne, A., Rivier, J., Hunter, P., et Cooper, I. (2019). *Points saillants de l'Étude nationale sur les refuges 2005 à 2016*. Emploi et développement social Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/sans-abri/etude-refuges-2016.html>
05. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinerance-questions-1561.html>
06. Thrane, L. E., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B., et Yoder, K. A. (2006). Impact of family abuse on running away, deviance, and street victimization among homeless rural and urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 1117-1128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.008>

07. Tyler, K. A., et Bersani, B. E. (2008). A longitudinal study of early adolescent precursors to running away. *The Journal of Early Adolescence*, 28(2), 230-251.  
<https://doi.org/10.1177/0272431607313592>
08. Tyler, K. A., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B., et Cauce, A. M. (2001). The effects of a highrisk environment on the sexual victimization of homeless and runaway youth. *Violence and Victims*, 16(4), 441-455.
09. Whitbeck, L. B., et Hoyt, D. R. (1999). *Nowhere to grow: Homeless and runaway adolescents and their families*. Talyor & Francis. <https://www.routledge.com/Nowhere-to-Grow-Homeless-and-Runaway-Adolescents-and-Their-Families/Whitbeck/p/book/9780202305844>
10. Hamel, S., Flamand, S., Di Tirro, A., Courchesne, A., Crête, C., et Crépeau-Fernandez, S. (2012). *Rejoindre les jeunes mineurs en fugue dans la rue. Une responsabilité commune en protection de l'enfance. Rapport final* (p. 274). Dans la rue. <https://jeunesenfugue.ca/wp-content/uploads/2011/03/rapport-mineurs-version-du-10-avril-2012-FINAL.pdf>
11. Parazelli, M. (2002). *La rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Presses de l'Université du Québec.
12. Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Street youth in Canada: Findings from enhanced surveillance of Canadian street youth, 1999-2003*. Agence de la santé publique du Canada. [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/pdf/street\\_youth\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_e.pdf)
13. Fortier, J., et Roy, S. (1996). Les jeunes de la rue et l'intervention : quelques repères théoriques. *Cahiers de recherche sociologique*, 27, 127-152.  
<https://doi.org/10.7202/1002360ar>
14. Gaetz, S. A. (2014). *Coming of age: Reimagining the response to youth homelessness in Canada*. The Canadian Observatory on Homelessness Press. [https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/ComingOfAgeHH\\_0.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/ComingOfAgeHH_0.pdf)
15. Abramovich, A., et Shelton, J. (dir.). (2017). *Where am I going to go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada & the U.S.* Canadian Observatory on Homelessness Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Where\\_Am\\_I\\_Going\\_To\\_Go.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Where_Am_I_Going_To_Go.pdf)
16. Springer, J., Lum, J., et Roswell, T. (2013). Policy challenges to homelessness among Caribbean youth in Toronto. Dans S. Gaetz, B. O'Grady, K. Buccieri, J. Karabanow et A. Marsolais (dir.), *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice* (p. 445-467). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/26SPRINGERweb.pdf>
17. Baskin, C. (2013). Shaking off the colonial inheritance: Homeless Indigenous youth resist, reclaim and reconnect. Dans S. Gaetz, B. O'Grady, K. Buccieri, J. Karabanow et A.

- Marsolais (dir.), *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice* (p. 405-424). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/24BASKINweb.pdf>
18. Baker Collins, S. (2013). Childhood stress and mobility among rural homeless youth. Dans S. Gaetz, B. O'Grady, K. Buccieri, J. Karabanow et A. Marsolais (dir.), *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice* (p. 53-74). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/resource/4-childhood-stress-and-mobility-among-rural-homeless-youth>
  19. Karabanow, J. (2004). *Being young and homeless: Understanding how youth enter and exit street life*. Peter Lang. <https://ighhub.org/resource/being-young-and-homeless-understanding-how-youth-enter-and-exit-street-life>
  20. Rodrigue, S. (2016). *Regards sur la société canadienne*. L'itinérance cachée au Canada (rapport de recherche ; p. 13). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.htm>
  21. Lussier, V., Poirier, M., Letendre, R., et Michaud, P. (2002). La quête au cœur de l'absence : les réseaux relationnels de jeunes adultes itinérants. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 79-101.
  22. Piotte, M., Nadeau, J., et Aubin, D. (2004). *Intervenir auprès des jeunes parents marginalisés* (texte inédit présenté à la 4e conférence internationale du Service social en santé et en santé mentale tenue à Québec du 23 au 27 mai 2004).
  23. Gagnon, I., et Plamondon, M. (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* (p. 53). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000171/>
  24. Latimer, E., Méthot, C., et Cao, Z. (2016). *Je compte Mtl 2015. Enquête complémentaire sur les personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 août 2015* (p. 122). Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d\\_social\\_fr/media/documents/rapport\\_enquete\\_complementaire\\_final\\_rev2.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/rapport_enquete_complementaire_final_rev2.pdf)
  25. Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A., et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés* (p. 21). Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ) / ENAP. <http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/11/Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf>
  26. Poirier, M., Chanteau, O., Marcil, F., et Guay, J. (2007). La prévention de l'itinérance et l'autonomisation des jeunes placés en Centre jeunesse. Dans S. Roy et R. Hurtubise (dir.),

*L'itinérance en questions* (p. 291-307). Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>

27. Colombo, A. (2013). Défis et conditions de l'accompagnement de la sortie de la rue. *Lien social et Politiques*, 70, 171-187. <https://doi.org/10.7202/1021162ar>
28. Côté, P.-B., Blais, M., Bellot, C., et Manseau, H. (2016). Les relations affectives et sexuelles des jeunes en situation de rue : entre investissement et désinvestissement. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 17. <https://journals.openedition.org/sejed/8263>
29. Elliott, A. S. (2013). Répondre aux besoins de santé des jeunes de la rue. *Paediatrics & Child Health*, 18(6), 322-326. <https://doi.org/10.1093/pch/18.6.322>
30. Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N., et Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal* (p. 144). Secrétariat national des sans-abri. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/judiciarisation-et-criminalisation-des-populations-itinerantes-a-montreal-2005/>
31. Farrugia, D. (2010). The symbolic burden of homelessness: Towards a theory of youth homelessness as embodied subjectivity. *Journal of Sociology*, 47(1), 71-87. <https://doi.org/10.1177/1440783310380989>
32. Provencher, M.-A., Côté, P.-B., Blais, M., et Manseau, H. (2013). La prostitution en situation de rue. Une analyse qualitative des trajectoires d'entrée et de sortie chez les jeunes femmes à Montréal. *Service social*, 59(2), 93-107. <https://doi.org/10.7202/1019112ar>
33. Altena, A. M., Brilleslijper-Kater, S. N., et Wolf, J. R. L. M. (2010). *Effective interventions for homeless youth: A systematic review*. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6), 637-645. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.02.017>
34. Slesnick, N., Dashora, P., Letcher, A., Erdem, G., et Serovich, J. (2009). A review of services and interventions for runaway and homeless youth: Moving forward. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 732-742. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.01.006>
35. MacDonald, S.-A. (2014). Managing risk: Self-regulation among homeless youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31(6), 497-520. <https://doi.org/10.1007/s10560-014-0337-5>
36. Walls, N. E., et Bell, S. (2011). Correlates of engaging in survival sex among homeless youth and young adults. *Journal of Sex Research*, 48(5), 423-436. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.501916>
37. Côté, P.-B., Flynn, C., Blais, M., Manseau, H., et Fournier, É. (2017). *L'itinérance comme vecteur de reproduction des rapports de genre inégaux : une analyse des relations intimes chez les jeunes*. *Service social*, 63(2), 85-98. <https://doi.org/10.7202/1046501ar>
38. Truchon, J.-F. (2012). *La prostitution masculine dans la rue : isolement, dissonances, vicissitudes et mécanismes de survie* (mémoire de maîtrise en sexologie, Université du

Québec à Montréal). <https://archipel.uqam.ca/5096/1/M12578.pdf>

39. Charest, R. (2003). Police et prise en charge des personnes itinérantes à Montréal. *Les Politiques Sociales*, 1-2, 66-77.
40. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec. (2009). *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal, un profilage social. Sommaire de l'avis de la Commission* (p. 7). [https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/itinerance\\_sommaire.pdf](https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/itinerance_sommaire.pdf)
41. Conseil Jeunesse de Montréal. (2017). Jeunes et itinérance. *Dévoiler une réalité peu visible. Avis sur la prévention de l'itinérance jeunesse à Montréal*. Conseil Jeunesse de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/cons\\_jeunesse\\_fr/media/documents/cjm\\_itinerance\\_montage\\_imp\\_page.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/cons_jeunesse_fr/media/documents/cjm_itinerance_montage_imp_page.pdf)
42. Kidd, S. (2013). Mental health and youth homelessness: A critical review. Dans S. Gaetz, B. O'Grady, K. Bucciari, J. Karabanow et A. Marsolais (dir.), *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice* (p. 217-227). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/27683>
43. Gagnon, E. (2017). *Paternité chez des « jeunes de la rue » : au cœur de la répétition, un paradoxe identitaire et la mise à mal du lieu de l'intimité* (thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal). <https://archipel.uqam.ca/9514/1/D3204.pdf>
44. Narendorf, S. C., Jennings, S. W., et Maria, D. S. (2018). Parenting and homeless: Profiles of young adult mothers and fathers in unstable housing situations. *Families in Society*, 97(3), 200-211. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2016.97.29>
45. Roy, É., Godin, G., Haley, N., Boivin, J.-F., Claessens, C., et Vincelette, J. (2005). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape numéro 4*. Direction de santé publique de Montréal. [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/Uploads/tx\\_asssmpublications/pdf/publications/2-89494-467-5.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/2-89494-467-5.pdf)
46. Combs, K., Barman-Adhikari, A., Begun, S., et Rice, E. (2020). Relationships between parenting and dangerous substance use behaviors among youth experiencing homelessness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 11(1), 1-20. <https://doi.org/10.1086/707341>
47. Mayol, S. (2014). De l'homme sans domicile au père sans logement personnel : tensions de genre dans l'intervention sociale. *Le Télémaque*, 46(2), 119-133. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tele.046.0119>
48. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 — Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>

49. Stewart, M., Reutter, L., Letourneau, N., Makwarimba, E., et Hungler, K. (2010). Supporting homeless youth: Perspectives and preferences. *Journal of Poverty*, 14(2), 145-165. <https://doi.org/10.1080/10875541003711631>
50. McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.-J., et Nancy, K. (2019). *L'approche globale en accompagnement résidentiel. Un projet portant sur les différentes pratiques en accompagnement résidentiel des populations en situation d'itinérance ou à risque au Québec* (rapport final). Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/lapproche-globale-en-accompagnement-residentiel-un-projet-portant-sur-les-differentes-pratiques-en-accompagnement-residentiel-des-populations-en-situation-ditinerance-ou-a-risque/>
51. Abramovich, I. A. (2012). No safe place to go—LGBTQ youth homelessness in Canada: Reviewing the literature. *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 4(1), 29-51. <https://doi.org/10.29173/cjfy16579>
52. Aviles, A., et Helfrich, C. (2004). Life skill service needs: Perspectives of homeless youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 331-338. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000032641.82942.22>
53. Garrett, S. B., Higa, D. H., Phares, M. M., Peterson, P. L., Wells, E. A., et Baer, J. S. (2008). Homeless youths' perceptions of services and transitions to stable housing. *Evaluation and Program Planning*, 31(4), 436-444. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.04.012>
54. Couvy, C. (2019). *Chiennes de vies : la relation anthropozoologique, un angle mort de l'intervention en itinérance ?* (mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal). [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22768/Couvy\\_Chloe\\_2019\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22768/Couvy_Chloe_2019_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
55. Lem, M., Coe, J. B., Haley, D. B., Stone, E., et O'Grady, W. (2016). *The protective association between pet ownership and depression among street-involved youth: A cross-sectional study*. *Anthrozoös*, 29(1), 123-136. <https://doi.org/10.1080/08927936.2015.1082772>
56. Erickson, S., et Paige, J. (1998). *To dance with grace: Outreach & engagement to persons on the street* (p. 19). The 1998 National Symposium on Homelessness Research. [http://www.urbancenter.utoronto.ca/pdfs/elibrary/1998\\_Outreach-Engagement.pdf](http://www.urbancenter.utoronto.ca/pdfs/elibrary/1998_Outreach-Engagement.pdf)
57. Skott-Myhre, H. A., Raby, R., et Nikolaou, J. (2008). Towards a delivery system of services for rural homeless youth: A literature review and case study. *Child & Youth Care Forum*, 37(2), 87-102. <https://doi.org/10.1007/s10566-008-9052-8>

58. Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollenbach, S., Wiebe, J., et Gliksman, L. (2001). *Preventing substance use problems among young people: A compendium of best practices* (p. 294). Canadian Centre on Substance Abuse. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/prevent/young-jeune-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/prevent/young-jeune-eng.pdf)
59. Collaborative Community Health Research Centre. (2002). *Research review of best practices for provision of youth services* (rapport de recherche ; p. 217). Ministry of Children and Family Development (BC). [https://youthrex.com/wp-content/uploads/2019/05/best\\_practices\\_provision\\_of\\_youth\\_services.pdf](https://youthrex.com/wp-content/uploads/2019/05/best_practices_provision_of_youth_services.pdf)
60. El Khouri, M., et Gagnon, J. (2011). L'impulsivité liée à la consommation et aux pratiques sexuelles chez des jeunes de la rue. *Drogues, santé et société*, 10(2), 185-229. <https://doi.org/10.7202/1013482ar>
61. Evenson, J., et Barr, C. (2009). *L'itinérance chez les jeunes au Canada — en route vers des solutions* (p. 48). Chez Toit. <http://learningcommunity.ca/lcwp/wp-content/uploads/2012/03/Full-French.pdf>
62. Kidd, S. A., Frederick, T., Karabanow, J., Hughes, J., Naylor, T., et Barbic, S. (2016). A mixed methods study of recently homeless youth efforts to sustain housing and stability. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33, 207-218. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0424-2>



# Complément Personnes âgées

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

## PERSONNES ÂGÉES

Les personnes âgées en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur genre, de leur origine culturelle ou de leur orientation sexuelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les conditions de vie liées à l'itinérance peuvent exposer les personnes à un vieillissement accéléré et à une espérance de vie réduite. Cela explique pourquoi les personnes en situation d'itinérance sont généralement considérées comme « âgées » à partir de 50 ans, plutôt qu'à partir de 65 ans comme la population générale<sup>[01,02]</sup>.

Lors d'un dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé dans 11 régions du Québec le 24 avril 2018, les personnes âgées de 50 à 64 ans représentaient 27 % des personnes dénombrées, alors que les personnes de 65 ans et plus en représentaient 8 %<sup>[03]</sup>. On note par ailleurs des différences selon la région : à Montréal, un peu plus du tiers des répondants avaient entre 50 et 64 ans, tandis que dans les autres régions, c'était le cas pour un répondant sur cinq. Si les hommes (81 %) prédominaient parmi les personnes âgées en

situation d'itinérance dénombrées, de nombreuses femmes (18 %) s'y trouvaient également représentées<sup>[04]</sup>.

Les personnes âgées peuvent avoir un profil d'utilisation des ressources et des services différent de celui des personnes d'autres groupes d'âge. Dans le dénombrement de 2018, les personnes de 65 ans et plus constituaient une partie importante (31 %) des personnes en situation d'itinérance cachée, c'est-à-dire « hébergée[s] temporairement chez d'autres ou dans un hôtel ou un motel, sans avoir de domicile fixe permanent; ou [...] dans une maison de chambres<sup>[04]</sup> ». Il importe toutefois de préciser que la méthodologie de cette enquête visait essentiellement les personnes en situation d'itinérance visible ; elle n'aurait donc pas permis de dresser un portrait juste et nuancé de l'itinérance cachée<sup>1</sup>. Par ailleurs, de récentes estimations indiquent que la proportion de personnes âgées en situation d'itinérance utilisant les services des ressources d'hébergement d'urgence serait en augmentation partout au Canada<sup>[05,06]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le quart des répondants âgés de 50 ans et plus dénombrés dans l'étude de 2018 a révélé avoir perdu son logement pour la première fois au cours de la dernière année. Ils étaient plus nombreux (46 %) à avoir connu leur premier épisode d'itinérance plus de 10 ans auparavant<sup>[04]</sup>. Ces données s'ajoutent à celles d'écrits antérieurs faisant état de deux parcours distincts qui mèneraient à l'itinérance chez les personnes âgées<sup>[02]</sup> :

- 1) Celui des personnes se retrouvant en situation d'itinérance à un âge avancé
- 2) Celui des personnes âgées vivant en situation d'itinérance depuis de nombreuses années.

Le passage à l'itinérance chez ces personnes, comme chez l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[07]</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur l'itinérance cachée au Canada, voir [ce rapport](#) publié par Statistique Canada (2016).

## LES PERSONNES SE RETROUVANT EN SITUATION D'ITINÉRANCE À UN ÂGE AVANCÉ

Ces personnes vivaient souvent en situation de grande précarité avant de se retrouver en situation d'itinérance<sup>[08]</sup>. Notons que vieillir seul représente un facteur de risque d'exclusion sociale et de pauvreté, autant chez les hommes que chez les femmes. À partir de 45 ans, l'érosion de l'accès au travail, à un revenu décent et au soutien social des proches ainsi qu'une santé déclinante tendent à diminuer les possibilités d'insertion sociale pour les personnes se trouvant déjà en situation précaire<sup>[08,09]</sup>. Les personnes âgées pourraient aussi souffrir d'une insuffisance de revenus au moment de la retraite<sup>[10]</sup>. Par ailleurs, certaines personnes âgées peuvent avoir vécu de l'exclusion sociale attribuable à une condition de pauvreté ou à la présence d'un handicap avant de se retrouver en situation d'itinérance<sup>[11]</sup>.

Il suffirait alors parfois d'un événement déclencheur comme un passage en centre hospitalier ou la perte d'un proche pour faire basculer dans l'itinérance des personnes âgées vivant déjà dans une situation précaire<sup>[08]</sup>. D'autres événements précipitants sont recensés : expulsion du logement, retraite et perte de revenu, difficulté à réintégrer le marché du travail et veuvage<sup>[12]</sup>. Les conflits familiaux sont également souvent nommés<sup>[02]</sup>.

D'autres conditions peuvent aussi diminuer la capacité à faire face à ces événements de vie, par exemple les problèmes de santé physique, ceux liés à la consommation problématique d'alcool<sup>[13]</sup>, les abus physiques, émotionnels et financiers<sup>[11]</sup>, les difficultés financières<sup>[11]</sup> ainsi que l'apparition ou l'aggravation d'un trouble mental<sup>[14]</sup>. Parfois, des habiletés sociales, relationnelles ou cognitives diminuées peuvent aussi contribuer à la situation d'itinérance<sup>[08]</sup>.

Des différences s'observent entre les hommes et les femmes âgés en situation précaire. Les femmes ayant été victimes de violence seraient particulièrement à risque de se retrouver dans une situation d'itinérance pour la première fois à un âge avancé<sup>[15]</sup>. Chez les femmes âgées de 50 ans et plus, la précarité économique semble peser plus lourdement sur la santé que chez les hommes du même âge<sup>[16]</sup>; or, les difficultés financières et les problèmes de santé sont deux facteurs pouvant contribuer à ce qu'une personne se retrouve en situation d'itinérance à un âge avancé. Le rôle de proche aidant peut contraindre certaines femmes à quitter leur emploi et entraîner un appauvrissement pouvant mener, dans certains cas, à l'itinérance<sup>[09]</sup>. L'isolement social chez certaines femmes âgées de 50

ans et plus est très prononcé. Avant de vivre une situation d'itinérance, certaines d'entre elles auraient vécu seules dans des logements insalubres, non adaptés à leurs besoins et n'auraient pas bénéficié du soutien à domicile nécessaire pour pallier leurs difficultés, notamment en matière d'autonomie fonctionnelle<sup>[17]</sup>.

## LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN SITUATION D'ITINÉRANCE DEPUIS DE NOMBREUSES ANNÉES

Les personnes âgées en situation d'itinérance de longue date sont les plus susceptibles de signaler des problèmes comme un trouble lié à l'utilisation d'une substance, une blessure ou une maladie dans les facteurs ayant contribué à leur passage à la rue<sup>[18]</sup>. Bien que l'alcool soit identifié comme une des voies majeures menant à l'itinérance pour ce sous-groupe<sup>[14]</sup>, les facteurs contributifs demeurent sensiblement les mêmes que pour les personnes qui vivent une situation d'itinérance pour la première fois à un âge avancé, soit : un trouble lié à l'utilisation d'une substance, des problèmes de santé physique, la présence de troubles mentaux, avoir été victime d'un crime pendant l'enfance ou à l'âge adulte et un faible revenu<sup>[14,19]</sup>. L'incarcération serait un des facteurs contributifs spécifiques aux personnes âgées qui sont en situation d'itinérance depuis de nombreuses années<sup>[19]</sup>. L'éloignement de la famille ou le manque d'implication et de soutien de la parenté a aussi été identifié comme un facteur déterminant dans leur trajectoire<sup>[20]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Le dénombrement de 2018 a permis de constater que 75 % des personnes âgées de 50 ans et plus avaient vécu un seul épisode d'itinérance lors de l'année précédente et qu'elles étaient proportionnellement plus nombreuses que les plus jeunes à être demeurées en situation d'itinérance tout au long de l'année. Les données tendent ainsi à démontrer que les épisodes d'itinérance seraient moins fréquents et dureraient plus longtemps chez les personnes âgées, alors que chez les plus jeunes, la trajectoire de l'itinérance serait davantage marquée par des entrées et des sorties successives<sup>[04]</sup>.

Peu importe leur trajectoire, les personnes âgées en situation d'itinérance consommeraient moins de substances psychoactives que leurs cadets et elles accepteraient plus facilement de recevoir des traitements médicaux comparativement à ces derniers<sup>[08]</sup>. Elles seraient plus susceptibles de présenter un profil de santé gériatrique, c'est-à-dire des problèmes

de santé chroniques observés généralement chez des personnes beaucoup plus âgées (insuffisance rénale, cardiaque, pulmonaire, diabète, etc.)<sup>[21]</sup>, auxquels peuvent s'ajouter des troubles mentaux, parfois sévères<sup>[22]</sup>, ainsi que des incapacités visuelles, auditives, cognitives et fonctionnelles<sup>[23]</sup>.

Certaines personnes âgées en situation d'itinérance, des femmes comme des hommes, ont tendance à adopter des comportements leur permettant de passer inaperçues dans l'espace public. Elles préféreraient être discrètes, peu visibles ou demeurer toute la journée à proximité des ressources d'hébergement d'urgence par crainte de perdre leur place en hébergement, de s'égarer ou d'être victimes d'abus<sup>[08]</sup>. Elles seraient moins susceptibles que les plus jeunes d'interagir avec les policiers ou avec les systèmes judiciaire et carcéral<sup>[04]</sup>.

