

# OFFRE DE SERVICE – ÉQUIPE DE PROXIMITÉ ACCÈS (TOXICO-ITINÉRANCE) À SHERBROOKE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE – DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE

VERSION DU 26 JANVIER 2021

**Production**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**Rédaction**

Amélie Desbiens-