Du point de vue relationnel, plusieurs personnes âgées en situation d'itinérance mentionnent avoir des enfants avec lesquels elles n'entretiennent pas de contacts. La majorité n'aurait aucun lien avec un partenaire<sup>[22]</sup>.

## **QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?**

D'abord, compte tenu de leurs conditions de vie difficiles, des risques qui leur sont liés et de la réduction avérée de leur espérance de vie en bonne santé, les personnes âgées en situation d'itinérance devraient avoir accès dès l'âge de 50 ans aux services destinés aux personnes de 65 ans et plus<sup>[24]</sup>. Leurs besoins comprennent, entre autres, des soins pour des problèmes musculo-squelettiques, dentaires, de vision, d'audition, d'arthrite, de dépression, de trouble lié à l'utilisation d'alcool, ainsi que liés à des pertes cognitives<sup>[02]</sup>. À cet égard, les personnes âgées en situation d'itinérance pourraient avoir besoin d'accompagnement dans l'ensemble des démarches concernant leurs soins médicaux (prise de médicaments, remplissage des formulaires, déplacements vers les rendez-vous, visites à la pharmacie). Certaines personnes pourraient aussi nécessiter un accompagnement plus spécifique en lien avec la fin de vie<sup>[25,26]</sup>.

Ensuite, certaines personnes âgées en situation d'itinérance aimeraient se sentir utiles socialement et rester actives. Celles qui ont perdu leur emploi pourraient ne pas être prêtes à quitter le marché du travail. Elles pourraient aussi chercher à combler ce besoin par des engagements bénévoles ou citoyens<sup>[27]</sup>.

Enfin, les personnes âgées en situation d'itinérance pourraient avoir besoin de donner un sens à l'avancée en âge afin de développer une perspective positive et optimiste du vieillissement, par opposition à une conception plus traditionnelle fondée sur les notions de pertes et de déficits. Cette quête de sens est un aspect qui aide particulièrement à rester sobre et à conserver une bonne santé mentale<sup>[27]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Les personnes âgées en situation d'itinérance passeraient souvent sous le radar des services de santé et des services sociaux. Malgré des problèmes de santé importants et concomitants, elles peuvent avoir tendance à rester discrètes sur leurs maux, étant trop absorbées par des impératifs de survie ou ne souhaitant pas être repérées<sup>[08,17]</sup>. De plus, les personnes âgées en situation d'itinérance auraient tendance à demander de l'aide uniquement lorsque leurs problèmes de santé sont graves, ceci les amenant à recourir davantage aux urgences des centres hospitaliers<sup>[28]</sup>.

Certaines personnes âgées peuvent éviter de recourir aux ressources d'hébergement d'urgence et aux ressources d'aide par crainte d'être agressées, intimidées ou dérangées par les plus jeunes<sup>[08]</sup>.

Les personnes âgées en situation d'itinérance depuis peu pourraient avoir de la difficulté à accéder aux services à cause d'un manque d'information sur les services offerts<sup>[02,18]</sup>. Se retrouvant pour la première fois en situation d'itinérance à un âge avancé, elles connaîtraient souvent uniquement la ressource d'hébergement d'urgence qui les a accueillies<sup>[08]</sup>.

L'âgisme a été identifié comme un obstacle supplémentaire à l'utilisation des services chez les personnes âgées en situation d'itinérance<sup>[20,21]</sup>. Celles-ci pourraient être sujettes à subir une double stigmatisation en raison de leur âge et de leur situation d'itinérance, par exemple dans le milieu hospitalier où les personnes âgées peuvent être considérées comme des patients peu attractifs<sup>[29-31]</sup>. Cette double stigmatisation pourrait aussi être un obstacle supplémentaire pour celles qui désirent réintégrer le marché de l'emploi après 50 ans<sup>[21]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

### POUR TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE L'ÊTRE

- Réaliser une évaluation des besoins gériatriques de manière respectueuse et conjointement avec les personnes (par ex. : soutien dans la réalisation des activités quotidiennes, mesure des capacités fonctionnelles), et ce, dès l'âge de 50 ans.
- Développer et offrir des services de proximité de type soutien à domicile à même le milieu de vie ou de résidence des personnes âgées en situation d'itinérance (par ex. : ressource d'hébergement d'urgence, hébergement temporaire chez des proches, maison de chambres, etc.)<sup>[32]</sup>.
- Adapter ses communications, notamment en utilisant un vocabulaire accessible et en privilégiant les communications orales plutôt qu'écrites afin de maximiser la compréhension des personnes, particulièrement si elles éprouvent des difficultés à lire ou sont analphabètes<sup>[33]</sup>.
- Selon le degré d'autonomie des personnes et le mandat de l'intervenant, offrir de l'accompagnement aux rendez-vous médicaux<sup>[33]</sup> et dans les démarches administratives (prises de rendez-vous, demande de pension de vieillesse, déclaration d'impôt, accompagnement juridique en cas de maltraitance, etc.).
  - Selon les besoins, aider les personnes à se souvenir de leurs rendez-vous, surtout s'ils sont prévus plusieurs mois à l'avance<sup>[08]</sup>.
  - Soutenir l'organisation du transport si elles éprouvent des défis de mobilité ou s'il leur est difficile de payer le transport<sup>[34]</sup>.
  - Soutenir la défense des droits, au besoin<sup>[33]</sup>.
- Aider les personnes à briser leur solitude et à éviter le repli sur soi, notamment en les aidant à resserrer ou à (re)tisser des liens avec leurs proches, si possible<sup>[20]</sup>.
- Offrir des opportunités de se projeter dans le temps, de donner un sens à sa vie en ciblant des projets stimulants<sup>[20,27]</sup>.

- Évaluer avec les personnes leur intérêt et leur capacité à réintégrer le marché du travail :
  - Offrir aux personnes ne pouvant pas ou ne désirant pas réintégrer le marché du travail d'autres possibilités d'intégration socioprofessionnelle comme des activités de bénévolat ou de loisirs<sup>[27]</sup>.
  - Offrir un soutien aux travailleurs expérimentés (de 50 ans et plus) désirant réintégrer le marché du travail et les orienter vers des choix professionnels adaptés à leurs intérêts<sup>[12]</sup>. Afin de faciliter cette intervention, générer et maintenir à jour une liste d'employeurs enclins à engager des travailleurs plus âgés.
- Dans le cas des femmes âgées, offrir la possibilité de participer à des activités non mixtes lorsqu'il en existe et ne tolérer aucune violence, intimidation ou attitude sexiste<sup>[35]</sup>.

#### PISTES SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION PRÉCAIRE, À RISQUE DE SE RETROUVER EN SITUATION D'ITINÉRANCE POUR LA PREMIÈRE FOIS

- Utiliser systématiquement l'[Outil de repérage IRIS](#) (*Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque*) dans les équipes de soutien à domicile. *Pour en savoir plus sur la façon d'intervenir auprès de personnes vivant une instabilité sur le plan du logement, consulter la fiche [Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle](#).*
- Informer les personnes des services et des ressources disponibles. Diriger les personnes vers les ressources pertinentes de la communauté<sup>[08]</sup>.

#### PISTES SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'ITINÉRANCE DE LONGUE DATE

- Offrir un environnement calme où le rythme est lent et tenter d'offrir des repères clairs aux personnes (par ex. : stabilité des heures d'ouverture si possible). Utiliser la routine et la répétition comme outil d'intervention<sup>[33]</sup>.
- Accorder une grande importance à la santé dans les démarches de sortie de

l'itinérance, tant sur le plan physique que mental<sup>[09]</sup>, considérant que la condition de santé des personnes âgées en situation d'itinérance peut se dégrader de façon accélérée<sup>[01,02]</sup>.

## PISTES SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'ITINÉRANCE EN FIN DE VIE

- Soutenir la défense des droits des personnes en situation d'itinérance à une fin de vie dans la dignité, le respect, la sécurité, et dans un environnement chaleureux et familial.
- Si votre mandat le permet, envisager la possibilité de discuter avec les personnes en situation d'itinérance en fin de vie ou qui font face à une maladie terminale de leurs préférences et souhaits relativement à divers aspects entourant le décès, dont le type de soins souhaités<sup>[25]</sup>.
- Développer et offrir des soins palliatifs à même le milieu de vie ou de résidence des personnes en situation d'itinérance en fin de vie (par ex. : ressource d'hébergement d'urgence, hébergement temporaire chez des proches, maison de chambres, etc.). Des programmes de soins palliatifs en ressources d'hébergement ancrés dans une approche de réduction des risques ou des méfaits (où par exemple la consommation d'alcool est permise) se sont avérés sécuritaires et positifs pour les personnes<sup>[28]</sup>.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES ÂGÉES APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Hommes](#)
- [Personnes immigrantes](#)
- [Personnes présentant une déficience physique](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Grenier, A., Barken, R., Sussman, T., Rothwell, D., Bourgeois-Guérin, V., et Lavoie, J.-P. (2016). A literature review of homelessness and aging: Suggestions for a policy and practice-relevant research agenda. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 35(1), 28-41. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000616>
02. McDonald, L., Dergal, J., et Cleghorn, L. (2007). Living on the margins: Older homeless adults in Toronto. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2), 19-46. [https://doi.org/10.1300/J083v49n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J083v49n01_02)
03. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-10W.pdf>
04. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018* (version révisée du 8 avril 2019 ; p. 143). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>
05. Gaetz, S., Dej, E., Richter, T., et Redman, M. (2016). *The state of homelessness in Canada 2016*. Canadian Observatory on Homelessness. [http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16\\_final\\_20Oct2016.pdf](http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf)

06. Duchesne, A., Rivier, J., Hunter, P., et Cooper, I. (2019). *Points saillants de l'Étude nationale sur les refuges 2005 à 2016*. Emploi et développement social Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/sans-abri/etude-refuges-2016.html>
07. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
08. Gagné, J., et Poirier, M. (2013). *Vieillir dans la rue*. Relations, 767, 33-35.
09. Gélinau, L. (2013). *Vieillir dans la rue. Mieux comprendre l'itinérance et la très grande précarité des personnes de 55 ans et plus* (rapport de recherche ; p. 52). Pas de la rue. [http://pasdelarue.org/wp-content/uploads/2014/11/Vieillir\\_dans\\_la\\_rue\\_Rapport\\_de\\_recherche\\_integral.pdf](http://pasdelarue.org/wp-content/uploads/2014/11/Vieillir_dans_la_rue_Rapport_de_recherche_integral.pdf)
10. Gauthier, H. (dir.). (2007). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain* (vol. 2). Institut de la statistique du Québec. [https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR\\_VieGenerationVo2\\_2007.pdf](https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_VieGenerationVo2_2007.pdf)
11. Greater Vancouver Shelter Strategy. (2013). Sheltering homeless seniors literature review. Dans *Greater Vancouver Shelter Strategy* (p. 20). <http://hsa-bc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Sheltering-Homeless-Seniors-Lit-Review-Dec-2013.pdf>
12. Reynolds, K. A., Isaak, C. A., DeBoer, T., Medved, M., Distasio, J., Katz, L. Y., et Sareen, J. (2016). Aging and homelessness in a Canadian context. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(1), 1-13. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-016>
13. Crane, M., et Warnes, A. M. (2010). Homelessness among older people and service responses. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(4), 354-363. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000225>
14. Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., Ryan, M., Shea, R., Watt, H., et Warnes, A. M. (2005). The causes of homelessness in later life: Findings from a 3-nation study. *The Journals of Gerontology Series B*, 60(3), S152-S159. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S152>
15. Barken, R., Grenier, A., Budd, B., Sussman, T., Rothwell, D., et Bourgeois-Guérin, V. (2015). *Aging and homelessness in Canada: A review of frameworks and strategies*. Gilbrea Centre for Studies on Aging, McMaster University. <http://aginghomelessness.com/wp-content/uploads/2012/10/PolicyReview-FINAL-REPORT-April-2015.pdf>
16. Plouffe, L. A. (2003). Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 855-860. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300018>

17. La rue des Femmes. (2018). *Portait de l'itinérance au féminin. Réalité 2018. Vue par La rue des Femmes* (rapport de recherche ; p. 22). <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Litinerance-au-feminin-2018.pdf>
18. Dennis, C. B., McCallion, P., et Ferretti, L. A. (2012). Understanding implementation of best practices for working with the older homeless through the lens of self-determination theory. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(4), 352-366. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.640742>
19. Brown, R. T., Goodman, L., Guzman, D., Tieu, L., Ponath, C., et Kushel, M. B. (2016). Pathways to homelessness among older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *PLOS ONE*, 11(5), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155065>
20. Davis-Berman, J. (2011). Older women in the homeless shelter: Personal perspectives and practice ideas. *Journal of Women & Aging*, 23(4), 360-374. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.611391>
21. La Maison du Père. (2017). *Rapport d'activités 2017 — La population vieillit, celle de l'itinérance aussi... Des actions adaptées à cette nouvelle réalité !* (p. 36). [https://docs.wixstatic.com/ugd/95dc75\\_205a2f6b3df24fea8fa909bc288ded5f.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/95dc75_205a2f6b3df24fea8fa909bc288ded5f.pdf)
22. Barak, Y., et Cohen, A. (2003). Characterizing the elderly homeless: A 10-year study in Israel. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(2), 147-155. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00043-8)
23. Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., et Kushel, M. B. (2017). Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757-766. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw011>
24. Fazel, S., Geddes, J. R., et Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
25. Klop, H. T., de Veer, A. J. E., van Dongen, S. I., Francke, A. L., Rietjens, J. A. C., et Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). Palliative care for homeless people: A systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. *BMC Palliative Care*, 17(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6>
26. Sumalinog, R., Harrington, K., Dosani, N., et Hwang, S. W. (2017). Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for homeless people: A systematic review. *Palliative Medicine*, 31(2), 109-119. <https://doi.org/10.1177/0269216316649334>

27. Proehl, R. A. (2007). Social justice, respect, and meaning-making: Keys to working with the homeless elderly population. *Health & Social Work, 32*(4), 301-307. <https://doi.org/10.1093/hsw/32.4.301>
28. Podymow, T., Turnbull, J., Tadic, V., et Muckle, W. (2006). Shelter-based convalescence for homeless adults. *Canadian Journal of Public Health, 97*(5), 379-383. <https://doi.org/10.1007/BF03405346>
29. Camerlain, M., Myhal, G., et Hamel, S. (2010). Le dialogue au rendez-vous. L'âgisme et la polyarthrite rhumatoïde de l'aîné : créer un autre paradigme. *L'actualité médicale, 31*(16), 37-39.
30. Kergoat, M.-J. (2009). La personne âgée admise à l'hôpital est-elle victime d'âgisme ? *Vie et vieillissement, 7*(2), 41-48.
31. Masse, M., et Meire, P. (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? *Gériatrie et psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement, 10*(3), 333-341. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0364>
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-02W.pdf>
33. Pas de la rue. (2014). *Cadre d'intervention. Adapter les pratiques d'intervention et d'accompagnement, aux personnes de 55 ans +, sans domicile fixe ou en situation de grande précarité*. [http://pasdelarue.org/wp-content/uploads/2014/11/PAS\\_DE\\_LA\\_RUE\\_Cadre\\_intervention.pdf](http://pasdelarue.org/wp-content/uploads/2014/11/PAS_DE_LA_RUE_Cadre_intervention.pdf)
34. Bellot, C., et Rivard, J. (2017). Repenser l'itinérance au féminin dans le cadre d'une recherche participative. *Criminologie, 50*(2), 95-121. <https://doi.org/10.7202/1041700ar>
35. Davis-Berman, J. (2011). Older men in the homeless shelter: In-depth conversations lead to practice implications. *Journal of Gerontological Social Work, 54*(5), 456-474. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.570863>



## Complément Personnes ayant une DI ou un TSA

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

# PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

396

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

Les personnes qui se trouvent en situation d'itinérance et qui ont une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur genre, de leur origine culturelle ou de leur orientation sexuelle. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

## QUI SONT LES PERSONNES AYANT UNE DI OU UN TSA EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Il n'existe pas de données fiables sur la proportion de personnes ayant une DI ou un TSA au sein de la population en situation d'itinérance. Des études ainsi que l'expérience pratique confirment toutefois leur présence parmi celle-ci<sup>[01-03]</sup>.

La déficience intellectuelle (DI) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont des conditions neurologiques qui, contrairement à d'autres troubles mentaux, ne sont pas des maladies : elles demeurent à vie<sup>[04]</sup>. Sur le plan des interventions à mettre en place auprès des personnes

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

Québec

vivant avec une DI ou un TSA, il importerait donc de viser, non pas une finalité d'atténuation des symptômes, de rétablissement ou de guérison, mais plutôt une finalité de réadaptation ; c'est-à-dire de développer avec les personnes elles-mêmes des environnements ou des contextes favorables à la réalisation de leur plein potentiel<sup>[05]</sup>. Les deux conditions (DI et TSA) peuvent être vécues distinctement, ou encore, être présentes chez une même personne<sup>[06,07]</sup>.

Les personnes présentant une DI, accompagnée d'une limitation importante des comportements adaptatifs, représenteraient environ 1 % de la population<sup>[08]</sup>. Au Québec, la définition généralement retenue pour décrire la DI est celle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) : « La DI est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans<sup>[09]</sup>. » Auparavant pensée en termes de « niveaux » de déficience (déficience légère, moyenne, grave, profonde), la DI tendrait désormais à être conceptualisée à partir d'une évaluation du niveau de soutien requis par la personne<sup>[09]</sup>.

Les personnes présentant une DI peuvent, entre autres, avoir une plus grande propension à l'impulsivité, avoir plus de difficulté à gérer leurs émotions et à comprendre celles des autres, avoir moins d'inhibition, être plus influençables, avoir un moins bon jugement et avoir un grand désir de plaire<sup>[10]</sup>. Elles éprouveraient aussi d'importantes difficultés dans le domaine de la conceptualisation, ce qui entraverait leur habileté à lire, écrire, compter, leur capacité d'abstraction, leur aptitude à se projeter dans le temps et dans l'espace et à évaluer les conséquences potentielles de leurs actes<sup>[02,04]</sup>. Dans la pratique, on reconnaîtrait parfois la présence d'une DI chez des personnes n'ayant pas de diagnostic, sur la base de caractéristiques communes avec des personnes ayant reçu un diagnostic. Notons que chez certaines personnes, des limitations intellectuelles peuvent apparaître en raison de conditions de vie particulièrement mauvaises : pauvreté extrême ; absence de stimulation dès la naissance ; consommation excessive de substances psychoactives ou encore traumatismes crâniens à répétition<sup>[02]</sup>. Peu de personnes présentant une DI endosseraient cette identité en raison de son caractère dévalorisant. Au contraire, la plupart des personnes tenteraient de cacher leur condition pour éviter d'être stigmatisées<sup>[11,12]</sup>.

Le trouble du spectre de l'autisme, pour sa part, est un trouble neurodéveloppemental qui entrave de façon importante les interactions sociales et la communication chez la personne.

Cela se manifeste, entre autres, par l'apparition de comportements atypiques et par le développement de champs d'intérêt restreints<sup>[04,07]</sup>. Les critères diagnostiques du DSM-V définissent trois « niveaux de fonctionnement », en fonction du degré de soutien dont un enfant ou un adulte diagnostiqué avec un trouble du spectre de l'autisme a besoin pour fonctionner dans la communauté<sup>[04]</sup>. Les besoins liés à cette condition peuvent être très différents d'une personne à l'autre et changer au fil du temps<sup>[07]</sup>. Dans la population québécoise en 2015, un enfant de 5 à 17 ans sur 64 a reçu un diagnostic de TSA, et parmi ces enfants, les garçons étaient quatre fois plus nombreux que les filles<sup>[13]</sup>. Les taux de TSA dans la population canadienne et québécoise ont connu une augmentation constante et importante au cours des vingt dernières années<sup>[13]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le passage à l'itinérance chez les personnes ayant une DI ou un TSA, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[14]</sup>, à laquelle se superposent les défis liés à leurs limitations spécifiques.

À l'instar de celui de plusieurs autres personnes en situation d'itinérance, le parcours des personnes présentant une DI ou un TSA peut être marqué par des problématiques multiples pouvant être comprises comme les conséquences de l'absence ou de l'inadéquation de réponses sociales à leurs besoins<sup>[15]</sup>. À défaut de trouver le service qui convient à leur réalité, ces personnes se retrouveraient souvent dans des institutions de derniers recours : centres hospitaliers, services de police, centres de détention, etc. Les contacts fréquents ou épisodiques avec ces institutions entraîneraient une multiplication des interventions et des acteurs issus de champs divers et provoqueraient le phénomène des « portes tournantes », ce qui contribuerait à les faire basculer vers l'itinérance<sup>[11]</sup>.

Les personnes ayant une DI ou un TSA qui se retrouvent en situation d'itinérance peuvent avoir vécu des problèmes de santé physique et mentale, un trouble lié à l'utilisation d'une substance, la pauvreté, l'isolement, la précarité résidentielle et la judiciarisation<sup>[16]</sup>. Elles sont aussi susceptibles d'avoir vécu de multiples ruptures relationnelles ; par conséquent, l'isolement et l'absence d'un réseau de soutien seraient des réalités fréquentes parmi celles-ci<sup>[01]</sup>. Dans une étude montréalaise auprès de personnes ayant une DI, les femmes ont

identifié, comme facteurs précipitants de leur situation d'itinérance, la perte d'un proche ou la rupture d'une relation significative, alors que les hommes ont cité des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue<sup>[02]</sup>. Plusieurs personnes en situation d'itinérance ayant une DI ou un TSA seraient issues de familles qui vivaient elles-mêmes de grandes difficultés (troubles liés à l'utilisation d'une substance, troubles mentaux, DI, précarité financière, etc.)<sup>[12]</sup>.

Les limitations spécifiques liées à la DI ou au TSA peuvent aussi favoriser le basculement vers une situation d'itinérance. Par exemple, des limitations dans l'autonomie fonctionnelle, qui consiste par exemple à savoir prendre soin de sa santé et de son hygiène, adopter de saines habitudes de vie, faire la cuisine et l'entretien ménager, gérer un budget, pourraient mettre à l'épreuve la capacité à habiter seul<sup>[02]</sup>. Plusieurs personnes ayant une DI sont sous-scolarisées<sup>[12]</sup>. Plusieurs d'entre elles dépendent de prestations d'aide financière de dernier recours pour subsister, ce qui tend à les maintenir dans la pauvreté<sup>[17]</sup>. Les personnes présentant un TSA, pour leur part, seraient susceptibles d'adopter des attitudes et des comportements pouvant être mal interprétés, c'est-à-dire être vus comme négatifs, antisociaux ou inadéquats par leur propriétaire ou par leurs intervenants en logement<sup>[01]</sup>. Chez les personnes ayant une DI ou un TSA, les difficultés à gérer de l'argent de même qu'une absence de soutien social accentueraient les risques d'exploitation financière et la précarité<sup>[01]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DI ou un TSA seraient particulièrement vulnérables en raison des limitations et des besoins liés à leur condition spécifique ainsi que de leur isolement social<sup>[02,18]</sup>. Le manque de ressources pour pallier ces limitations, et le manque d'adéquation de celles-ci avec les besoins variés et évolutifs des personnes qui vivent avec un TSA, peuvent placer les personnes en situation de handicap<sup>[05]</sup>.

Les personnes ayant une DI ou un TSA dépendent parfois des autres pour combler leurs besoins de base. En contexte d'itinérance, surtout si elles sont en rupture avec leur réseau de soutien, elles peuvent tenter de se recréer un milieu d'appartenance. Leurs limitations sur le plan du jugement, de l'autonomie et des habiletés sociales peuvent cependant les exposer à de l'intimidation, à de l'exploitation financière et sexuelle et aux abus<sup>[02,18]</sup>. Par exemple, les personnes présentant une DI qui consomment des substances psychoactives, ayant plus de difficultés à compter et à s'affirmer, seraient plus susceptibles de payer plus cher que les

autres consommateurs, mais surtout de se voir vendre des substances de mauvaise qualité, ce qui augmenterait les risques de complications comme l'intoxication et la surdose<sup>[02]</sup>. Les personnes ayant un diagnostic de DI ou de TSA peuvent également devenir des cibles pour des personnes malveillantes, en particulier si elles reçoivent une prestation d'aide financière de dernier recours liée à une contrainte sévère à l'emploi (« allocation de solidarité sociale »), plus élevée que la prestation d'aide sociale de base<sup>[19]</sup>.

Des études révèlent la présence de personnes ayant une DI ou un TSA dans le système pénal (tant comme victimes d'actes criminels que comme contrevenantes)<sup>[20]</sup>. Ces personnes sont judiciairisées lorsqu'elles ne réussissent pas à trouver leur place dans une ressource appropriée<sup>[11]</sup>. La judiciarisation de personnes en situation d'itinérance ayant une DI peut exacerber la précarité de leur situation. Dans plusieurs cas, leurs besoins spécifiques ne sont pas pris en compte dans le système pénal<sup>[20]</sup>. Ou de nouvelles accusations peuvent survenir si, par exemple, elles oublient de payer les contraventions ou négligent de se présenter à leur rendez-vous de suivi avec l'agent de probation<sup>[02]</sup>.

## **QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE AYANT UNE DI OU UN TSA ?**

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DI ou un TSA auraient surtout besoin de nouer des relations de confiance qui se maintiennent dans le temps. Ces relations pourraient en effet favoriser leur intégration sociale<sup>[02]</sup>, aider à restaurer leur estime de soi et être source de motivation pour aller de l'avant dans leurs démarches<sup>[21]</sup>. En ce sens, développer des relations significatives et appartenir à un réseau leur serait bénéfique<sup>[22]</sup>.

Les personnes en situation d'itinérance présentant une DI ou un TSA auraient aussi besoin d'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, dans les demandes de services auprès de différentes instances, dans la prise et le rappel de rendez-vous et dans la transition vers le logement<sup>[16,21,23]</sup>. Comme les personnes ayant une DI ou un TSA qui ne sont pas en situation d'itinérance, elles bénéficieraient d'un cadre d'accompagnement où leurs choix soient valorisés et reconnus<sup>[21]</sup>. Or, certaines personnes ayant une DI rapportent vivre de la contrainte dans l'accompagnement qui leur est offert en matière de logement<sup>[24]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Il peut être difficile pour les personnes en situation d'itinérance ayant une DI ou un TSA d'accéder aux services. Des expériences de ruptures relationnelles ou encore l'inadaptation des services à leurs besoins spécifiques peuvent être en cause.

D'abord, les personnes en situation d'itinérance ayant une DI ou un TSA peuvent être réticentes à s'investir dans de nouvelles relations de confiance en raison d'échecs relationnels passés ou de l'anxiété suscitée par la rencontre de personnes inconnues<sup>[01,21]</sup>. Plusieurs personnes présentant une DI ou un TSA rapportent avoir vécu des situations où elles ont été infantilisées, privées de reconnaissance et considérées comme inaptes à prendre des décisions éclairées par rapport à leur propre vie, ce qui a pu générer chez elles beaucoup de frustration<sup>[21]</sup>. Elles peuvent aussi être méfiantes vis-à-vis des fournisseurs de services en raison d'expériences passées négatives, notamment de rejet ou d'abus<sup>[02]</sup>.

Ensuite, les personnes peuvent avoir de la difficulté à accéder aux ressources et à les utiliser en raison de la complexité des procédures d'accès, d'une incompréhension du fonctionnement des services, de l'oubli des rendez-vous et d'une difficulté à formuler une demande formelle, claire et spécifique convenant aux normes institutionnelles<sup>[21]</sup>. Dans les ressources d'hébergement d'urgence, leur difficulté à suivre les règles peut être interprétée par les intervenants comme de la mauvaise volonté<sup>[25]</sup>. Certaines personnes peuvent par ailleurs ne pas recourir à des services si ceux-ci ne leur semblent pas correspondre avec exactitude à leurs besoins.

Les personnes en situation d'itinérance ayant un TSA peuvent avoir une hypersensibilité ou une hyposensibilité à certains stimuli sensoriels (bruit, éclairage, textures), ce qui peut les conduire à éviter ou à quitter des environnements qui les agressent. Cette situation peut, entre autres, les tenir à l'écart des ressources et des types d'hébergement qui comportent une vie de groupe. Outre de les priver de ces services, ce type de réaction peut entraîner des difficultés à entrer en relation<sup>[01]</sup>.

Les ressources visant à répondre aux besoins de la population générale peuvent être mal adaptées pour les personnes présentant une DI ou un TSA. En revanche, il peut être difficile pour les personnes ayant une DI ou un TSA d'accéder aux services spécialisés<sup>[05,07]</sup>. Elles peuvent se heurter à des portes fermées lorsque leurs besoins sont jugés trop complexes,

lorsqu'elles manifestent des problèmes de comportement ou, paradoxalement, en raison d'un niveau de fonctionnement jugé « trop élevé » pour les services spécialisés en DI ou TSA<sup>[21]</sup>. Il peut aussi y avoir des obstacles ou des délais pour obtenir un diagnostic<sup>[07]</sup>. Or les personnes en situation d'itinérance chez qui on soupçonne une DI auraient plus difficilement accès aux services si elles n'ont pas déjà un diagnostic officiel<sup>[11]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Chercher à mettre en place des interventions ayant pour objectif de soutenir les personnes dans la réalisation de leur plein potentiel et d'assurer leurs pleines intégration et participation sociales (et non pas de les « guérir »)<sup>[05]</sup>.
- Soutenir les personnes dans le développement d'un réseau relationnel et la recherche d'un rôle social valorisant<sup>[21]</sup>.
- Construire un lien thérapeutique de confiance avec les personnes en respectant leur rythme. Faire preuve d'empathie et de souplesse dans l'intervention<sup>[21]</sup>. Faire preuve de patience et de persévérance<sup>[16]</sup>.
- Essayer de rejoindre les personnes là où elles sont, dans leur milieu. Plusieurs personnes en situation d'itinérance qui présentent une DI ou un TSA n'iront pas elles-mêmes chercher des services<sup>[23]</sup>.
- Utiliser un langage simple et concret<sup>[01]</sup>.
- Considérant l'hypersensibilité présente chez certaines personnes ayant un TSA, offrir un contexte calme et intime pour les rencontres<sup>[01]</sup>.
- Penser l'intervention à partir des priorités et des besoins identifiés par la personne. Tenter de comprendre son univers de référence et son mode de raisonnement et proposer des solutions applicables et adaptées à sa réalité<sup>[21]</sup>.
- Miser sur les forces de la personne. Comme tout le monde, les personnes présentant une DI ou un TSA ont des forces sur lesquelles elles peuvent s'appuyer pour améliorer leur situation<sup>[21]</sup>.

- Valoriser les capacités décisionnelles de la personne et renforcer positivement ses comportements<sup>[21]</sup>. Favoriser le plus possible les démarches faites avec la personne plutôt qu'à sa place afin de favoriser le développement de ses compétences personnelles et de renforcer son autonomie, son sentiment d'autodétermination et son estime personnelle<sup>[21]</sup>.
- Encourager la réduction des méfaits en discutant avec la personne de ses choix, de leurs conséquences, tout en respectant son autonomie<sup>[16]</sup>.
- Demander à la personne de relater ses expériences d'accompagnement antérieures en spécifiant ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, afin d'en tenir compte dans l'intervention<sup>[23]</sup>.
- Soutenir la personne dans l'atteinte d'une meilleure gestion de ses finances en l'informant d'activités de formation sur la façon de faire un budget, de gérer de l'argent ou de bénéficier des services d'administration de budget (par ex. : fiducie).
- Estimer le besoin de protection de la personne afin d'éviter qu'elle ne soit victime d'exploitation, notamment sur le plan financier. *Pour en savoir plus sur la façon d'analyser les facteurs de vulnérabilité et d'accompagner une personne qui présente un besoin de protection, consulter la fiche [Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert](#).*
- Faciliter l'accès à des suivis médicaux et psychologiques<sup>[23]</sup>. S'assurer d'accompagner la personne n'ayant pas reçu de diagnostic dans une démarche lui donnant accès aux services qui lui sont disponibles. Faire de même avec celle ayant reçu un diagnostic afin qu'elle bénéficie de services adaptés à ses besoins<sup>[05,12]</sup>.
- Offrir à la personne un accompagnement pour l'obtention d'un logement adapté à ses besoins (logement avec soutien communautaire, résidence de groupe, suivi externe, etc.).
- Informer la personne des activités gratuites offertes dans la communauté pour les personnes vivant avec une DI ou un TSA (bénévolat, activités socioprofessionnelles, rencontres amicales sportives, cuisine collective, etc.).

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES AYANT UNE DI OU UN TSA APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Hommes](#)
- [Personnes ayant une déficience physique](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Campbell, J. A. (2015). *Piecing together a solution: Homelessness amongst people with autism in Wales*. Shelter Cymru. <https://sheltercymru.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/Piecing-together-a-solution-Homelessness-amongst-people-with-autism-in-Wales.pdf>
02. Picard, S., Fortin, D., et Mercier, C. (2011). *Itinérance et déficience intellectuelle : pistes d'intervention*. Infos Recherche. Équipe de recherche DITED et intersectorialité. Centres de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major, Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal. [https://laressource.ca/images/ressources/itinérance\\_et\\_deficience\\_intellectuelle-pistes\\_dintervention.pdf](https://laressource.ca/images/ressources/itinérance_et_deficience_intellectuelle-pistes_dintervention.pdf)
03. Mercier, C., et Picard, S. (2011). Intellectual disability and homelessness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 441-449. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01366.x>
04. American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
05. Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité — Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*. Office des personnes handicapées du Québec. [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Documents\\_administratifs/Politique\\_a\\_part\\_entiere\\_Acc.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Documents_administratifs/Politique_a_part_entiere_Acc.pdf)

06. Rogé, B. (2003). L'autisme et la déficience intellectuelle. Dans M. J. Tassé et D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 70-90). Gaëtan Morin éditeur.
07. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022* — Des actions structurantes pour les personnes et leur famille. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001828/>
08. Tassé, M. J., et Morin, D. (2003). L'étiologie. Dans M. J. Tassé et D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 24-37). Gaëtan Morin éditeur.
09. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (11e éd.). Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS). <http://www.documentation-sociale.org/base-livre/752/>
10. Clare, I., et Gudjonsson, G. H. (1995). The vulnerability of suspects with intellectual disabilities during police interviews: A review and experimental study of decision-making. *Mental Handicap Research*, 8(2), 110-128.
11. Ouellet, G. (2017). *L'individu dans les rouages de l'objectivation : déficience intellectuelle, justice pénale et travail en réseau* (thèse de doctorat en sociologie, Université de Montréal). [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20815/Ouellet\\_Guillaume\\_2017\\_these.pdf?sequence=2](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20815/Ouellet_Guillaume_2017_these.pdf?sequence=2)
12. Picard, S., et Godrie, B. (2011). Sous un nouveau jour. *Revue du CREMIS*, 4(1), 35-41. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/sous-un-nouveau-jour/>
13. Ofner, M., Coles, A., Decou, M. L., Do, M. T., Bienek, A., Snider, J., et Ugnat, A.-M. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018. Un rapport du système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf>
14. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
15. Vérificateur général du Québec. (2013). Services de santé et services sociaux. *Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement* — Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 (chap. 2). <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/06-documentation/02-publication-thematique/sante/VG-DI-TED.pdf>
16. Ellem, K., O'Connor, M., Wilson, J., et Williams, S. (2013). Social work with marginalised people who have a mild or borderline intellectual disability: Practicing gentleness and encouraging hope. *Australian Social Work*, 66(1), 56-71. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2012.710244>

17. Desjardins, M. (2002). *Le jardin d'ombres. La poésie et la politique de la rééducation sociale*. Presses de l'Université du Québec.
18. Grenier, É. (2012). *C'est la vie de qui après tout ? Programme visant le développement de l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une déficience intellectuelle* (rapport d'intervention, maîtrise en psychoéducation, Université de Montréal). <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9912>
19. Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2015). *La maltraitance envers les personnes avec incapacité : recension des écrits et portrait statistique*. [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Etudes\\_analyses\\_et\\_rapports/RAP\\_maltraitance\\_2014.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes_analyses_et_rapports/RAP_maltraitance_2014.pdf)
20. Ouellet, G., Morin, D., Mercier, C., et Crocker, A. (2012). Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : l'impasse pénale. *Lien social et Politiques*, 67, 139-158. <https://doi.org/10.7202/1013021ar>
21. Handfield, S. (2017). *S'autodéterminer « dans la bonne direction » : enjeux éthiques et relationnels de l'accompagnement auprès de personnes catégorisées comme ayant une déficience ou des limitations intellectuelles et vivant en situation d'itinérance ou de grande précarité* (mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal). [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20364/Handfield\\_Stephane\\_2017\\_Memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20364/Handfield_Stephane_2017_Memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
22. LeBlanc, L., Robert, M., et Boyer, T. (2016). L'expérience de la stigmatisation du point de vue des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble de l'autisme : comprendre la présence ou non de l'auto-stigmatisation. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 75-87.
23. Boutet, M. (2012). Entrevue avec Sylvain Picard, praticien-chercheur. *Revue CRNIS*, 3(2), 10-12.
24. McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.-J., et Nancy, K. (2019). *L'approche globale en accompagnement résidentiel. Un projet portant sur les différentes pratiques en accompagnement résidentiel des populations en situation d'itinérance ou à risque au Québec*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/lapproche-globale-en-accompagnement-residentiel-un-projet-portant-sur-les-differentes-pratiques-en-accompagnement-residentiel-des-populations-en-situation-ditinerance-ou-a-risque/>
25. Baker Collins, S., Fudge Schormans, A., Watt, L., Wilson, T., et Idems, B. (2017, 26 octobre). *The invisibility of disability for homeless youth*. CAEH Conference — Canadian Observatory on Homelessness Policy and Research Stream. [https://conference.caeh.ca/wp-content/uploads/COH10\\_The-invisibility-of-disability-for-homeless-youth\\_Steph-Baker-Collins.pdf](https://conference.caeh.ca/wp-content/uploads/COH10_The-invisibility-of-disability-for-homeless-youth_Steph-Baker-Collins.pdf)



# Complément Personnes ayant une déficience physique

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

## PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

407

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

Les personnes ayant une déficience physique (DP) en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple du type de déficience avec lequel elles vivent, de leur genre ou de leur âge. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

La déficience physique (DP) est un terme global qui regroupe un ensemble de conditions entraînant des « incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices<sup>[01]</sup> » et qui ont un impact sur la réalisation des activités et des rôles de la vie quotidienne. À noter que, dans ce complément, sont considérées toutes les conditions vécues par les personnes en situation d'itinérance qui ont un impact sur la réalisation de leurs activités et de leurs rôles et qui transcendent l'offre de services de différents programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment celle du programme-services Déficience physique (voir note [1](#) de bas de page 2).

Peu d'études ont porté sur l'ensemble des formes de DP chez les personnes en situation

d'itinérance, et aucune ne l'a fait spécifiquement au Québec. Une étude menée dans plusieurs villes canadiennes auprès de 351 personnes en situation d'itinérance révèle que 51 % d'entre elles rapportent vivre avec une ou plusieurs incapacités limitant leur participation aux activités de la vie quotidienne, ce qui est le cas pour 14 % de la population canadienne<sup>[02]</sup>.

Une des conditions les plus fréquemment rapportées et étudiées est le traumatisme crânio-cérébral (TCC). Plusieurs études récentes indiquent que plus de la moitié (jusqu'à 75 % dans certaines études) des personnes en situation d'itinérance auraient eu un TCC au cours de leur vie<sup>[03-05]</sup>. Une recension des écrits indique une prévalence moyenne (selon les études) de 22,5 % pour le TCC de modéré à sévère<sup>[06]</sup>, alors que c'est le cas pour 2,6 % de la population générale<sup>[07]</sup>. Les circonstances de la blessure à la tête menant au TCC chez les personnes en situation d'itinérance varient en fonction du genre ; ainsi, les femmes en situation d'itinérance seraient plus susceptibles d'avoir vécu un TCC lors d'une situation de violence conjugale, alors que les principales circonstances du coup à la tête chez les hommes sont les accidents de travail et les voies de fait<sup>[08]</sup>.

La douleur chronique entraînant des incapacités fonctionnelles a été rapportée chez 45 à 60 % des personnes en situation d'itinérance<sup>[09-12]</sup>, en particulier chez les personnes âgées de plus de 35 ans et les personnes utilisatrices de drogues injectables<sup>[13]</sup>. L'expérience de la douleur chronique, la façon de l'exprimer, sa localisation et ses conséquences fonctionnelles peuvent varier en fonction de différents facteurs biopsychosociaux<sup>[14]</sup>. Chez les personnes utilisatrices de drogues injectables, le dommage nerveux aux sites d'injection est susceptible d'entraîner des douleurs chroniques à long terme<sup>[13]</sup>. Des douleurs chroniques sévères et des problèmes musculo-squelettiques sont souvent rapportés au dos et aux membres inférieurs<sup>[15]</sup>, possiblement en lien avec les activités quotidiennes spécifiques aux personnes en situation d'itinérance : station debout et marche pendant plusieurs heures, sommeil sur des surfaces dures ou dans des postures contraintes, périodes de récupération musculaire limitées ou fréquemment interrompues<sup>[11,16]</sup>. Plusieurs études ont montré une prévalence élevée d'arthrite chez les personnes en situation d'itinérance, entraînant souvent des difficultés fonctionnelles liées à la mobilité, de même que des douleurs sévères<sup>[10,17]</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur ce programme, consulter le document [Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme](#) (MSSS, 2017).

Plusieurs études montrent que les personnes en situation d'itinérance sont également plus susceptibles que la population générale de présenter une DP liée à la mobilité. Une étude de grande envergure menée auprès de personnes de 50 ans et plus en situation d'itinérance indique que 43 % d'entre elles rapportaient une déficience liée à la mobilité affectant leur capacité fonctionnelle, que 29 % d'entre elles utilisaient une aide technique à la mobilité comme une canne ou un fauteuil roulant, et que 39 % présentaient des douleurs sévères liées à leur condition<sup>[18,19]</sup>.

Les déficiences auditives et visuelles sont également fréquentes parmi les personnes en situation d'itinérance<sup>[18]</sup>. Dans une étude menée à Toronto, 44 % des adultes en situation d'itinérance vivant en refuge présentaient une déficience auditive de faible à modérée, et 19 % une déficience auditive de modérée à sévère<sup>[20]</sup>. Des études montréalaises et torontoises ont montré de leur côté que de 24 à 27 % des adultes en situation d'itinérance fréquentant des ressources d'aide présentaient une déficience visuelle, alors que c'est le cas de 6 % des adultes canadiens<sup>[21,22]</sup>. Ces données correspondent à celles d'études précédentes qui montrent une prévalence élevée de déficiences sensorielles chez les personnes en situation d'itinérance<sup>[23-25]</sup>, y compris chez les enfants accompagnant leurs parents dans des maisons d'hébergement ou des logements de transition<sup>[26,27]</sup>.

Bien que la déficience langagière et les troubles d'apprentissage (qui peuvent être une des conséquences de la déficience langagière) soient parmi les types de déficiences les moins étudiées, une étude a montré que près de 80 % des jeunes âgés entre 16 et 21 ans fréquentant des hébergements d'urgence présentaient un trouble d'apprentissage<sup>[28]</sup>.

Il importe de souligner qu'un certain nombre de personnes en situation d'itinérance présentent plusieurs formes de DP dont les caractéristiques et les conséquences peuvent s'entrecroiser.

## **QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?**

Deux profils de trajectoire vers l'itinérance des personnes présentant une DP peuvent être identifiés. Selon le premier profil (qui concerne la majorité des personnes), la DP a précédé la situation d'itinérance. Selon le deuxième profil, la DP est survenue lorsque la personne se trouvait déjà en situation d'itinérance<sup>[29]</sup>. Dans les deux cas, comme pour l'ensemble

des personnes en situation d'itinérance, le parcours vers l'itinérance est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et individuelles<sup>[30]</sup>.

Pour les personnes dont la DP précède la situation d'itinérance, les normes sociales capacitistes au sein des sociétés contemporaines peuvent constituer un vecteur d'itinérance. Le capacitisme correspond à un système de discrimination à l'endroit des personnes en situation de handicap, fondé sur la valorisation de certaines capacités et fonctionnalités humaines considérées comme « normales »<sup>[31,32]</sup>. Par exemple, les personnes ayant une DP peuvent faire face à l'exclusion des milieux scolaires, du marché de l'emploi et du logement<sup>[33-35]</sup>. L'exclusion du marché de l'emploi tend à maintenir plusieurs personnes ayant une DP dans une situation de pauvreté<sup>[33,34]</sup>. Certaines études ont établi un lien entre la survenue d'une DP (en particulier, blessure orthopédique grave et douleur chronique) et la fragilisation subséquente de la situation financière, en particulier lorsque les limitations fonctionnelles de la personne affectent sa capacité à retrouver un emploi dans son domaine<sup>[29,34,36]</sup>. Pour certaines personnes, cette fragilisation est associée au développement d'un usage d'opioïdes visant d'abord à soulager la douleur et d'autres symptômes associés à la DP, mais pouvant évoluer vers la dépendance<sup>[29,37]</sup>.

Certaines situations peuvent augmenter à la fois le risque de vivre une situation d'itinérance et celui de présenter une DP, par exemple lorsque des personnes vivent de la violence dans leur foyer et reçoivent des coups à la tête générant un traumatisme crânio-cérébral<sup>[104,38]</sup>. Voulant fuir la violence au foyer, plusieurs, le plus souvent des femmes ou encore des jeunes, se retrouvent alors à la rue ou dans les refuges d'urgence. Pour la majorité des personnes en situation d'itinérance ayant vécu un ou plusieurs TCC, le premier traumatisme serait survenu pendant l'enfance ou l'adolescence et n'a souvent pas été traité<sup>[39]</sup>.

Comme pour d'autres personnes en situation d'itinérance, certains tournants dans les services et dans la prise en charge des personnes ayant une DP ont été identifiés dans les écrits scientifiques pour comprendre le passage à l'itinérance. Un de ces tournants est la fin de certains services éducatifs et d'insertion socioprofessionnelle offerts aux jeunes ayant une DP et à leurs familles lors de la transition à l'âge adulte<sup>[40]</sup>. Un autre point potentiel de basculement vers l'itinérance survient lorsque les parents de personnes ayant une DP ne sont plus en mesure de les soutenir, soit en raison d'une santé précarisée ou lors de leur décès<sup>[40]</sup>.

Les limitations spécifiques en lien avec la DP peuvent aussi favoriser le basculement vers une situation d'itinérance. Les limites réduisant l'autonomie fonctionnelle peuvent diminuer la capacité des personnes à habiter seules : par exemple, des difficultés cognitives présentées par certaines personnes ayant un TCC peuvent entraîner des difficultés à payer les comptes et le loyer<sup>[03,38,41]</sup>. C'est particulièrement le cas lorsque la survenue de la DP s'accompagne d'une diminution brusque de leur revenu et de la complexification des tâches de gestion financière qui s'ensuit<sup>[42]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Une expérience commune à beaucoup de personnes en situation d'itinérance ayant une DP est celle de la douleur, souvent de longue date et persistante<sup>[11,15,18]</sup>. Ne bénéficiant pas du soutien ou de traitement approprié, certaines d'entre elles peuvent recourir à des médicaments non prescrits ou à des opioïdes comme stratégie de gestion de la douleur<sup>[09,11,15,37,43]</sup>. La douleur chronique peut entraîner diverses difficultés fonctionnelles, ainsi que des troubles du sommeil<sup>[44]</sup>. La douleur non traitée et les symptômes résiduels liés à des conditions spécifiques sont souvent associés à des pensées et des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DP<sup>[45,46]</sup>.

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DP peuvent vivre des symptômes résiduels en lien avec leur condition spécifique. Chez les personnes ayant subi un TCC, ce peut être des maux de tête, des convulsions, des étourdissements, de la fatigue, de la dépression et de l'anxiété<sup>[46,47]</sup>. Elles peuvent aussi présenter des problèmes cognitifs comme des difficultés de concentration, des pertes de mémoire ou des problèmes de planification et d'organisation, affectant leur capacité fonctionnelle, y compris lorsqu'elles résident dans les ressources de soutien ou d'hébergement<sup>[38,45]</sup>. D'autres symptômes résiduels possibles du TCC sont l'irritabilité, la sensibilité aux stimuli sensoriels et, dans certains cas, l'agressivité ; en l'absence d'un soutien approprié, ces facteurs rendent les personnes en situation d'itinérance ayant un TCC particulièrement susceptibles d'être étiquetées comme « difficiles » au sein des services<sup>[38]</sup>, voire d'être arrêtées et incarcérées<sup>[05,48]</sup> ou encore d'être impliquées dans des incidents lors desquels elles peuvent être victimes d'un crime<sup>[05]</sup>. L'ensemble de ces facteurs amène certaines personnes à vivre des TCC de façon répétée lors de la situation d'itinérance<sup>[03,49]</sup>.

Certaines personnes ayant des déficiences physiques liées à la mobilité seraient plus susceptibles de chuter, ce qui peut entraîner une dégradation de leur état de santé<sup>[18]</sup>. Elles peuvent également éprouver des difficultés fonctionnelles dans diverses activités quotidiennes, en particulier leurs déplacements extérieurs<sup>[50]</sup>.

La survenue, la récurrence ou l'aggravation de la DP peuvent être associées aux conditions de vie des personnes<sup>[51]</sup>. Par exemple, un TCC peut survenir lors d'une chute dans un logement de fortune non destiné à l'habitation, ou encore par suite d'un coup à la tête lorsqu'une personne subit de la violence. Des problèmes musculo-squelettiques peuvent aussi apparaître en raison de la pression qu'exercent sur ce système les activités quotidiennes des personnes en situation d'itinérance<sup>[16]</sup>, qui les rendent sujettes entre autres aux engelures. D'autres déficiences physiques peuvent apparaître en lien avec le vieillissement prématuré associé à une situation d'itinérance de longue date<sup>[18,24]</sup>. Certaines déficiences physiques peuvent survenir en raison de conditions de santé non traitées, par exemple la déficience visuelle permanente à la suite d'un glaucome ou d'une rétinopathie diabétique non traitée<sup>[25]</sup>. Enfin, une déficience visuelle peut souvent être causée par une erreur de réfraction non corrigée, quand une personne n'a plus accès à une orthèse visuelle fonctionnelle<sup>[21,22]</sup>.

## **QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES AYANT UNE DP EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?**

Les besoins peuvent être différents selon que la DP précède ou non la situation d'itinérance. Ainsi, les personnes dont la DP est survenue après ou au même moment que la situation d'itinérance peuvent avoir besoin d'information pour mieux comprendre leur condition<sup>[52]</sup>.

Pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance ayant une DP, le besoin le plus fréquemment identifié est celui d'une prise en compte globale de leur santé. En effet, plusieurs personnes ayant une DP font également l'expérience de conditions de santé physique chroniques, de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation d'une substance<sup>[50]</sup>.

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DP peuvent avoir besoin d'aides techniques facilement accessibles et gratuites, par exemple, de prothèses auditives ou d'aides à la mobilité<sup>[24,53]</sup>. Elles peuvent également avoir besoin de lunettes et d'autres aides visuelles<sup>[22]</sup>.

En raison de leurs conditions de vie, ces objets peuvent être perdus, endommagés ou volés, ce qui génère un besoin de les remplacer, et ce, avec le minimum de délais et de barrières administratives<sup>[27,53]</sup>. Plusieurs personnes peuvent avoir besoin de services de réadaptation pour bien utiliser leurs aides techniques, ainsi que de conseils et de soutien pour prévenir le risque de chutes et de blessures<sup>[18,54]</sup>. Elles peuvent aussi avoir besoin d'accompagnement et de transport dans les différents services sociaux, médicaux et de réadaptation<sup>[55]</sup>. Enfin, certaines personnes en situation d'itinérance qui sont en transition vers un logement peuvent avoir besoin d'une évaluation fonctionnelle effectuée par un professionnel reconnu, notamment un ergothérapeute, pour déterminer les adaptations domiciliaires ou le niveau de soutien requis<sup>[54,56]</sup>. L'évaluation fonctionnelle peut aussi permettre l'identification des adaptations, aides techniques et soutiens nécessaires pour faciliter la participation sociale des personnes en situation d'itinérance ayant une DP, de même que favoriser la prise de décision en équipe interdisciplinaire<sup>[54,57]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Il peut être difficile pour les personnes en situation d'itinérance ayant une DP d'accéder aux services. Si leur DP est liée à la mobilité, ces personnes peuvent, par exemple, ne pas pouvoir se déplacer facilement pour accéder aux services sociaux, de santé et de réadaptation, ce qui rend indispensable la prestation de tels services à proximité des personnes ou une offre de transport et d'accompagnement vers ces services<sup>[58]</sup>. C'est d'autant plus le cas pour les services spécialisés de réadaptation puisqu'ils sont géographiquement offerts dans des établissements désignés. En effet, certains services nécessitent l'apport d'une expertise, notamment pour l'évaluation, l'attribution ou l'ajustement d'aides techniques complexes. Enfin, les processus de sélection pour l'admissibilité aux services de réadaptation peuvent défavoriser les personnes en situation de pauvreté ou d'itinérance<sup>[59]</sup>.

Un obstacle important à l'utilisation des ressources d'hébergement d'urgence et de transition est le manque d'accessibilité physique de ces ressources<sup>[50,60,61]</sup>. Les structures institutionnelles et organisationnelles (par ex. : milieux de vie, de services, de soins, de loisirs ou de travail) pensées par et pour des personnes n'ayant pas de déficience, et qui ne sont pas adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ayant une DP, engendrent une discrimination importante à leur égard. Une enquête réalisée en 2010 par l'Office des personnes handicapées

du Québec<sup>[62]</sup> révélait que 6 % des maisons d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale étaient accessibles en fauteuil roulant, 28 % disposaient de signalisation visuelle, et aucune ne disposait de signalisation tactile. Les difficultés fonctionnelles de certaines personnes ayant une DP peuvent limiter leur capacité à respecter les règles de certaines ressources de soutien et d'hébergement (participer aux tâches collectives, respecter un couvre-feu, par exemple), ce qui peut mener à leur exclusion des services<sup>[45]</sup>.

Les personnes peuvent aussi vivre de la stigmatisation au sein des services, en lien avec des attitudes capacitistes où elles peuvent être vues comme moins intelligentes et crédibles<sup>[61]</sup> ou encore comme incapables de prendre soin d'elles-mêmes et de contribuer à la société. En ce sens, on peut ne pas leur proposer des programmes de retour aux études, d'insertion socioprofessionnelle ou d'accompagnement résidentiel<sup>[63]</sup>.

Au sein des services de santé et de réadaptation, certaines idées reçues à l'endroit des personnes en situation d'itinérance peuvent également constituer un obstacle à l'utilisation des services. Plusieurs intervenants auraient tendance à associer fortement l'itinérance aux troubles mentaux et à la toxicomanie, donnant ainsi la priorité aux besoins liés à ces conditions au détriment d'autres besoins, en particulier concernant la douleur<sup>[11-13]</sup>. Certains médecins peuvent éviter de recourir à des stratégies pharmacologiques avec des personnes vivant à la fois de la douleur chronique et un trouble lié à l'utilisation d'une substance, sans nécessairement offrir à ces personnes d'autres stratégies de gestion de la douleur<sup>[64]</sup>.

Les recommandations des professionnels de la réadaptation, par exemple des adaptations domiciliaires pour réduire le risque de chutes ou l'instauration d'un programme d'exercices, peuvent être incompatibles avec les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance, ou encore avec la présence d'une comorbidité importante<sup>[18,59]</sup>. Dans certains cas, les équipes interdisciplinaires en soins aigus peuvent choisir de ne pas procéder à des interventions (chirurgicales, par exemple) requises par l'état de santé de la personne lorsque celle-ci n'est pas jugée comme une bonne « candidate à la réadaptation »<sup>[65]</sup>. Par ailleurs, les personnes en situation d'itinérance ayant subi un TCC sont plus susceptibles de quitter l'hôpital contre l'avis de l'équipe traitante<sup>[66]</sup>, et sont plus susceptibles de vivre des complications à la suite de ce départ précoce<sup>[67]</sup>.

Enfin, certaines formes de DP, ainsi que leurs conséquences, peuvent ne pas être reconnues comme telles par les personnes elles-mêmes, de même que par les intervenants qui les côtoient. Les difficultés des personnes ayant une DP peuvent ne pas être reconnues comme des conséquences de sa DP par certains intervenants, en particulier lorsqu'il s'agit d'une déficience « invisible »<sup>[68]</sup> telle que le TCC, la douleur chronique ou la déficience auditive. Par exemple, il arrive que les personnes ayant subi un TCC à la suite d'un accident n'aient pas de documentation médicale attestant de leur condition parce qu'elles n'ont pas été vues à l'urgence lors de leur accident et ne sont pas au courant des conséquences de l'accident sur leur fonctionnement, ce qui restreint l'accès à des services de réadaptation<sup>[48,68]</sup>. Les intervenants peuvent également percevoir certains comportements, comme des sautes d'humeur, de l'irritabilité et des difficultés à se concentrer, comme des signes d'abus d'alcool ou de trouble mental, alors qu'il peut s'agir de manifestations d'une DP « invisible » et non traitée<sup>[38,69]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Offrir des occasions de réfléchir aux croyances, attitudes et normes capacitistes, autant au sein des milieux de soins aigus et de réadaptation que de celui de l'itinérance ou de l'habitation, afin de s'assurer d'offrir des services équitables et inclusifs aux personnes en situation d'itinérance ayant une DP<sup>[63,66]</sup>.
- Dans les ressources fréquentées par les personnes en situation d'itinérance, procéder de façon courante au dépistage du TCC<sup>[38,45,48,68,70,71]</sup>, ainsi qu'au dépistage de la déficience visuelle et auditive<sup>[20,23,24]</sup>, y compris pour les familles et les enfants hébergés<sup>[26]</sup>. Ce dépistage pourrait également être fait au sein des services de santé mentale fréquentés par les personnes en situation d'itinérance<sup>[72]</sup>. Certains instruments de dépistage ont été adaptés aux besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance (par exemple pour le TCC<sup>[48]</sup>).
- Intégrer des programmes d'intervention précoce pour faire du dépistage et intervenir auprès des jeunes en situation d'itinérance qui peuvent présenter des déficiences physiques ou des troubles d'apprentissage<sup>[73-75]</sup>.

- Porter une attention particulière au risque d'itinérance et d'instabilité résidentielle dans le suivi des jeunes et des adultes ayant une DP, à court terme (par ex. : dans la période suivant le congé des services de soins aigus ou de réadaptation) et à long terme<sup>[34,76]</sup>.
- Adapter les milieux d'hébergement et les environnements physiques que fréquentent les personnes en situation d'itinérance, y compris les refuges pour femmes ayant vécu de la violence, afin d'améliorer leur accessibilité pour les personnes ayant des problèmes de mobilité, une déficience visuelle, ou qui sont à risque de chuter<sup>[18,51]</sup>. Par exemple :
  - › Rendre accessibles les entrées des bâtiments pour les personnes utilisant un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques à la mobilité
  - › Adapter la hauteur des lits
  - › Utiliser des contrastes (ruban de couleur différente, entre autres) pour délimiter les bordures des marches
  - › Ancrer les éléments de mobilier instables
  - › Installer des barres d'appui
  - › S'assurer d'un éclairage adéquat pour les personnes ayant des problèmes de vision.
- Travailler en collaboration avec les professionnels de la réadaptation du réseau de la santé et des services sociaux afin d'offrir des adaptations plus complexes des milieux d'hébergement ou de vie<sup>[56]</sup>.
- Adapter les services de réadaptation aux besoins et aux caractéristiques des personnes en situation d'itinérance et introduire une flexibilité selon leur réalité<sup>[38,70,77-79]</sup>. Promouvoir une approche holistique de la santé qui tienne compte simultanément des conditions de santé physique et mentale, de la douleur associée, ainsi que des troubles liés à l'utilisation d'une substance<sup>[80]</sup>. Celle-ci pourrait diminuer l'incidence de nouvelles conditions de santé<sup>[49]</sup>. Développer des

partenariats avec les milieux institutionnels et communautaires, par exemple, idéalement pour offrir des services directement dans la communauté, ou pour accompagner les personnes dans les services de réadaptation<sup>[81]</sup>.

- Faciliter l'accès à des services interdisciplinaires de traitement et de gestion de la douleur chronique, comprenant tant des approches pharmacologiques que non pharmacologiques<sup>[10,13,43,64,82]</sup>, entre autres chez les utilisateurs d'opiacés<sup>[37]</sup>. Des modèles de telles interventions de groupe déjà adaptées pour les personnes en situation d'instabilité résidentielle pourraient être mis en œuvre<sup>[83]</sup>. Compte tenu de la cooccurrence fréquente de la douleur chronique, des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation d'une substance, proposer des traitements intégrés pour ces trois conditions<sup>[09]</sup>.
- Adopter une approche sensible aux traumatismes dans les services que fréquentent les personnes en situation d'itinérance ayant une DP, y compris en soins aigus et en réadaptation<sup>[37,38]</sup>.
- Adapter les modalités de communication aux capacités cognitives et langagières des personnes<sup>[38,40,84]</sup>.
- Offrir un soutien spécialisé, adapté, flexible et individualisé aux personnes en situation d'itinérance, en particulier les jeunes, souhaitant effectuer un retour aux études et qui sont susceptibles de présenter un trouble d'apprentissage<sup>[28,35,85]</sup>. Une évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute ou un autre professionnel désigné avant l'intégration dans un programme de soutien aux études ou en emploi pour les jeunes ayant des troubles d'apprentissage peut s'avérer utile pour mieux adapter ces programmes aux besoins individuels des jeunes<sup>[35]</sup>, ainsi que l'intégration du mentorat et du soutien par un adulte de confiance<sup>[85]</sup>.
- Maintenir une offre de logements permanents physiquement accessibles et adaptés pour les personnes ayant une DP qui bénéficient d'un accompagnement résidentiel à la suite d'une situation d'itinérance<sup>[19,33]</sup>. Compte tenu des possibles limitations fonctionnelles des personnes ayant une DP, considérer la localisation des logements en visant à faciliter les déplacements des personnes dans leur collectivité<sup>[33]</sup>. Penser les logements pour permettre à ces personnes de vieillir dans leur milieu de vie avec le soutien nécessaire<sup>[53,56]</sup>.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES AYANT UNE DP APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Jeunes](#)
- [Personnes âgées](#)
- [Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001935/?&date=DESC& sujet=deficience-physique&critere=sujet>
02. Waegemakers Schiff, J., Pauly, B., et Schiff, R. (2016). Pandemic preparedness in the context of homelessness: Health needs and analysis of pandemic planning in four Canadian cities. Dans K. Buccieri et R. Schiff (dir.), *Pandemic preparedness and homelessness: Lessons from H1N1 in Canada* (p. 163-192). Canadian Observatory on Homelessness Press. [https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/LessonsfromH1N1-Chapter\\_7.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/LessonsfromH1N1-Chapter_7.pdf)
03. Barnes, S. M., Russell, L. M., Hostetter, T. A., Forster, J. E., Devore, M. D., et Brenner, L. A. (2015). Characteristics of traumatic brain injuries sustained among veterans seeking homeless services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(1), 92-105. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0010>
04. Bymaster, A., Chung, J., Banke, A., Choi, H. J., et Laird, C. (2017). A pediatric profile of a homeless patient in San Jose, California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(1), 582-595. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0041>

05. To, M. J., O'Brien, K., Palepu, A., Hubley, A. M., Farrell, S., Aubry, T., Gogosis, E., Muckle, W., et Hwang, S. W. (2015). Healthcare utilization, legal incidents, and victimization following traumatic brain injury in homeless and vulnerably housed individuals: A prospective cohort study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000044>
06. Stubbs, J. L., Thornton, A. E., Sevic, J. M., Silverberg, N. D., Barr, A. M., Honer, W. G., et Panenka, W. J. (2020). Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e19-e32. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30188-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30188-4)
07. Corrigan, J. D., Yang, J., Singichetti, B., Manchester, K., et Bogner, J. (2018). Lifetime prevalence of traumatic brain injury with loss of consciousness. *Injury Prevention*, 24(6), 396-404. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042371>
08. Mollayeva, T., Mollayeva, S., et Colantonio, A. (2018). Traumatic brain injury: Sex, gender and intersecting vulnerabilities. *Nature Reviews Neurology*, 14(12), 711-722. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0091-y>
09. Bauer, L. K., Brody, J. K., León, C., et Baggett, T. P. (2016). Characteristics of homeless adults who died of drug overdose: A retrospective record review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 846-859. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0075>
10. Bicket, M. C., Park, J. N., Torrie, A., Allen, S. T., Weir, B. W., et Sherman, S. G. (2020). Factors associated with chronic pain and non-medical opioid use among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 102, 106172. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106172>
11. Fisher, R., Ewing, J., Garrett, A., Harrison, E. K., Lwin, K. K., et Wheeler, D. W. (2013). The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: An observational study. *F1000Research*, 2, 164. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-164.v1>
12. Fond, G., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubière, S., Boyer, L., et Auquier, P. (2019). The need to improve detection and treatment of physical pain of homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First Study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.07.021>
13. Matheson, C., Hamilton, E., Wallace, J., et Liddell, D. (2019). Exploring the health and social care needs of older people with a drug problem. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(6), 493-501. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1490390>

14. Chao, M. T., Hurstak, E., Leonoudakis-Watts, K., Sidders, F., Pace, J., Hammer, H., et Wismer, B. (2019). Patient-reported outcomes of an integrative pain management program implemented in a primary care safety net clinic: A quasi-experimental study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1105-1107. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04868-0>
15. Hwang, S. W., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., et MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: Characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Family Practice*, 12(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-73>
16. Marmolejo, M. A., Medhanie, M., et Tarleton, H. P. (2018). Musculoskeletal flexibility and quality of life: A feasibility study of homeless young adults in Los Angeles County. *International Journal of Exercise Science*, 11(4), 968-979. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30147826/>
17. Breakey, W. R., Fischer, P. J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Ross, A., Royall, R. M., et Stine, O. C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *Journal of American Medical Association*, 262(10), 1352-1357. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/378578>
18. Abbs, E., Brown, R., Guzman, D., Kaplan, L., et Kushel, M. (2020). risk factors for falls in older adults experiencing homelessness: Results from the HOPE HOME Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1813-1820. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05637-0>
19. Cimino, T., Steinman, M. A., Mitchell, S. L., Miao, Y., Bharel, M., Barnhart, C. E., et Brown, R. T. (2015). The Course of Functional Impairment in Older Homeless Adults: Disabled on the Street. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1237. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1562>
20. Noel, C. W., Mok, F., Wu, V., Eskander, A., Yao, C. M. K. L., Hwang, S. W., Lichter, M., Reekie, M., Smith, S., Syrett, I., Zirkle, M., Lin, V., et Lee, J. M. (2020). Hearing loss and hearing needs in an adult homeless population: A prospective cross-sectional study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 8(1), E199-E204. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190220>
21. Beaulieu, K., et Yelle, B. (2020). *La prévalence et les causes de la déficience visuelle dans la population en situation d'itinérance de la région de Montréal*. 17e Journée scientifique annuelle du Groupe de recherche en sciences de la vision et de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23883/Beaulieu%20%26%20Yelle%20V.Finale%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Jiang, S., Mikhail, M., Slomovic, J., Pereira, A., Lebovic, G., Noel, C., et Lichter, M. (2020). Prevalence and impact of eye disease in an urban homeless and marginally housed population. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 55(1), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2019.07.006>
23. Pitz, S., Kramann, C., Krummenauer, F., Pitz, A., Trabert, G., et Pfeiffer, N. (2005). Is homelessness a risk factor for eye disease? *Ophthalmologica*, 219(6), 345-349. <https://doi.org/10.1159/000088376>
24. Saccone, P. A., et Steiger, J. R. (2007). Hearing handicap among adult residents of an urban homeless shelter. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(1), 161-172. <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0018>
25. Shahid, K., Kolomeyer, A. M., Nayak, N. V., Salameh, N., Pelaez, G., Khouri, A. S., Eck, T. T., et Szirth, B. (2012). Ocular telehealth screenings in an urban community. *Telemedicine and E-Health*, 18(2), 95-100. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0067>
26. Sedarous, F., Dimaras, H., Isaac, M., Lichter, M., et Tehrani, N. N. (2018). Identifying the ophthalmic needs of families living in Toronto shelters. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 53(5), 447-452. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2017.12.010>
27. Smith, N. L., Smith, T. J., DeSantis, D., Suhocki, M., et Fenske, D. (2015). Vision problems in homeless children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), 761-770. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0072>
28. Barwick, M., et Siegel, L. (1996). Learning difficulties in adolescent clients of a shelter for runaway and homeless street youths. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4). [https://www.researchgate.net/publication/234633209\\_Learning\\_Difficulties\\_in\\_Adolescent\\_Clients\\_of\\_a\\_Shelter\\_for\\_Runaway\\_and\\_Homeless\\_Street\\_Youths](https://www.researchgate.net/publication/234633209_Learning_Difficulties_in_Adolescent_Clients_of_a_Shelter_for_Runaway_and_Homeless_Street_Youths)
29. Creech, S. K., Johnson, E., Borgia, M., Bourgault, C., Redihan, S., et O'Toole, T. P. (2015). Identifying mental and physical health correlates of homelessness among first-time and chronically homeless veterans: Homeless veterans. *Journal of Community Psychology*, 43(5), 619-627. <https://doi.org/10.1002/jcop.21707>
30. Roy, S., et Hurtubise, R. (dir.). (2007). *L'itinérance en questions* (1re éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18phb30>
31. Masson, D. (2013). Femmes et handicap. *Recherches féministes*, 26(1), 111-129. <https://doi.org/10.7202/1016899ar>
32. Parent, L. (2017). Ableism/disablism, on dit ça comment en français ? *Canadian Journal of Disability Studies*, 6(2), 183. <https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355>

33. Aitken, Z., Baker, E., Badland, H., Mason, K., Bentley, R., Beer, A., et Kavanagh, A. M. (2019). Precariously placed: Housing affordability, quality and satisfaction of Australians with disabilities. *Disability & Society*, 34(1), 121-142. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1521333>
34. Dubuc, É., Gagnon-Roy, M., Couture, M., et Bottari, C. (2020). Integration in the community following a severe traumatic brain injury: A qualitative study exploring the presence of occupational rights violations over a lifetime experience. *Journal of Occupational Science*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1803953>
35. Kannenberg, K., et Boyer, D. (1997). Occupational therapy evaluation and intervention in an employment program for homeless youths. *Psychiatric Services*, 48(5), 631-633. <https://doi.org/10.1176/ps.48.5.631>
36. Takano, T., Nakamura, K., Takeuchi, S., et Watanabe, M. (1999). Disease patterns of the homeless in Tokyo. *Journal of Urban Health*, 76(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/BF02344463>
37. Chatterjee, A., Yu, E. J., et Tishberg, L. (2018). Exploring opioid use disorder, its impact, and treatment among individuals experiencing homelessness as part of a family. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.012>
38. Adshead, C. D., Norman, A., et Holloway, M. (2019). The inter-relationship between acquired brain injury, substance use and homelessness; the impact of adverse childhood experiences: An interpretative phenomenological analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1700565>
39. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Howatt, M., Ouchterlony, D., Michalak, A., Masanic, C., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., et Cusimano, M. D. (2014). Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: Observational study of rates and mechanisms of injury. *Canadian Medical Association Journal Open*, 2(2), E69-E76. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130046>
40. Backer, T. E., et Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 375-388. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0100-1>
41. Andersen, J., Kot, N., Ennis, N., Colantonio, A., Ouchterlony, D., Cusimano, M. D., et Topolovec-Vranic, J. (2014). Traumatic brain injury and cognitive impairment in men who are homeless. *Disability and Rehabilitation*, 36(26), 2210-2215. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.895870>

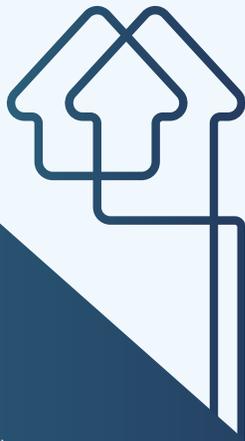
42. Koller, K., Woods, L., Engel, L., Bottari, C., Dawson, D. R., et Nalder, E. (2016). Loss of financial management independence after brain injury: Survivors' experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 7003180070p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.020198>
43. Baria, A. M., Pangarkar, S., Abrams, G., et Miaskowski, C. (2019). Adaption of the biopsychosocial model of chronic noncancer pain in veterans. *Pain Medicine*, 20(1), 14-27. <https://doi.org/10.1093/pm/pny058>
44. Kelly, U. (2010). Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 247-251. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941361/>
45. Brenner, L. A., Hostetter, T. A., Barnes, S. M., Stearns-Yoder, K. A., Soberay, K. A., et Forster, J. E. (2017). Traumatic brain injury, psychiatric diagnoses, and suicide risk among Veterans seeking services related to homelessness. *Brain Injury*, 31(13-14), 1731-1735. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1376758>
46. Topolovec-Vranic, J., Schuler, A., Gozdzik, A., Somers, J., Bourque, P.-É., Frankish, C. J., Jbilou, J., Pakzad, S., Palma Lazgare, L. I., et Hwang, S. W. (2017). The high burden of traumatic brain injury and comorbidities amongst homeless adults with mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.004>
47. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Colantonio, A., Cusimano, M. D., Hwang, S. W., Kontos, P., Ouchterlony, D., et Stergiopoulos, V. (2012). Traumatic brain injury among people who are homeless: A systematic review. *BMC Public Health*, 12(1), 1059. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1059>
48. Dams-O'Connor, K., Cantor, J. B., Brown, M., Dijkers, M. P., Spielman, L. A., et Gordon, W. A. (2014). Screening for traumatic brain injury: Findings and public health implications. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(6), 479-489. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000099>
49. Nikoo, M., Gadermann, A., To, M. J., Krausz, M., Hwang, S. W., et Palepu, A. (2017). Incidence and associated risk factors of traumatic brain injury in a cohort of homeless and vulnerably housed adults in 3 Canadian cities. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4), E19-E26. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000262>
50. Kehn, M. E., Ho, P.-S., et Kroll, T. (2013). Identifying the health service needs of homeless adults with physical disabilities. *Public Health*, 127(8), 785-787. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.01.011>

51. Fazel, S., Geddes, J. R., et Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
52. Wilson, K. S., Silberberg, M. R., Brown, A. J., et Yaggy, S. D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1485-1498. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0385>
53. Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., et Kushel, M. B. (2017). Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757-766. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw011>
54. Mobsby, I. (1996). A guide to the responsibilities of occupational therapists and their managers in regard to homeless people who use their services. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(12), 557-560. <https://doi.org/10.1177/030802269605901203>
55. Monahan, K., et O'Leary, K. D. (1999). Head injury and battered women: An initial inquiry. *Health & Social Work*, 24(4), 269-278. <https://doi.org/10.1093/hsw/24.4.269>
56. Gutman, S. A., Amarantos, K., Berg, J., Aponte, M., Gordillo, D., Rice, C., Smith, J., Perry, A., Wills, T., Chen, E., Peters, R., et Schluger, Z. (2018). Home safety fall and accident risk among prematurely aging, formerly homeless adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 7204195030p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028050>
57. Merryman, M. B., et Synovec, C. (2020). Integrated care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting. *Work*, 65(2), 321-330. <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>
58. Dawes, J., Brydson, G., McLean, F., et Newton, M. (2003). Physiotherapy for homeless people. *Physiotherapy*, 89(5), 297-304. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60042-9](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60042-9)
59. Lam Wai Shun, P., Bottari, C., Ogourtsova, T., et Swaine, B. (2017). Exploring factors influencing occupational therapists' perception of patients' rehabilitation potential after acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 149-158. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12327>
60. Milberger, S., Israel, N., LeRoy, B., Martin, A., Potter, L., et Patchak-Schuster, P. (2003). Violence against women with physical disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), 581-591. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.5.581>
61. Regroupement des activistes pour l'inclusion au Québec (RAPLIQ). (2011). Crimes cachés : Mieux comprendre la violence et la négligence à l'égard des personnes en situation de handicap. <https://rapliq.org/wp-content/uploads/2020/04/Rapport-Crimes-Cach%C3%A9s-RAPLIQ.pdf>

62. Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. OPHQ, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche. [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapport\\_EvaluationFinal\\_Acc.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapport_EvaluationFinal_Acc.pdf)
63. Conseil des Montréalaises. (2019). *Favoriser l'inclusion et la mixité sociale dans le logement à Montréal : quelle place pour les femmes en situation de handicap ?* [https://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P104/7-143\\_conseil\\_montrealaise.pdf](https://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P104/7-143_conseil_montrealaise.pdf)
64. Vogel, M., Frank, A., Choi, F., Strehlau, V., Nikoo, N., Nikoo, M., Hwang, S. W., Somers, J., Krausz, M. R., et Schütz, C. G. (2017). Chronic pain among homeless persons with mental illness. *Pain Medicine*, 18(12), 2280-2288. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw324>
65. Wadhera, R. K., Khatana, S. A. M., Choi, E., Jiang, G., Shen, C., Yeh, R. W., et Joynt Maddox, K. E. (2020). Disparities in care and mortality among homeless adults hospitalized for cardiovascular conditions. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 357. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6010>
66. De Guise, E., LeBlanc, J., Dagher, J., Tinawi, S., Lamoureux, J., Marcoux, J., Maleki, M., et Feyz, M. (2014). Characteristics of patients with acute traumatic brain injury discharged against medical advice in a Level 1 urban trauma centre. *Brain Injury*, 28(10), 1288-1294. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.916820>
67. Marcoux, J., Alkutbi, M., Lamoureux, J., Feyz, M., Saluja, R. S., et de Guise, E. (2017). Discharge against medical advice in traumatic brain injury: Follow-up and readmission rate. *Canadian Journal of Neurological Sciences | Journal canadien des sciences neurologiques*, 44(3), 311-317. <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.241>
68. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Ouchterlony, D., Cusimano, M. D., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., et Brenner, L. (2013). Clarifying the link between traumatic brain injury and homelessness: Workshop proceedings. *Brain Injury*, 27(13-14), 1600-1605. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.823666>
69. Ennis, N., Roy, S., et Topolovec-Vranic, J. (2015). Memory impairment among people who are homeless: A systematic review. *Memory*, 23(5), 695-713. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.921714>
70. Bacciardi, S., Maremmani, A. G. I., Nikoo, N., Cambioli, L., Schütz, C., Jang, K., et Krausz, M. (2017). Is bipolar disorder associated with traumatic brain injury in the homeless? *Rivista di Psichiatria*. <https://doi.org/10.1708/2631.27053>
71. To, M. J., Palepu, A., Matheson, F. I., Ecker, J., Farrell, S., Hwang, S. W., et Werb, D. (2016). The effect of incarceration on housing stability among homeless and vulnerably housed individuals in three Canadian cities: A prospective cohort study. *Canadian Journal of Public Health*, 107(6), e550-e555. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5607>

72. Folsom, D. P., McCahill, M., Bartels, S. J., Lindamer, L. A., Ganiats, T. G., et Jeste, D. V. (2002). Medical comorbidity and receipt of medical care by older homeless people with schizophrenia or depression. *Psychiatric Services*, 53(11), 1456-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.11.1456>
73. Bassuk, E., et Rubin, L. (1987). Homeless children: A neglected population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 279-286. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03538.x>
74. Zima, B. T., Bussing, R., Forness, S. R., et Benjamin, B. (1997). Sheltered homeless children: Their eligibility and unmet need for special education evaluations. *American Journal of Public Health*, 87(2), 236-240. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.2.236>
75. Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Frankish, C. J., et Somers, J. M. (2012). Missed opportunities: Childhood learning disabilities as early indicators of risk among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia. *British Medical Journal Open*, 2(6), e001586. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001586>
76. Mackelprang, J. L., Harpin, S. B., Grubenhoff, J. A., et Rivara, F. P. (2014). Adverse Outcomes Among Homeless Adolescents and Young Adults Who Report a History of Traumatic Brain Injury. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1986-1992. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302087>
77. Oosman, S., Weber, G., Ogunson, M., et Bath, B. (2019). Enhancing access to physical therapy services for people experiencing poverty and homelessness: The Lighthouse Pilot Project. *Physiotherapy Canada*, 71(2), 176-186. <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85.pc>
78. Zieman, G., Bridwell, A., et Cárdenas, J. F. (2017). Traumatic brain injury in domestic violence victims: A retrospective study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma*, 34(4), 876-880. <https://doi.org/10.1089/neu.2016.4579>
79. Chang, F.-H., Helfrich, C., Coster, W., et Rogers, E. (2015). Factors associated with community participation among individuals who have experienced homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11364-11378. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911364>
80. Chevreau, G., Castillo, M.-C., et Vallat-Azouvi, C. (2019). Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF. *L'Encéphale*, 45(5), 424-432. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.05.009>
81. Burra, T. A., Stergiopoulos, V., et Rourke, S. B. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 123-133. <https://doi.org/10.1177/070674370905400210>

82. Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T., et Blanchet Garneau, A. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
83. Bruns, E. B., Befus, D., Wismer, B., Knight, K., Adler, S. R., Leonoudakis-Watts, K., Thompson-Lastad, A., et Chao, M. T. (2019). Vulnerable patients' psychosocial experiences in a group-based, integrative pain management program. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(7), 719-726. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0074>
84. Gargaro, J., Gerber, G. J., et Nir, P. (2016). Brain injury in persons with serious mental illness who have a history of chronic homelessness: Could this impact how services are delivered? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(2), 69-77. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2016-034>
85. Chisolm-Straker, M., Sze, J., Einbond, J., White, J., et Stoklosa, H. (2018). A supportive adult may be the difference in homeless youth not being trafficked. *Children and Youth Services Review*, 91, 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.003>



# Complément Personnes immigrantes

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

## PERSONNES IMMIGRANTES

Les personnes en situation d'itinérance qui présentent un parcours migratoire constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur genre, de leur âge ou de leur situation familiale. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES PERSONNES IMMIGRANTES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Le terme « immigrant » sera utilisé dans le présent texte pour désigner les personnes ayant immigré au Canada en provenance d'un autre pays, qu'ils aient ou non l'intention de rester au Canada durablement, ce qui comprend les personnes ayant reçu la citoyenneté canadienne, les résidents permanents, les non-résidents<sup>[01]</sup> ainsi que les personnes dont la revendication de statut (par exemple, une demande d'asile) a été refusée. Les « non-résidents » sont les visiteurs, les étudiants étrangers, les revendicateurs du statut de réfugié (demandeurs d'asile) ou les détenteurs d'un permis de travail temporaire. Les « résidents permanents » se regroupent en trois catégories : résidents économiquement sélectionnés (ou immigrants économiques), regroupement familial ou réfugiés. Les termes « nouvel immigrant » ou « immigrant récent » désignent une personne établie au Canada depuis moins de cinq ans<sup>[02]</sup>.

Le dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé le 24 avril 2018 dans 11 régions du Québec a permis d'en savoir plus sur les personnes en situation d'itinérance issues de l'immigration. Les personnes immigrantes représentaient 11 % des personnes dénombrées. Plus précisément, 9 % de celles-ci ont déclaré être arrivées au Canada en tant qu'immigrants économiques ou parrainés par leur famille, un peu plus de 1 % en tant que réfugiés et un peu moins de 1 % en tant que demandeurs d'asile<sup>[03]</sup>.

Les personnes immigrantes en situation d'itinérance se trouvaient beaucoup plus nombreuses à Montréal, où elles représentaient 19 % de l'échantillon, comparativement à une proportion variant entre 3 % et 7 % dans d'autres grandes villes, dans les banlieues et dans les petites et moyennes municipalités du Québec<sup>[03]</sup>. Ce nombre reste toutefois largement inférieur au pourcentage d'immigrants de première génération (34 %) résidant à Montréal<sup>[04]</sup>.

Ce dénombrement révélait aussi que 13 % des femmes en situation d'itinérance au Québec ont déclaré un statut d'immigration, contre 10 % d'hommes<sup>[03]</sup>. Sur l'île de Montréal, elles sont même 25 % à déclarer un statut d'immigration, contre 18 % des hommes<sup>[04]</sup>. Si la proportion des personnes immigrantes en situation d'itinérance augmente au Québec depuis quelques années, cela serait particulièrement le cas chez les femmes immigrantes<sup>[01]</sup>. Les femmes immigrantes en situation d'itinérance seraient généralement plus jeunes et plus susceptibles d'être accompagnées de leurs enfants que leurs homologues non immigrantes<sup>[05,06]</sup>. De plus, la prévalence de l'itinérance cachée serait forte chez les femmes immigrantes, plusieurs d'entre elles vivant dans des abris de fortune ou encore adoptant des stratégies de « couchsurfing », c'est-à-dire d'hébergement temporaire par des proches ou des connaissances<sup>[07,08]</sup><sup>1</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Le passage à l'itinérance chez les personnes immigrantes, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[09]</sup>.

Notons que les cinq premières années suivant l'établissement dans un nouveau pays seraient cruciales pour l'intégration à long terme des personnes immigrantes<sup>[10]</sup>. Trouver un logement

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur l'itinérance cachée au Canada, voir [ce rapport](#) publié par Statistique Canada (2016).

abordable constitue un facteur déterminant d'intégration, mais il s'agit de l'obstacle le plus souvent rencontré par les nouveaux immigrants<sup>[11,12]</sup>. Dans un contexte de faible offre de logements abordables et de réduction continue du parc locatif, on observe un nombre croissant de personnes immigrantes ayant recours aux ressources d'hébergement d'urgence ou aux maisons d'hébergement<sup>[13]</sup>.

Les personnes immigrantes seraient à risque de vivre une situation d'itinérance en raison de discriminations lors de la recherche d'un logement ou d'un emploi, de la non-reconnaissance de leur expérience professionnelle et de leurs diplômes, d'emplois précaires, de délais associés à l'obtention d'un permis de travail obligatoire pour les personnes sans statut de résidence permanente, et de services de soutien et d'établissement aux immigrants insuffisants<sup>[02,14-16]</sup>.

Le processus d'immigration en soi, avec son lot d'épreuves et de stress, peut aussi contribuer à la trajectoire vers l'itinérance, notamment à cause des deuils et des chocs culturels qui y sont associés, de la perte de repères, des barrières linguistiques ainsi que de l'absence d'un réseau de soutien à l'arrivée qui serait long à construire<sup>[17,18]</sup>.

Certaines personnes immigrantes en situation de précarité résidentielle peuvent craindre de fournir de l'information aux services d'aide (peur de compromettre leur statut d'immigrant, d'être expulsés, méfiance envers les employés de l'État à la suite de traumatismes subis dans leur pays d'origine), ce qui pourrait aussi nuire à leur stabilité résidentielle<sup>[14]</sup>.

Le cumul de l'occupation d'un logement insalubre ou surpeuplé, d'une mauvaise santé, d'une situation d'isolement social et de difficultés d'insertion socioprofessionnelle pourrait conduire les personnes immigrantes à l'itinérance<sup>[19]</sup>. Les personnes immigrantes seraient plus susceptibles que les personnes non immigrantes de vivre dans des logements surpeuplés ou insalubres, surtout dans les premières années de leur arrivée au Québec. Moins de 1 % des logements loués par des ménages non immigrants seraient surpeuplés, comparativement à 10 % dans le cas des ménages immigrants arrivés au Québec après l'an 2000<sup>[20]</sup>. Les ruptures professionnelles et familiales seraient aussi des motifs souvent invoqués par les personnes immigrantes pour expliquer la perte de leur logement<sup>[21]</sup>.

Les trajectoires des personnes immigrantes vers la situation d'itinérance varient selon le genre, l'âge, et le statut migratoire. Plusieurs femmes immigrantes invoqueraient le fait d'avoir été victimes de violence conjugale comme motif les ayant menées à quitter leur

logement, situation qui les rendrait susceptibles ensuite de basculer dans l'itinérance<sup>[21]</sup>. Chez les femmes immigrantes sans statut, des facteurs spécifiques pourraient contribuer à un appauvrissement et mener à la perte de logement, par exemple la difficulté à trouver un emploi et celle d'assumer les coûts des soins de santé lors d'une grossesse et d'un accouchement. Elles pourraient se voir ainsi contraintes de fréquenter les maisons d'hébergement avec leur bébé<sup>[22]</sup>.

Les étudiants étrangers ne seraient pas à l'abri d'une précarisation de leur situation résidentielle. Comme d'autres catégories d'immigrants, ils doivent respecter un certain nombre de conditions pour conserver leur permis d'études et rester au Canada<sup>2</sup>. Dans le cas, par exemple, où ils devraient cesser leurs études pour cause d'épuisement ou de maladie, ils pourraient chercher à cacher cette situation, y compris à leur famille si celle-ci entretient de grandes attentes à leur égard ou contribue financièrement à leur séjour à l'étranger. Ils pourraient ainsi se retrouver dans des ressources d'hébergement d'urgence, isolés socialement, sans statut de résidence permanente, ignorant comment se débrouiller dans le système<sup>[23]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Les personnes immigrantes en situation d'itinérance seraient touchées par diverses formes de discrimination et feraient face à d'autres défis particuliers liés à leur statut au pays. Les personnes immigrantes en situation d'itinérance peuvent vivre, en raison du cumul d'identités marginalisées (pauvreté, itinérance, statut de minorité visible ou LGBTQ+), davantage de discrimination que les personnes non immigrantes<sup>[24,25]</sup>. C'est d'autant plus le cas pour les femmes immigrantes et pour les personnes qui vivent aussi de la discrimination en raison de problèmes de santé mentale ou de déficience physique ou intellectuelle<sup>[25]</sup>. Ces expériences de discrimination sont vécues lors de la recherche d'un logement, d'un emploi, dans les interactions avec la police, de même que dans les services sociaux et de santé<sup>[25]</sup>. La stigmatisation vécue par les personnes immigrantes en situation d'itinérance peut également conduire certaines personnes à interioriser une perception négative d'elles-mêmes, à se distancier de leurs communautés culturelles d'appartenance et à limiter les contacts avec leurs proches, tout cela contribuant à leur isolement social<sup>[25]</sup>.

---

<sup>2</sup> Voir les informations à cet égard le site web d'[ÉduCanada](#).

La réalité des personnes immigrantes en situation d'itinérance serait différente pour les personnes possédant un statut d'immigration comparativement à celles sans statut ou en attente d'une régularisation de leur situation. Notons que les modalités d'accès aux services varient selon le statut de la personne (par ex. : immigrant avec citoyenneté, résident permanent, demandeur d'asile, sans statut)<sup>3[26]</sup>. Si les expériences de traumatismes sont fréquentes chez l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, la nature de ces traumatismes serait différente pour plusieurs personnes immigrantes, particulièrement les réfugiés et les demandeurs d'asile, en raison des facteurs mêmes les ayant amenées à émigrer (conflits armés dans le pays d'origine, violences de masse, etc.). Les personnes en attente de la confirmation de leur statut d'immigration pourraient aussi vivre beaucoup d'anxiété, en plus du stress lié à leur situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle. Elles pourraient en effet attendre des années et devoir défrayer des sommes importantes en frais d'avocats ou en frais administratifs avant de pouvoir régulariser leur situation, une fois admises en ressources d'hébergement d'urgence<sup>[22]</sup>.

## **QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES IMMIGRANTES EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?**

Les personnes immigrantes en situation d'itinérance ont avant tout besoin de pouvoir participer pleinement à la société d'accueil. Pour ce faire, elles peuvent avoir besoin de recevoir un soutien et une aide rapides afin, par exemple, d'acquérir la langue d'usage de leur pays d'accueil ; de s'orienter dans les services<sup>[27]</sup> ; d'être informées de leurs droits<sup>[16,28]</sup> ; de créer des ponts avec la communauté d'accueil ; d'accéder à un emploi<sup>[29]</sup> ; de bénéficier de services de traduction ou d'interprétation dans leur langue maternelle lorsqu'elles ont recours aux services<sup>[30]</sup> ; d'avoir accès à des services culturellement sensibles et adaptés dans différentes sphères de leur vie<sup>[02,22]</sup>.

## **QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?**

Les personnes immigrantes en situation d'itinérance peuvent ne pas avoir recours aux services auxquels elles ont droit pour de nombreux motifs, par exemple une incompréhension des

---

<sup>3</sup> Consulter ce [guide de formation](#) développé par Médecins du Monde pour mieux comprendre les différents statuts d'immigration et en apprendre plus sur l'intervention auprès des personnes à statut précaire et sans statut.

services leur étant destinés, la peur de perdre leur statut, ainsi qu'une perception différente des services et un rapport différent à ceux-ci en lien avec leur culture d'origine ou avec la discrimination vécue.

En général, le fonctionnement du système serait moins familier aux personnes immigrantes en situation d'itinérance qu'à leurs paires non immigrantes<sup>[22]</sup>. Elles peuvent aussi ne pas connaître leurs droits dans la société d'accueil (concernant le bail, les normes du travail, etc.)<sup>[26]</sup>. Les personnes immigrantes à statut précaire, sans statut ou demandeuses d'asile pourraient craindre d'être déportées ou qu'une demande de services nuise à leur dossier à l'immigration. Une femme parrainée victime de violence conjugale, par exemple, pourrait avoir peur d'être expulsée et ignorer qu'elle pourrait, à l'inverse, recevoir du soutien afin de se reloger ailleurs<sup>[26]</sup>. Ces personnes pourraient également être inquiètes du respect de la confidentialité relativement aux informations les concernant.

Selon la communauté culturelle à laquelle elles s'identifient, les personnes ou leurs proches peuvent entretenir des croyances et des perceptions au sujet de l'itinérance différentes de la culture dominante, amenant de possibles difficultés de communication et de compréhension avec les prestataires de services, de même qu'une réticence à utiliser des services utilisant le vocable « itinérance »<sup>[25]</sup>. Certaines personnes immigrantes en situation d'itinérance auraient tendance à utiliser les réseaux informels présents dans leur communauté plutôt que les services offerts par le réseau formel de leur territoire, par peur d'être un fardeau pour le système<sup>[29]</sup>. Se trouver dans une ressource d'hébergement d'urgence ou une maison d'hébergement pourrait susciter chez les personnes immigrantes une appréhension et un sentiment d'isolement ; elles pourraient ne pas s'y sentir à leur place<sup>[14]</sup>. Elles pourraient vivre du stress ou éprouver des incompréhensions dans des services qui opèrent en fonction de la culture dominante, dont les normes peuvent être différentes des leurs. Ce stress pourrait être exacerbé par des problèmes de nature linguistique, la rareté des services d'interprétation dans les services d'aide ne permettant pas toujours de répondre aux personnes immigrantes dans leur langue d'origine<sup>[14]</sup>.

Les ressources d'aide ainsi que certains propriétaires peuvent aussi agir de façon discriminatoire, voire faire preuve de racisme à l'endroit des personnes immigrantes en situation d'itinérance<sup>[14]</sup>. Ces multiples expériences de discrimination peuvent amener les personnes immigrantes en situation d'itinérance à éviter certains services, ce qui peut entraîner une dégradation de leurs conditions de vie ou de santé<sup>[24]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

### POUR TOUTES LES PERSONNES IMMIGRANTES EN SITUATION D'ITINÉRANCE OU À RISQUE DE L'ÊTRE

- Adopter une approche réflexive face aux différences culturelles au sein des populations issues de l'immigration en situation d'itinérance<sup>[18,31,32]</sup>. Être sensible, par exemple :
  - Aux manières d'envisager les questions de santé (mentale ou physique)
  - Aux variations dans le rapport au corps
  - Aux façons de réagir ou d'interagir dans un contexte de relation d'aide.
- Considérer l'impact potentiel de la trajectoire d'immigration et de l'immigration en elle-même sur les personnes<sup>[33]</sup>. Prendre en compte la possibilité de traumatismes liés au vécu dans le pays d'origine. Faciliter l'accès à un soutien psychologique au besoin<sup>[26]</sup>.
- Explorer la possibilité d'adapter certains services offerts à la diversité des besoins des personnes immigrantes dans les ressources d'hébergement (et dans d'autres services)<sup>[34]</sup>.
- S'informer des diverses ressources œuvrant auprès des populations immigrantes dans son secteur et explorer les collaborations possibles avec celles-ci<sup>[4][02,35]</sup>.
- Fournir des informations sur les services, les ressources et les formes d'aide dont elles peuvent bénéficier dans la société d'accueil (par ex. : programmes sociaux s'adressant aux mères à faible revenu, activités communautaires offertes aux familles de la communauté, ressources d'hébergement, etc.). À noter que les immigrants sans résidence permanente n'ont pas nécessairement accès à tous les services gouvernementaux. Consulter par exemple le [Guide des mesures et des services d'Emploi Québec](#) ou contacter le bureau de [Services Québec](#) le plus proche pour avoir plus d'informations sur les mesures disponibles pour les personnes immigrantes.

---

<sup>4</sup> Consulter la [liste des membres](#) de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes offrant des services dans les différentes régions du Québec.

- Favoriser l'accès à des programmes d'information sur la culture et la vie au Québec et au Canada<sup>[02,36]</sup>.
- Favoriser l'accès aux services d'interprétation existants afin de répondre aux questions des personnes dans leur langue et qu'elles soient informées de leurs droits<sup>[14]</sup>.
- Utiliser un langage accessible et s'assurer de la compréhension des personnes concernant les renseignements donnés<sup>[02,18]</sup>.
- Accompagner la recherche d'un domicile et l'accès à des séances d'information sur des sujets touchant au logement (bail, droits et devoirs, discrimination, recherche de logement, assurances)<sup>[02,14,15,22,28]</sup>. Lorsque disponible, recourir à une banque de logements multilingue dont les logis ont été inspectés préalablement. Lorsque disponible, recourir à une banque de logements multilingue dont les logis ont été inspectés préalablement, telle que celle constituée par le [Regroupement des organismes du Montréal ethnique pour le logement \(ROMEL\)](#).
- Si requis, assurer l'arrimage avec les réseaux d'habitation ou l'organisme offrant l'hébergement. Consulter la fiche [Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle](#).
- Travailler de concert avec les organismes ou les entreprises souhaitant embaucher de nouveaux immigrants.
- Créer des occasions d'échanges avec des familles de la communauté d'accueil, issues ou non de l'immigration, dans une optique de partage interculturel et d'intégration<sup>[02]</sup>.

#### POUR LES PERSONNES REVENDIQUANT UN STATUT (DEMANDEURS D'ASILE) OU DONT LA DEMANDE DE STATUT A ÉTÉ REFUSÉE<sup>6</sup>

- Accompagner ou faciliter la référence vers des services ou des organismes reconnus offrant une assistance juridique aux personnes souhaitant régulariser leur statut

---

<sup>6</sup> Voir le [guide de formation](#) de Médecins du Monde cité plus haut.

ou en attente de la confirmation de leur statut d'immigration. Accompagner ou faciliter la référence vers des services ou des organismes reconnus offrant une assistance juridique aux personnes souhaitant régulariser leur statut ou en attente de la confirmation de leur statut d'immigration. *L'organisme [Justice Pro Bono](#), par exemple, offre des conseils juridiques gratuits. Consulter également le site [Boussole juridique](#) qui permet de retrouver, à l'échelle du Québec, des ressources juridiques gratuites ou à faibles coûts, notamment en matière d'immigration.*

- Se renseigner sur les modalités d'accès aux soins et aux services sociaux pour cette population spécifique. *Consulter par exemple le site web du Gouvernement du Canada sur le [Programme fédéral de santé intérimaire](#).*

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES IMMIGRANTES APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Hommes](#)
- [Jeunes](#)
- [Personnes âgées](#)
- [Personnes LGBTQ+](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Gouvernement du Canada. (2017). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration* (rapport annuel ; p. 47). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2017.html>
02. Lewis, C. (2016). *L'itinérance et les risques d'itinérance chez les personnes immigrantes de Montréal* (Une réalité urbaine, p. 19). Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal. [https://www.mmfim.ca/wp-content/uploads/2016/10/C.Lewis\\_DossierImmigrant\\_BlogMMFIM\\_2016.pdf](https://www.mmfim.ca/wp-content/uploads/2016/10/C.Lewis_DossierImmigrant_BlogMMFIM_2016.pdf)
03. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (p. 267). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
04. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018* (version révisée du 8 avril 2019 ; p. 143). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>

05. Conseil des Montréalaises. (2017). *L'itinérance des femmes à Montréal. Voir l'invisible* (p. 36). Ville de Montréal. [http://fedec.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017\\_cm\\_itinerance\\_des\\_femmes\\_imp.pdf](http://fedec.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/2017_cm_itinerance_des_femmes_imp.pdf)
06. Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C., et Smith, A. (2015). *Je compte Montréal 2015. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015* (p. 87). Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D\\_SOCIAL\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT\\_DENOMBREMENT\\_ITINERANCE\\_102015.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_ITINERANCE_102015.PDF)
07. Hiebert, D., D'Addario, S., et Sherrell, K. (2005). *The profile of absolute and relative homelessness among immigrants, refugees and refugee claimants in the GVRD* (rapport final ; p. 160). MOSAIC. [http://homelesshub.ca/sites/default/files/NRP\\_002\\_EN\\_The\\_Profile\\_of\\_Absolute\\_and\\_Relative\\_Homele.pdf](http://homelesshub.ca/sites/default/files/NRP_002_EN_The_Profile_of_Absolute_and_Relative_Homele.pdf)
08. Raicevic, A. (2013). *Immigrants, refugees and the risk of homelessness: Analyzing the barriers to adequate and affordable housing* (mémoire de maîtrise, Ryerson University). <http://digital.library.ryerson.ca/islandora/object/RULA%3A2053/datastream/OBJ/view>
09. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions. Presses de l'Université du Québec*. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
10. Pleace, N. (2010). Immigration and homelessness. Dans E. O'Sullivan, V. Busch-Geertsema, D. Quilgars et N. Pleace (dir.), *Homelessness research in Europe* (p. 143-162). Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA). <https://www.feantsaresearch.org/download/ch078336636212332857192.pdf>
11. Hiebert, D. (2010). Les nouveaux arrivants sur le marché canadien de l'habitation. *Canadian Issues / Thèmes canadiens, Automne 2010*, 8-15.
12. Preston, V., Murdie, R., D'Addario, S., Sibanda, P., Murnaghan, A. M., Logan, J., et Ahn, M. H. (2011). *Precarious housing and hidden homelessness among refugees, asylum seekers, and immigrants in the Toronto Metropolitan Area* (p. 123). Center of Excellence for Research on Immigration and Settlement — Toronto (CERIS). <https://refugeereseach.net/wp-content/uploads/2016/11/Preston-et-al-2011-Precarious-housing-for-newcomers-in-Toronto.pdf>
13. Gulliver, T. (2014). *Nouveaux arrivants*. Canadian Observatory on Homelessness / Homeless Hub. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/nouveaux-arrivants>
14. Dunn, S. (2003). *Best practices for working with homeless immigrants and refugees: A community-based action-research project* (projet de recherche-action communautaire). Access Alliance Multicultural Community Health Centre. <https://accessalliance.ca/wp-content/uploads/2018/06/Best-Practices-for-Working-with-Homeless-Immigrants-and-Refugees-Phase-1-Research.pdf>
15. Ballay, P., et Bulthuis, M. (2004). Le nouveau visage de l'itinérance. *Nos diverses cités*, 1, 122-126.

16. Preston, V., Murdie, R., Wedlock, J., Agrawal, S., Anucha, U., D'Addario, S., Kwak, M. J., Logan, J., et Murnaghan, A. M. (2009). Immigrants and homelessness—at risk in Canada's outer suburbs. *The Canadian Geographer | Le Géographe canadien*, 53(3), 288-304.  
<https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2009.00264.x>
17. Klodawsky, F., Aubry, T., et Nemiroff, R. (2010). Sortir de l'itinérance : Comparaison longitudinale entre des personnes et des familles nées à l'étranger et au Canada. *Canadian Issues | Thèmes canadiens, Automne 2010*, 50-52.
18. Goldman, R., Cardoso, L., Bourdeau, F., et Lachance, M. (2018). *Itinéraire d'un demandeur d'asile. Cahier du Participant* (p. 13). Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes. [http://tcri.qc.ca/images/publications/volets/volet-formation/2018/cahier\\_du\\_participant- itineraire\\_dun\\_DA\\_site\\_web.pdf](http://tcri.qc.ca/images/publications/volets/volet-formation/2018/cahier_du_participant- itineraire_dun_DA_site_web.pdf)
19. Newbold, K. B. (2010). Les liens entre les questions d'établissement, de santé, de logement et de sans-abrisme touchant les immigrants au Canada. *Canadian Issues | Thèmes canadiens, Automne 2010*, 30-34.
20. Dutil, D. (2010). Les immigrants et le logement dans les régions administratives du Québec. *Habitation Québec. Le bulletin d'information de la Société d'habitation du Québec*, 4(2), 1-16.
21. Dietrich-Ragon, P. (2017). Aux portes de la société française. Les personnes privées de logement issues de l'immigration. *Population*, 72(1), 7-38. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/popu.1701.0007>
22. Paradis, E., Novac, S., Sarty, M., et Hulchanski, J. David. (2010). Itinérance et logement chez les immigrants avec statut, les immigrants sans statut et les familles dont les membres sont nés au Canada, à Toronto. *Canadian Issues | Thèmes canadiens, Automne 2010*, 40-44.
23. La rue des Femmes. (2018). *Portait de l'itinérance au féminin. Réalité 2018* (rapport de recherche ; p. 22) <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Litinerance-au-feminin-2018.pdf>
24. Weisz, C., et Quinn, D. M. (2018). Stigmatized identities, psychological distress, and physical health: Intersections of homelessness and race. *Stigma and Health*, 3(3), 229-240.  
<https://doi.org/10.1037/sah0000093>
25. Zerger, S., Bacon, S., Corneau, S., Skosireva, A., McKenzie, K., Gapka, S., O'Campo, P., Sarang, A., et Stergiopoulos, V. (2014). Differential experiences of discrimination among ethnoracially diverse persons experiencing mental illness and homelessness. *BMC Psychiatry*, 14, 353. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0353-1>

26. Walsh, C. A., Hanley, J., Ives, N., et Hordyk, S. R. (2016). Exploring the experiences of newcomer women with insecure housing in Montréal Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 17, 887-904. <https://doi.org/10.1007/s12134-015-0444-y>
27. Polillo, A., et Sylvestre, J. (2019). An exploratory study of the pathways into homelessness among of foreign-born and Canadian-born families: A timeline mapping approach. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10530789.2019.1705518>
28. Texeira, C., et Halliday, B. (2010). Introduction : Immigration, logement et sans-abrisme. *Canadian Issues | Thèmes Canadiens, Automne 2010*, 3-7.
29. Greenberg, T., et Martinez-Reyes, E. (2010). *Hidden: Newcomer experiences of homelessness at Fred Victor and The Learning Enrichment Foundation* (p. 24). Fred Victor and The Learning Enrichment Foundation. <https://www.homelesshub.ca/resource/hidden-newcomer-experiences-homelessness-fred-victor-and-learning-enrichment-foundation>
30. Thurston, W. E., Roy, A., Clow, B., Este, D., Gordey, T., Haworth-Brockman, M., McCoy, L., Rapaport Beck, R., Saulnier, C., et Carruthers, L. (2013). Pathways into and out of homelessness: Domestic violence and housing security for immigrant women. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(3), 278-298. <https://doi.org/10.1080/15562948.2013.801734>
31. Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et services sociaux de l'Ontario — RIFSSSO. (2010). *Les compétences culturelles chez les intervenants* (p. 16). <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2008/05/COMPETENCES-CULTURELLES-FINAL.pdf>
32. Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Revue Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91. <https://doi.org/10.7202/032248ar>
33. Gajardo, C. (2010). En route vers chez soi : Travailler avec des immigrants et des réfugiés sans-abri. *Canadian Issues | Thèmes canadiens, Automne 2010*, 119-120.
34. Gulliver, T. (2014). *Communautés racialisées*. Canadian Observatory on Homelessness / Homeless Hub. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/solutions/communaut%C3%A9s-racialis%C3%A9es>
35. Hurtubise, R., et Babin, P.-O. (2010). *Rapport de recherche : Équipes itinérance en santé du Québec. Description des pratiques innovantes* (Cahier des récits de pratique ; p. 113). Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/les-equipes-itinerance-en-sante-du-quebec-description-des-pratiques-innovante/>
36. Chiu, S., Redelmeier, D. A., Tolomiczenko, G., Kiss, A., et Hwang, S. W. (2009). The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(11), 943-948. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088468>



# Complément Personnes LGBTQ+

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

## PERSONNES LGBTQ+

Les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, bispirituelles (*two-spirit*), intersexes, asexuelles, pansexuelles, en questionnement et autres (LGBTQ+) en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur parcours migratoire, de leur âge ou de leur statut autochtone. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

### QUI SONT LES PERSONNES LGBTQ+ VIVANT EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Parmi les personnes rencontrées lors d'un dénombrement des personnes en situation d'itinérance réalisé le 24 avril 2018 dans 11 régions du Québec<sup>[01]</sup>, 2 % se sont identifiées comme bispirituelles, femmes trans, hommes trans, non binaires, *gender queer*, ou autres. Dix-huit pour cent (18 %) des personnes s'identifiant à un genre autre qu'homme ou femme se sont aussi identifiées comme autochtones. Par ailleurs, 12 % des personnes dénombrées ont déclaré avoir une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle. Parmi ces personnes, près de la moitié se sont déclarées bisexuelles, dont 13 % de l'ensemble des femmes dénombrées et 11 % des jeunes. Les personnes en situation d'itinérance qui se sont déclarées bisexuelles (6 %) ou homosexuelles (3 %) étaient proportionnellement plus nombreuses que dans la population générale canadienne (où les chiffres sont de 1 % et 2 % respectivement)<sup>[01]</sup>.

Ces données rejoignent celles d'études précédentes qui montrent que les jeunes LGBTQ+ sont surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance en Amérique du Nord<sup>[02-06]</sup>. L'Enquête canadienne sur l'itinérance chez les jeunes de 25 ans et moins a révélé que les jeunes LGBTQ+ sont deux à trois fois plus susceptibles de vivre un épisode d'itinérance que leurs pairs ne s'identifiant pas comme LGBTQ+. Plus précisément, 30 % des jeunes interrogés dans le cadre de l'enquête se sont identifiés comme LGBTQ+<sup>[07]</sup>. Une enquête montréalaise réalisée en 2015 a signalé que 18 % des jeunes en situation d'itinérance qui ont répondu à l'enquête s'identifiaient comme ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle<sup>[08]</sup>.

La surreprésentation actuelle des jeunes LGBTQ+ en situation d'itinérance serait possiblement attribuable à un dévoilement plus précoce de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre comparativement aux générations antérieures<sup>[06]</sup>. Par ailleurs, la prévalence des jeunes LGBTQ+ en situation d'itinérance est probablement même plus élevée que ce que nous estimons, puisque les collectes de données s'effectuent généralement à partir de services d'aide qui ne leur sont pas accessibles ou qui sont évités par ces derniers, cela en raison de l'hétéronormativité et de la cisnormativité des services<sup>[09-11]</sup>.

La littérature abordant la situation des personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance porte davantage sur les jeunes et peu d'études traitent des adultes ou des personnes âgées LGBTQ+. Néanmoins, cela ne signifie pas que ces derniers ne sont pas représentés dans la population en situation d'itinérance, mais plutôt que leurs réalités et leurs besoins gagneraient à être documentés davantage<sup>[12]</sup>.

## **QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?**

Le passage à l'itinérance chez les personnes LGBTQ+, comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[13]</sup>.

Le climat social hétéronormatif et cisnormatif peut constituer un vecteur d'itinérance, par exemple par l'exclusion du marché de l'emploi et du logement à laquelle les personnes LGBTQ+ font face<sup>[12,14]</sup>. Plusieurs personnes LGBTQ+ peuvent vivre une discrimination liée à leur identité de genre ou à leur orientation sexuelle dans leur famille, leur milieu scolaire ou de travail, ou leur communauté, ce qui peut les amener à quitter ces milieux et à vivre de l'instabilité résidentielle<sup>[15]</sup>. Ces phénomènes structureaux varient grandement en fonction de

l'origine culturelle et de la région géographique. Par exemple, les personnes issues de pays ou régions n'offrant pas de reconnaissance ou de soutiens légaux aux communautés LGBTQ+ peuvent être davantage soumises à de l'exclusion et à de la discrimination<sup>[12]</sup>. Les personnes LGBTQ+ racisées et immigrantes sont particulièrement susceptibles de se retrouver en situation de pauvreté, ce qui peut constituer un vecteur d'itinérance<sup>[16,17]</sup>.

La majorité des études s'intéressant au passage vers la situation d'itinérance pour les personnes LGBTQ+ ont porté sur les jeunes. Ainsi, le passage des jeunes LGBTQ+ par les services de protection de la jeunesse (centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, familles d'accueil) peut être associé à de la victimisation homophobe ou transphobe, ce qui peut amener certains jeunes à fuguer et à se retrouver en situation d'itinérance<sup>[15]</sup>. Les services de santé mentale ont également été décrits par les jeunes LGBTQ+ comme peu appropriés à leurs besoins et susceptibles d'augmenter la discrimination à leur égard, constituant ainsi un vecteur d'instabilité résidentielle<sup>[06,18]</sup>. Enfin, Abramovich<sup>[04]</sup> suggère que le réseau actuel de services d'urgence pour les personnes en situation d'itinérance (ressources d'hébergement d'urgence, centres de jour) ne constituerait pas un espace sécuritaire pour les personnes LGBTQ+, ce qui contribuerait à leur mobilité accrue.

Les jeunes LGBTQ+ se retrouveraient aussi en situation d'itinérance pour des motifs similaires à ceux de jeunes ne s'identifiant pas comme LGBTQ+ : conflits familiaux, abus physique et sexuel, négligence, dépendance, troubles mentaux ou abandon<sup>[19]</sup>. Toutefois, la raison la plus fréquemment évoquée par les jeunes LGBTQ+ est d'avoir été chassés du nid familial ou contraints de le quitter, cela en lien avec leur orientation sexuelle ou leur identité de genre<sup>[02,20]</sup>. Pour certains, les conflits liés à leur orientation sexuelle ou à leur identité de genre ont exacerbé des conflits familiaux préexistants, menant à un point de rupture important dans la trajectoire vers l'itinérance<sup>[15]</sup>. Précisons que les jeunes transgenres estiment dans une proportion plus élevée que leurs pairs LGBQ avoir vécu du rejet familial, de l'intimidation, ainsi que des abus physiques ou sexuels, cela augmentant le risque de vivre une situation d'itinérance tôt dans le parcours de vie<sup>[02]</sup>.

Selon ce qu'il ressort d'une étude récente menée auprès d'adultes LGBTQ+ en situation d'itinérance, ceux-ci connaissent des trajectoires semblables à celles des jeunes LGBTQ+ : si des motifs similaires à ceux des adultes cisgenres hétérosexuels sont évoqués (conflits interpersonnels, dépendances, démêlés judiciaires, problèmes de santé mentale ou physique),

une discrimination reliée à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle de la part des propriétaires ou des voisins contribue également au passage vers la situation d'itinérance<sup>[14]</sup>. Notons que la moitié des adultes dans cette étude avaient également vécu de l'itinérance dans leur jeunesse.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Susceptibles de vivre différentes formes de discrimination, les personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance, peu importe leur âge, seraient aussi à haut risque de présenter un trouble mental, une dépendance, d'être victimes de violence et de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)<sup>[12]</sup>.

Les défis rencontrés en raison de leur différence d'orientation sexuelle ou de genre, ainsi que leurs conditions de vie, augmenteraient la vulnérabilité des jeunes LGBTQ+ en situation d'itinérance à certains troubles mentaux, physiques ou sexuels. Les jeunes LGBTQ+ demeureraient en situation d'itinérance plus longtemps que leurs pairs hétérosexuels et cisgenres et ils éprouveraient plus de difficultés à s'en sortir<sup>[02,21,22]</sup>. Ils souffriraient également davantage de troubles mentaux, notamment de stress post-traumatique, d'épisodes de dépression majeure et de troubles liés à l'utilisation d'une substance. Comparativement à leurs pairs cisgenres et hétérosexuels, ils seraient aussi plus à risque de faire une tentative de suicide<sup>[19,23]</sup>. Sur le plan de la santé physique, les jeunes en situation d'itinérance opérant une transition vers le genre auquel ils s'identifient seraient susceptibles de vivre des complications à la suite d'injections d'hormones et de silicone qui proviennent de revendeurs de produits dans la rue<sup>[24]</sup>. De surcroît, les jeunes LGBTQ+ en situation d'itinérance connaîtraient des niveaux plus élevés d'agressions physiques ou sexuelles que leurs homologues cisgenres et hétérosexuels<sup>[23]</sup>.

Les jeunes LGBTQ+ en situation d'itinérance seraient susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque pour leur santé, notamment dans le cadre de l'échange de services sexuels contre un toit ou de la nourriture, ce qui les rendrait vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Étant un groupe stigmatisé, ils seraient souvent forcés de recourir au travail du sexe en tant que stratégie de survie, à défaut de pouvoir choisir d'autres options<sup>[25]</sup>, ce qui augmenterait leur risque d'être incarcérés<sup>[23,24]</sup>. Le discours public tendrait à associer ces jeunes à des auteurs de crime plutôt qu'à des victimes, alors même qu'ils seraient souvent laissés à eux-mêmes pour faire face à ces nombreux défis<sup>[26]</sup>.

## QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES LGBTQ+ EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les jeunes et les adultes LGBTQ+ en situation d'itinérance auraient particulièrement besoin d'être acceptés pour ce qu'ils sont<sup>[02]</sup>. À ce titre, il serait bénéfique pour eux de développer un réseau de pairs et un sentiment d'appartenance dans des lieux de socialisation célébrant la diversité sexuelle et de genre plutôt que simplement la tolérance<sup>[27,28]</sup>. Ils auraient ainsi besoin de pouvoir fréquenter des ressources et des espaces bienveillants et sécuritaires où la diversité sexuelle et de genre est reconnue et bienvenue<sup>[11]</sup>.

Les personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance auraient aussi besoin de recevoir une éducation sexuelle spécifique à leurs réalités<sup>[28]</sup>. Plus spécifiquement, les jeunes transgenres auraient besoin d'avoir accès à des services de transition vers le genre auquel ils s'identifient, à du soutien dans les démarches administratives de changement de nom et de genre, aux soins de santé spécifiques (par ex. : aux hormones), au soutien psychologique, etc.<sup>[02,03,29,30]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Le manque de reconnaissance, l'indifférence ou la discrimination à l'égard de leur réalité seraient à l'origine des principaux obstacles à l'utilisation des services vécus par les personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance.

Plusieurs personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance, notamment les jeunes, seraient confrontées au choix entre révéler leur situation de précarité résidentielle ou d'itinérance et s'exposer aux préjugés, ou au contraire la masquer et assumer seules les défis de subsistance. L'intimidation, le harcèlement, l'humiliation, la discrimination, l'homophobie, la transphobie et l'insensibilité auxquels feraient face les personnes LGBTQ+ lors de leur passage dans certaines ressources ou lors de la prestation de services les amèneraient à s'auto-exclure, à demeurer dans la rue ou à retenir des options d'hébergement risquées ou instables<sup>[03,04,10,11,31,32]</sup>. La discrimination qu'ils devraient affronter, tant à l'école que sur le marché de l'emploi ou pour louer un logement, ajouterait des barrières à leur sortie de l'itinérance.

La sécurité physique et affective des jeunes transgenres pourrait être sérieusement compromise dans des ressources non adaptées à leur réalité<sup>[20]</sup>. Une forte proportion des jeunes transgenres se verraient refuser l'accès aux ressources d'hébergement d'urgence en

raison de leur identité de genre<sup>[33,34]</sup>. Par ailleurs, dans plusieurs ressources d'hébergement d'urgence, la discrimination de la part d'autres usagers à l'encontre des personnes LGBTQ+ serait peu observée par les travailleurs ou encore la problématique ne serait pas prise au sérieux<sup>[10]</sup>.

Les politiques institutionnelles cisnormatives et hétéronormatives engendreraient aussi une discrimination importante à l'égard des personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance<sup>[09-11]</sup>. Par exemple, les formulaires d'admission offrant des options d'identification binaires (« hommes » ou « femmes ») complexifieraient l'accès aux programmes pour les individus ne s'attribuant pas une identité sexuelle spécifique<sup>[26]</sup>. Ne pas offrir de catégories distinguant les diversités sexuelles et de genre mènerait, de plus, à leur sous-représentation lors des dénombrements des populations en situation d'itinérance et poserait des obstacles quant au développement de services adaptés<sup>[26]</sup>. La tendance chez les personnes LGBTQ+ à éviter les services ou à cacher leur situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle représenterait également un obstacle notable pour le développement de ressources adaptées. Cette tendance serait particulièrement forte chez les jeunes LGBTQ+ vivant dans des communautés rurales ou éloignées<sup>[26]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER<sup>1</sup> ?

- Mettre en place des interventions reconnaissant la diversité des identités et déconstruisant les mythes homophobes et transphobes<sup>[35-38]</sup>. Examiner ses propres croyances et ses attitudes relativement à la diversité d'identités sexuelles ou de genres afin de s'assurer de sa capacité à intervenir de manière professionnelle et éthique<sup>[19]</sup>.
- Lorsque le contexte organisationnel le permet, favoriser l'embauche de personnes s'identifiant comme LGBTQ+<sup>[39]</sup>.
- Réfléchir aux stratégies à mettre en place pour prévenir les actes de violence qui sont perpétrés à l'endroit des personnes LGBTQ+ au sein des ressources d'hébergement ainsi que pour leur assurer un accès sécuritaire<sup>[04,09,10,40-42]</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir aussi le document [Pratiques d'ouverture envers les jeunes LGBTQIA2S en situation d'itinérance](#).

- Rendre visible, là où cela peut s'appliquer, des affiches sur la diversité sexuelle ou tout autre symbole susceptible de rassurer les personnes LGBTQ+ sur le fait qu'elles sont les bienvenues et qu'elles pourront recevoir une aide adéquate (drapeau LGBTQ+, documentation sur la diversité sexuelle et de genre si disponible, etc.)<sup>[39]</sup>. Participer avec votre organisation, lorsque c'est possible, à des événements des communautés LGBTQ+ afin de faire connaître vos services<sup>[39]</sup>.
- Avoir à l'esprit l'existence potentielle d'un traumatisme dans l'histoire des personnes rencontrées, les personnes LGBTQ+ en situation d'itinérance étant à risque élevé d'avoir vécu des abus sexuels ou physiques au cours de leur vie<sup>[21,43]</sup>.
- Prévoir, lorsque possible, une aide psychologique et des services de santé qui soutiennent la transition vers le genre auquel les personnes s'identifient<sup>[03,42]</sup>.
- Éviter de présumer de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, demander aux personnes le pronom qu'elles utilisent<sup>[39]</sup>. Dans les organisations où cela peut s'appliquer, ajouter des catégories aux formulaires administratifs afin de capter les diversités sexuelles et de genre<sup>[24]</sup>.
- Si la ressource est mixte, permettre aux personnes de choisir de dormir dans le dortoir correspondant au genre auquel elles s'identifient. Éviter d'isoler les personnes LGBTQ+, ce qui pourrait les exposer davantage à du harcèlement ou à la discrimination. Offrir des espaces d'intimité dans les chambres ou dans les toilettes, pour éviter qu'elles aient à exposer leur corps aux regards des autres<sup>[39]</sup>.
- Fournir aux personnes LGBTQ+ des outils efficaces de communication en lien avec le *coming out* (dévoilement). Se référer aux différents modèles de *coming out* et à leurs étapes<sup>[31,44]</sup>.
- Mettre à disposition des personnes LGBTQ+ des informations relatives à la santé sexuelle dans un but d'acceptation de son identité de genre ou de son orientation sexuelle.
- Adopter une approche de réduction des méfaits et d'éducation par les pairs pour promouvoir des pratiques sexuelles sécuritaires<sup>[30]</sup>.

- Encourager la création d'un réseau d'appartenance et la fréquentation de groupes de soutien ou de socialisation par les pairs<sup>[36,45]</sup>.
- Au besoin, fournir aux personnes une liste des ressources offrant des services spécifiques à la population LGBTQ+ sur le territoire<sup>[30]</sup>. Offrir un accompagnement ou un soutien administratif pour l'accès aux services et aux ressources destinés aux personnes LGBTQ+, particulièrement à celles vivant dans des communautés rurales ou éloignées.
- Faciliter l'accès à des services juridiques et de médiation afin d'informer les personnes et de les guider dans leurs interactions avec le système de justice, entre autres, considérant leur risque accru d'être incarcérées en lien avec le travail du sexe<sup>[23-25,30]</sup>. Consulter la fiche [Accompagner des personnes en contact avec la justice](#) pour en savoir plus.
- Offrir un accompagnement aux familles des personnes LGBTQ+ dans une perspective d'acceptation, de communication et de prévention : favoriser l'introspection et la réflexion sur la variété des valeurs ou les préjugés, cela en considérant la capacité d'adaptation des familles<sup>[03,32]</sup>. Intervenir auprès de la famille permettrait potentiellement d'augmenter le soutien auprès de la personne LGBTQ+<sup>[27,42,46]</sup>.

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES LGBTQ+ APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Hommes](#)
- [Jeunes](#)
- [Personnes des Premières Nations et Inuit](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (p. 267). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
02. Choi, S. K., Wilson, B. D. M., Shelton, J., et Gates, G. J. (2015). Serving our youth 2015: The needs and experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth experiencing homelessness (p. 22). The Williams Institute et True Colors Fund. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Serving-Our-Youth-June-2015.pdf>
03. Maccio, E. M., et Ferguson, K. M. (2016). Services to LGBTQ runaway and homeless youth: Gaps and recommendations. *Children and Youth Services Review*, 63, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.008>
04. Abramovich, I. A. (2012). No safe place to go—LGBTQ youth homelessness in Canada: Reviewing the literature. *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 4(1), 29-51. <https://doi.org/10.29173/cjfy16579>
05. Durso, L. E., et Gates, G. J. (2012). *Serving our youth: Findings from a national survey of services providers working with lesbian, gay, bisexual and transgender youth who are homeless or at risk of becoming homeless*. The Williams Institute, True Colors Fund et The Palette Fund. <https://escholarship.org/uc/item/80x75033>

06. Quintana, N. S., Rosenthal, J., et Krehely, J. (2010). *On the streets: The federal response to gay and transgender homeless youth* (p. 41). Center for American Progress. <https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/issues/2010/06/pdf/lgbtyouthhomelessness.pdf>
07. Gaetz, S., O'Grady, B., Kidd, S., et Schwan, K. (2016). *Without a home: The National Youth Homelessness Survey*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/WithoutAHome-final.pdf>
08. Latimer, E., Méthot, C., et Cao, Z. (2016). *Je compte Mtl 2015. Enquête complémentaire sur les personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 août 2015* (p. 122). Ville de Montréal. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d\\_social\\_fr/media/documents/rapport\\_enquete\\_complementaire\\_final\\_rev2.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/rapport_enquete_complementaire_final_rev2.pdf)
09. Shelton, J. (2015). Transgender youth homelessness: Understanding programmatic barriers through the lens of cisgenderism. *Children and Youth Services Review*, 59, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.006>
10. Abramovich, A. (2016). Preventing, reducing and ending LGBTQ2S youth homelessness: The need for targeted strategies. *Social Inclusion*, 4(4), 86-96. <https://doi.org/10.17645/si.v4i4.669>
11. Coolhart, D., et Brown, M. T. (2017). The need for safe spaces: Exploring the experiences of homeless LGBTQ youth in shelters. *Children and Youth Services Review*, 82, 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.021>
12. Ecker, J., Aubry, T., et Sylvestre, J. (2019). A review of the literature on LGBTQ adults who experience homelessness. *Journal of Homosexuality*, 66(3), 297-323. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1413277>
13. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinérance-questions-1561.html>
14. Ecker, J., Aubry, T., et Sylvestre, J. (2019). Pathways into homelessness among LGBTQ2S adults. *Journal of Homosexuality*, 67(11), 1625-1643. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600902>
15. Castellanos, H. D. (2016). The role of institutional placement, family conflict, and homosexuality in homelessness pathways among Latino LGBT youth in New York City. *Journal of Homosexuality*, 63(5), 601-632. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1111108>
16. Clatts, M. C., Goldsamt, L., Huso, Y., et Gwadz, M. V. (2005). Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York City: A preliminary epidemiological trajectory. *Journal of Adolescence*, 28(2), 201-214. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.02.003>

17. Badgett, M. V. L., Durso, L. E., et Schneebaum, A. (2013). *New patterns of poverty in the lesbian, gay, and bisexual community* (p. 45). The Williams Institute. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/lgb-patterns-of-poverty/>
18. Yonge Street Mission. (2009). *Changing patterns for street involved youth* (p. 82). [http://www.pictoucountyrootsforyouth.com/uploads/8/0/6/5/8065185/ysm\\_report\\_final\\_-\\_public\\_distribution\\_07dec009\\_1.pdf](http://www.pictoucountyrootsforyouth.com/uploads/8/0/6/5/8065185/ysm_report_final_-_public_distribution_07dec009_1.pdf)
19. Hooks Wayman, R. A. (2008). Homeless queer youth: National perspectives on research, best practices, and evidence based interventions. *Seattle Journal for Social Justice*, 7(2), 587-634.
20. Abramovich, A. (2013). No fixed address: Young, queer, and restless. Dans S. Gaetz, B. O'Grady, K. Buccieri, J. Karabanow et A. Marsolais (dir.), *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice* (p. 387-403). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/YouthHomelessnessweb.pdf>
21. Dénomme-Welch, S., Pyne, J., et Scanlon, K. (2008). *Invisible men: FTMs and homelessness in Toronto*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/invisible-men.pdf>
22. Cray, A., Miller, K., et Durso, L. E. (2013). *Seeking shelter: The experiences and unmet needs of LGBT homeless youth*. Center for American Progress. <https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/2013/09/LGBTHomelessYouth.pdf>
23. Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., et Cauce, A. M. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*, 92(5), 773-777. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.773>
24. Keuroghlian, A. S., Shtasel, D., et Bassuk, E. L. (2014). Out on the street: A public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 66-72. <https://doi.org/10.1037/h0098852>
25. Walls, N. E., et Bell, S. (2011). Correlates of engaging in survival sex among homeless youth and young adults. *Journal of Sex Research*, 48(5), 423-436. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.501916>
26. Abramovich, A., et Shelton, J. (dir.). (2017). *Where am I going to go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada & the U.S.* Canadian Observatory on Homelessness Press. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/Where\\_Am\\_I\\_Going\\_To\\_Go.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/Where_Am_I_Going_To_Go.pdf)
27. Wilber, S., Ryan, C., et Marksamer, J. (2006). *CWLA best practice guidelines: Serving LGBT youth in out-of-home care*. Child Welfare League of America. <https://familyproject.sfsu.edu/sites/default/files/bestpracticeslgbtyouth.pdf>

28. Wells, E. A., Asakura, K., Hoppe, M. J., Balsam, K. F., Morrison, D. M., et Beadnell, B. (2012). Social services for sexual minority youth: Preferences for what, where, and how services are delivered. *Children and Youth Services Review*, 36(2), 312-320. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2012.11.011>
29. Lambda Legal, National Alliance to End Homelessness, National Network for Youth, & National Center for Lesbian Rights. (2009). *National recommended best practices for serving LGBT homeless youth* (p. 20). Lambda Legal. <https://www.lambdalegal.org/publications/national-recommended-best-practices-for-lgbt-homeless-youth>
30. Ferguson, K. M., et Maccio, E. M. (2015). Promising programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning runaway and homeless youth. *Journal of Social Service Research*, 41(5), 659-683. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1058879>
31. Crisp, C., et McCave, E. L. (2007). Gay affirmative practice: A model for social work practice with gay, lesbian, and bisexual youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(4), 403-421. <https://doi.org/10.1007/s10560-007-0091-z>
32. Gattis, M. N. (2009). Psychosocial problems associated with homelessness in sexual minority youths. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(8), 1066-1094. <https://doi.org/10.1080/10911350902990478>
33. Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., et Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of The National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. <http://www.thetaskforce.org/injustice-every-turn-report-national-transgender-discrimination-survey/>
34. Hussey, H. (2015). *Beyond 4 walls and a roof: Addressing homelessness among transgender youth*. Center for American Progress. <https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/2015/02/TransgenderHomeless-report2.pdf>
35. Dumas, J., et Chamberland, L. (2014). Les besoins des minorités sexuelles et les services sociaux et de santé : signes d'ouverture. *Revue du CREMIS*, 7(1), 9-14.
36. Igartua, K. J., et Montoro, R. (2015). Les minorités sexuelles : concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 19-35. <https://doi.org/10.7202/1034909ar>
37. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2017). *Adapter nos interventions aux réalités des personnes de la diversité sexuelle, de leur couple et de leur famille. Programme de formation. Documents d'accompagnement*. Gouvernement du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/formation/itss/docaccompagnement\\_formation2-adaptier\\_2fevrier2017.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/formation/itss/docaccompagnement_formation2-adaptier_2fevrier2017.pdf)
38. Dubuc, D. (2017). *LGBTQI2SNBA+ Les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à*

*l'orientation sexuelle*. Comité Orientations et identités sexuelles — FNEEQ-CSN.  
<https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>

39. Dufort, J. (2019). *Pratiques d'ouverture envers les jeunes LGBTQIA2S en situation d'itinérance. Guide destiné aux organismes d'aide en itinérance ou qui œuvrent auprès de personnes à risque d'itinérance* (p. 88). Coalition des groupes jeunesse LGBTQ.  
<https://coalitionjeunesse.org/wp-content/uploads/2019/05/guide-itinerance-final-web.pdf>
40. Mottet, L., et Ohle, J. (2006). Transitioning our shelters: Making homeless shelters safe for transgender people. *Journal of Poverty*, 10(2), 77-101. [https://doi.org/10.1300/J134v10n02\\_05](https://doi.org/10.1300/J134v10n02_05)
41. Yu, V. (2010). Shelter and transitional housing for transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(4), 340-345. <https://doi.org/10.1080/19359705.2010.504476>
42. Susset, F. (2018). *Les personnes trans : mieux comprendre pour mieux accompagner. Formation donnée à la Coalition des parents LGBTQ et Gris Montréal, 17 février et 7 avril 2018*. <http://fr.ismh-isms.com/ateliers/les-personnes-transgenres-et-transsexuelles-mieux-comprendre-pour-mieux-accompagner/>
43. Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., et Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410-417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
44. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2011). *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles. Intervenir à tous les âges de la vie. Programme de formation. Cahier du participant*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/formation/itss/1-cahier-du-participant\\_3440.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/formation/itss/1-cahier-du-participant_3440.pdf)
45. Laprade, B. (2013). Le parallèle structurel entre la situation des jeunes LGBT et celle des organismes les desservant : quelques constats pour l'intervention. *Service social*, 59(1), 95-103. <https://doi.org/10.7202/1017481ar>
46. Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., et Papadimitriou, N. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth—A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services* (p. 5). Trans PULSE project. <http://transpulseproject.ca/research/impacts-of-strong-parental-support-for-trans-youth/>



# Complément Personnes des Premières Nations et Inuit

Guide des bonnes pratiques en itinérance

▲ Retour Table des matières

454

GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN ITINÉRANCE

## PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET INUIT

*Ce complément offre des informations sur les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance, sur leur parcours, leurs expériences, leurs besoins et les obstacles à l'utilisation des services. Pour en savoir plus sur les pratiques spécifiques à mettre en œuvre pour répondre à leurs besoins, consulter la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#).*

### QUI SONT LES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple de leur nation ou territoire d'appartenance, de leur âge ou de leur genre. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

Au Québec, le terme « Autochtone » désigne à la fois les personnes des Premières Nations, les Inuit et les Métis qui habitent sur le territoire québécois. Cependant, il sera utilisé dans ce document pour désigner particulièrement les personnes des Premières Nations et les Inuit. À noter que le terme « Indien », désuet dans l'usage courant, n'est utilisé aujourd'hui que dans

le contexte de la Loi sur les Indiens pour désigner les personnes des Premières Nations. Les Inuit, quant à eux, ne sont pas des Indiens au sens de la Loi sur les Indiens<sup>[01]</sup>.

Il y a 11 nations autochtones au Québec : 10 Premières Nations et une nation inuite. Les 10 Premières Nations sont réparties en 41 communautés établies à travers l'ensemble du territoire québécois<sup>[01]</sup>. Les Inuit, pour leur part, occupent le territoire du Nunavik, où ils forment 90 % de la population, vivant dans 15 villages répartis le long des côtes de la baie d'Ungava, du détroit d'Hudson et de la baie d'Hudson<sup>[02]</sup>.

La population de chaque communauté est relativement peu nombreuse : la plupart des communautés des Premières Nations comptent moins de 4 000 habitants<sup>[03]</sup> et les villages inuits, moins de 1 000 habitants<sup>[02]</sup>. Par ailleurs, la population autochtone au Québec est en moyenne nettement plus jeune que la population québécoise et connaît une importante croissance démographique<sup>[03]</sup>.

Si une partie des personnes des Premières Nations et des Inuit demeurent dans les communautés ou dans les villages nordiques, de plus en plus d'entre eux vivent hors communauté, à Val-d'Or, à La Tuque, à Montréal, etc.<sup>[01,04]</sup>. Hors communauté, c'est Montréal qui accueille le plus grand nombre d'Autochtones<sup>[03]</sup>.

Les études s'entendent pour dire que les personnes des Premières Nations et les Inuit sont beaucoup plus susceptibles de se retrouver en situation d'itinérance que les personnes non autochtones. À titre d'illustration, dans les centres urbains canadiens, l'itinérance toucherait 7 % des Autochtones (1 personne sur 15) comparativement à 0,8 % de la population générale (1 personne sur 128)<sup>[05]</sup>. Les personnes autochtones en situation d'itinérance sont surreprésentées dans les ressources d'hébergement d'urgence au Canada<sup>[06]</sup>.

La situation est semblable au Québec. Lors d'un dénombrement des personnes en situation d'itinérance mené dans 11 régions du Québec au mois d'avril 2018, 10 % des participants s'identifiaient comme Autochtones (Premières Nations, Inuit ou Métis), alors que les Autochtones ne représentent que 2 % de la population québécoise<sup>[07]</sup>. Sur l'île de Montréal, 12 % des participants au dénombrement s'identifiaient comme Autochtones, alors qu'ils ne composent que 1 % de la population montréalaise. Les Inuit, en particulier, étaient surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance dans la métropole, constituant 25 % de l'échantillon autochtone, alors qu'ils représentent environ 5 % des Autochtones à Montréal<sup>[08]</sup>.

Dans le cadre du même dénombrement, les femmes étaient plus nombreuses à s'identifier comme Autochtones (14 % contre 9 % pour les hommes), et plus particulièrement comme Inuit (4 %, contre moins de 1 % pour les hommes)<sup>[07]</sup>. Cette tendance était un peu plus forte à Montréal, où 17 % des femmes dénombrées se sont identifiées en tant qu'Autochtone (contre 10 % pour les hommes), et 8 % en tant qu'Inuit (contre 1 % pour les hommes)<sup>[08]</sup>. L'identification en tant qu'Autochtone était également élevée parmi les personnes déclarant avoir une identité de genre autre qu'homme ou femme (18 % pour le Québec et 28 % pour Montréal)<sup>[07,08]</sup>.

Dans l'ensemble des régions dénombrées au Québec, comme ailleurs au Canada<sup>[09]</sup>, les Autochtones en situation d'itinérance, et particulièrement les personnes des Premières Nations, étaient proportionnellement plus nombreux que leurs pairs non autochtones à vivre une situation d'itinérance cachée (respectivement 14 % et 8 %), c'est-à-dire à être « hébergé[s] temporairement chez d'autres ou dans un hôtel ou un motel, sans avoir de domicile fixe permanent ; ou [...] dans une maison de chambres<sup>[07]</sup> ». Il importe toutefois de préciser que cette enquête visait essentiellement les personnes en situation d'itinérance visible ; elle n'aurait donc pas permis de dresser un portrait juste et nuancé de l'itinérance cachée<sup>1</sup>. Sur l'île de Montréal, la tendance inverse a été observée : les Inuit étaient plus susceptibles de se trouver dans une situation d'itinérance cachée, alors que les personnes des Premières Nations étaient plus susceptibles de se retrouver dans des lieux extérieurs et des hébergements d'urgence, c'est-à-dire en situation d'itinérance visible<sup>[08]</sup>.

## QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Comme pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, le passage vers l'itinérance chez les personnes des Premières Nations et les Inuit est caractérisé par l'articulation de certaines réalités structurelles, institutionnelles et interpersonnelles<sup>[10]</sup>, à laquelle se superposent toutefois des dynamiques historiques, politiques, culturelles, géographiques et spirituelles spécifiques<sup>[11]</sup>.

Les personnes des Premières Nations et les Inuit héritent d'une longue histoire colonialiste jalonnée d'événements tragiques et de politiques discriminatoires qui ont contribué à déstabiliser profondément les systèmes familiaux, sociaux et communautaires traditionnels<sup>[11,12]</sup>. Parmi

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur l'itinérance cachée au Canada, voir [ce rapport](#) publié par Statistique Canada (2016).

les événements les plus marquants, Lévesque et Comat<sup>[04]</sup> mentionnent l'adoption de la Loi sur les Indiens, les pensionnats et le « Sixties Scoop » ou « La rafle des années 1960 »<sup>2</sup>. Ce passé a infligé des traumatismes dont les effets se répercutent encore de génération en génération<sup>[12-14]</sup>. Ils se manifestent aujourd'hui sous des formes diverses : difficulté des parents à transmettre des valeurs et des repères identitaires à leurs enfants, troubles mentaux, abus de substances, violences conjugales et familiales, etc.<sup>[04,15]</sup>. Ces difficultés peuvent favoriser le passage vers l'itinérance.

À cela s'ajoute le fait que plusieurs communautés autochtones et villages nordiques subissent une grave crise du logement<sup>[16]</sup>, caractérisée par l'insuffisance de logements adéquats, ainsi que par un accès restreint aux logements disponibles en raison de politiques favorisant certains types de ménages, ou encore en raison des règles encadrant les rénovations, par exemple<sup>[03,11]</sup>. Au Nunavik, l'attente pour obtenir un logement peut facilement atteindre plusieurs années et il devient extrêmement difficile pour une personne célibataire d'obtenir un logement dans un contexte où les familles sont priorisées<sup>[17]</sup>. Face à la pénurie de logements, il n'est pas rare de voir plusieurs générations d'une même famille cohabiter sous un même toit<sup>[03,11,16]</sup>. De telles conditions peuvent toutefois susciter des tensions et, dans le pire des cas, devenir un terrain propice pour les abus, les violences et les troubles liés à l'utilisation de substances<sup>[11]</sup>. De plus, les problèmes d'insalubrité sont courants dans les communautés, exposant les personnes à des risques pour leur santé (par ex. : moisissures toxiques, eau de mauvaise qualité)<sup>[11]</sup>.

Les personnes des Premières Nations et les Inuit qui décident de quitter les communautés le font pour plusieurs motifs : pour mieux se loger, pour saisir des opportunités de carrière ou d'études, pour rejoindre des proches<sup>[11,18]</sup>, pour obtenir des soins et services non disponibles au sein de leur communauté ou pour fuir des conditions difficiles<sup>[11]</sup>. Ils peuvent aussi y être contraints temporairement en raison d'un placement en milieu substitut ou pour purger une peine en centre de détention<sup>[11,19]</sup>.

Ces déplacements peuvent toutefois contribuer au basculement vers l'itinérance. Lorsqu'elles quittent leurs communautés et leurs villages, les personnes peuvent être déstabilisées face

---

<sup>2</sup> Selon les auteures, l'incorporation de l'article 87 à la Loi sur les Indiens en 1951 a eu comme effet le « retrait et la mise en adoption forcée des enfants au sein de familles non autochtones. » Or, « ce retrait accéléré [...] s'est soldé par un flux de population en direction des villes du sud du Québec, des provinces voisines, des États-Unis et même dans d'autres pays. » (Lévesque et Comat, 2018a, p. 19).

à une culture très différente de la leur, fortement marquée par l'individualisme<sup>[11]</sup>. Pour les Autochtones hors communauté, différentes formes de discriminations peuvent nuire à leurs tentatives de s'établir économiquement et socialement<sup>[11]</sup>, notamment sur le plan de l'emploi et du logement<sup>[03,11,14,18]</sup>. L'insuffisance des ressources pour faire face au coût élevé de la vie peut aussi nuire à leurs tentatives d'insertion en ville<sup>[03,16]</sup>.

Les femmes autochtones seraient particulièrement touchées par la pauvreté, les problèmes de santé, les troubles mentaux et les difficultés d'accès à des services de qualité, une situation de vulnérabilité dont la source remonte à l'héritage colonialiste<sup>[15]</sup>. Elles seraient particulièrement à risque de vivre de la discrimination et d'autres formes de violences, par exemple de la part de leurs proches et de certains représentants des gouvernements, et ce, tout au long de leur vie<sup>[12]</sup>. Dans les communautés, il y aurait peu de recours pour se protéger contre ces violences<sup>[12]</sup>. En cas de violence conjugale, par exemple, il serait difficile de se reloger en raison de la crise du logement<sup>[20]</sup>. De nombreuses femmes autochtones décident donc de quitter leur communauté<sup>[11]</sup>. En arrivant en ville, elles sont particulièrement vulnérables face au repérage par des réseaux de prostitution<sup>[11]</sup>.

Il arrive que les personnes soient contraintes de demeurer en ville, même lorsqu'elles souhaitent retourner vivre dans leur communauté<sup>[11]</sup>. Le coût financier du retour peut s'avérer trop élevé, notamment pour les personnes provenant de villages nordiques<sup>[19]</sup>. Elles peuvent aussi se voir refuser l'accueil par des proches si elles ont été incarcérées ou ont commis des actes jugés graves<sup>[11]</sup>. Des jeunes ayant vécu longtemps hors communauté en raison d'un placement en milieu substitut peuvent souffrir d'un déracinement culturel (par ex. : perte de leur langue) qui rend la réintégration dans leur communauté plus difficile<sup>[11,16,21]</sup>.

Les personnes ayant réussi à réintégrer leur communauté peuvent rencontrer des obstacles supplémentaires qui favoriseront éventuellement un retour vers l'itinérance : se retrouver sur une liste d'attente pour obtenir un logement social<sup>[17,22]</sup> ou être de nouveau confrontées aux problèmes ayant mené à leur départ<sup>[11]</sup>.

## LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Chez les personnes des Premières Nations et les Inuit, l'itinérance prend des formes particulières correspondant aux réalités historiques, géographiques et culturelles qui leur sont propres.

La « mouvance circulaire » est une situation d'instabilité résidentielle propre aux Autochtones, caractérisée par des déplacements fréquents entre leur communauté d'appartenance et d'autres communautés, villes ou municipalités, perpétuée par la difficulté de s'enraciner dans un lieu de manière durable. Ces allers-retours peuvent entraîner la dégradation graduelle des relations avec les proches et posent un défi pour la continuité des services<sup>[16]</sup>.

L'entraide est très présente chez les personnes des Premières Nations et les Inuit, ce qui peut favoriser un phénomène d'itinérance cachée<sup>[11]</sup>. Des personnes ayant subi une perte de logement à la suite d'une séparation, par exemple, ou ayant de la difficulté à habiter de manière autonome en raison d'une déficience intellectuelle ou de troubles mentaux ou physiques, peuvent souvent compter sur l'aide de leur réseau pour se loger provisoirement<sup>[11]</sup>. La solidarité communautaire s'observe aussi en situation d'itinérance visible. À Montréal et à Val-d'Or, les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance auraient tendance à se regrouper selon un modèle s'apparentant au modèle familial dans les lieux extérieurs et dans les ressources d'hébergement<sup>[04,18]</sup>. Des intervenantes dans une ressource pour femmes en situation d'itinérance notent cette tendance chez les femmes Inuit lorsqu'elles vont bien, mais la tendance inverse, à s'isoler, lorsque leur état ou leur situation se détériore<sup>[23]</sup>.

Les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance sont également susceptibles d'être judiciairisés<sup>[15]</sup>. Les données du dénombrement de 2018 ont fait ressortir qu'à Montréal, les personnes des Premières Nations, les Métis, les Inuit et les personnes ayant une ascendance autochtone étaient proportionnellement plus nombreux que les autres personnes en situation d'itinérance à avoir été arrêtés, fouillés ou à avoir reçu une contravention (57 % contre 44 %). Un quart d'entre eux (24 %) ont été détenus au cours de l'année précédant le dénombrement, alors que cette proportion était de 15 % pour les non-Autochtones<sup>[08]</sup>.

## QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance auraient besoin de reconnaissance sur le plan individuel, culturel, historique, linguistique, géographique et politique<sup>[04]</sup>.

Elles auraient besoin d'avoir accès à des services et à des soins culturellement sécuritaires, exempt de racisme et de discriminations, adaptés à leurs besoins et leurs réalités<sup>[24]</sup>. Ces services devraient tenir compte de leurs langues, de leurs systèmes de gouvernance, de leurs savoirs traditionnels et de leurs spiritualités<sup>[18,25]</sup>. Les personnes pourraient, par exemple, bénéficier de services de guérison traditionnelle en lien avec les traumatismes historiques et intergénérationnels<sup>[17]</sup>. Les femmes autochtones en situation d'itinérance auraient besoin de pouvoir dénoncer sans crainte et de manière efficace les abus ou les violences vécus<sup>[12]</sup>. Les personnes ayant vécu longtemps hors communauté, particulièrement les jeunes, pourraient bénéficier de l'aménagement d'occasions pour se rapprocher de leur identité autochtone<sup>[04]</sup>.

## QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

La plupart des services à la population sont organisés et fournis à partir d'un univers de références et de valeurs qui diffère de celui des personnes des Premières Nations et des Inuit<sup>[04,16]</sup>. Ce décalage se traduirait par un « fossé d'incompréhension » pour les personnes des Premières Nations et les Inuit, qui peineraient à y trouver leur place<sup>[16]</sup>. Le « fossé » toucherait également leurs intervenants non autochtones, peu sensibilisés à l'égard des cultures, des réalités et de l'histoire des Autochtones au Québec<sup>[04]</sup>. De plus, les Autochtones du Québec sont nombreux à employer plus couramment leur langue traditionnelle ou l'anglais plutôt que le français. Ainsi, les barrières linguistiques poseraient également un obstacle à la prestation et à l'utilisation de services<sup>[16,18]</sup>.

Des souvenirs de mauvais traitements, de racisme ou de bris de confidentialité peuvent alimenter la méfiance des personnes des Premières Nations et des Inuit en situation d'itinérance envers les services d'aide. Ils pourraient chercher à éviter leur contact, et notamment celui des services associés à l'autorité (les policiers, la Direction de la protection de la jeunesse, le système de justice)<sup>[16]</sup>. Ils seraient ainsi moins enclins à porter plainte en

situation d'abus ou de discrimination<sup>3</sup>. Les individus ayant été forcés à recevoir des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse lorsqu'ils étaient jeunes pourraient aussi éviter de faire volontairement appel à des services lorsqu'ils sont adultes<sup>[11]</sup>. Les mères en situation d'itinérance accompagnées de leurs enfants, de leur côté, peuvent éviter les ressources par crainte d'en être séparées<sup>[04]</sup>.

Les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance peuvent également ignorer ou mal connaître les ressources et services disponibles<sup>[16]</sup>, par exemple lorsqu'ils arrivent dans une nouvelle ville ou région. Les procédures s'avèrent parfois complexes, et variables selon la communauté d'origine de la personne (par ex. : Inuk vivant dans un village nordique ou dans une ville du Sud, personne issue d'une Première Nation conventionnée ou non ; possédant ou non une adresse en ville). De plus, certains services culturellement adaptés, tels que des ressources d'hébergement d'urgence<sup>[11]</sup>, des ressources d'hébergement intermédiaire<sup>[11]</sup> et des ressources pour victimes de violence conjugale ou familiale, seraient simplement absents dans les communautés comme dans les villes<sup>[11,16]</sup>.

## QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?



*Pour en savoir plus sur les pratiques à privilégier auprès des personnes des Premières Nations et des Inuit, consulter la fiche [Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance](#).*

---

<sup>3</sup> À titre illustratif, 89 % des répondantes autochtones ayant participé à une étude portant sur l'abus sexuel chez les Premières Nations, ne souhaitaient pas porter plainte à cause de leur méfiance à l'égard du système de justice (étude citée dans Larivière et coll., 2016, p.38).

# POUR EN SAVOIR PLUS

---

## COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Femmes](#)
- [Jeunes](#)
- [Personnes LGBTQ+](#)

## LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Secrétariat aux affaires autochtones, et Gaudreault, D. (2011). *Amérindiens et Inuit. Portrait des nations autochtones du Québec* (2e éd.). Direction des communications, Ministère du conseil exécutif. [https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications\\_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf](https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf)
02. Société Makivik. (2021). *Histoire récente et démographie*. Société Makivik – Makivik Corporation. <https://www.makivik.org/fr/histoire-recente-et-demographie/>
03. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, et Bacon, P. (2008). *Le phénomène de l'itinérance chez les Premières Nations au Québec*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/63vKnGxbmkupHFi>
04. Lévesque, C., et Comat, I. (2018a). *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec. Partie I. Une enquête qualitative à Montréal*. Cahier ODENA, 2018-02. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/P-116.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-116.pdf)
05. Bélanger, Y., Awosoga, O., et Weasel Head, G. (2013). Homelessness, urban Aboriginal people, and the need for a national enumeration. *Aboriginal Policy Studies*, 2(2), 4-33. <https://doi.org/10.5663/aps.v2i2.19006>
06. Duchesne, A., Rivier, J., Hunter, P., et Cooper, I. (2019). *Points saillants de l'étude nationale sur les refuges 2005 à 2016*. Emploi et développement social Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/sans-abri/etude-refuges-2016.html>

07. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018* (267 p.). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002292/>
08. Latimer, E., et Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018* (version révisée du 8 avril 2019 ; 143 p.). Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://jecomptemtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019.pdf>
09. Rodrigue, S. (2016). *L'itinérance cachée au Canada* (13 p.). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.pdf?st=AdvMDmHO>
10. Roy, S., et Hurtubise, R. (2007). *L'itinérance en questions*. Presses de l'Université du Québec. <https://www.puq.ca/catalogue/livres/itinerance-questions-1561.html>
11. Harvey, M.-F. (2016). *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/yv7jTy3ljca0TqY>
12. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). Réclamer notre pouvoir et notre place. Vol. 2. *Rapport complémentaire Kepek-Québec*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/>
13. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. *Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* (594 p.). [http://www.trc.ca/assets/pdf/French\\_Exec\\_Summary\\_web\\_revised.pdf](http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Exec_Summary_web_revised.pdf)
14. Reading, C., et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones* (40 p.). National Collaborating Centre for Aboriginal Health|Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>
15. Patrick, C. (2014). *Aboriginal homelessness in Canada: A literature review* (80 p.). Canadian Homelessness Research Network Press. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/bitstream/handle/10315/29365/AboriginalLiteratureReview.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport synthèse* (122 p.). Gouvernement du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_Synthese.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_Synthese.pdf)
17. Mouvement pour mettre fin à l'itinérance à Montréal. (2016). *L'itinérance chez les autochtones : les concepts clés*. MMFIM. <https://www.mmfim.ca/litinerance-chez-les-autochtones-les-concepts-cles/>

18. Lévesque, C., et Comat, I. (2018b). La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec. Partie II. *Une enquête qualitative à Val-d'Or* (Cahiers ODENA, no 2018-03). Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. <https://reseaudioalog.ca/wp-content/uploads/2020/05/CahierODENA2018-03.pdf>
19. Kishigami, N. (2014). *The current condition of low-income and homeless Inuit in Montreal, Canada, and the problems they face – General trends based on 2012 study in Montreal*. Makivik Corporation. [https://homelesshub.ca/sites/default/files/\(Final\)%20Kishigami's%20urban%20Inuit%20Report.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/(Final)%20Kishigami's%20urban%20Inuit%20Report.pdf)
20. Larivière, W., Boulanger, S., Champagne, J., Dubois, C., et Bouchard, S. (2016). *À la rencontre des femmes autochtones du Québec*. Conseil du statut de la femme. [https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes\\_autochtones\\_web.pdf](https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/femmes_autochtones_web.pdf)
21. Goyette, M., Grenier, S., Pontbriand, A., Turcotte, M.-È., Royer, M.-N., et Corneau, M. (2014). *Enjeux relatifs au passage à la vie adulte de jeunes autochtones : vers une meilleure compréhension de la particularité du contexte de communautés algonquines de l'Abitibi-Témiscamingue*. École nationale d'administration publique et Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/01/030181709.pdf>
22. Bergeron, O. (2015). *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec. Synthèse des services de santé et sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/gp56Nb08GvsjKLt>
23. La rue des Femmes. (2018). *Portrait de l'itinérance au féminin. Réalité 2018* (22 p.). <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Litinerance-au-feminin-2018.pdf>
24. Aboriginal Standing Committee on Housing and Homelessness. (2012). *Plan to end Aboriginal homelessness in Calgary*. <http://www.aschh.ca/wp-content/uploads/2016/04/ASCHH-Aboriginal-Plan-Final.pdf>
25. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place. Le sommaire du rapport final*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Le-sommaire.pdf>



## ÉDITION

La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche  
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Le Guide des bonnes pratiques en itinérance découle du mandat confié au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et réalisé par le CREMIS grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux et en collaboration avec ce dernier, afin d'appuyer le déploiement 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*, dans le cadre du *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN: 978-2-550-86646-6 (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 du CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 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.

Pour citer ce document:

HURTUBISE, Roch, ROY, Laurence, TRUDEL, Lucie, ROSE, Marie-Claude et PEARSON, Alexis (2021). *Guide des bonnes pratiques en itinérance*. Montréal : CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

© CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2021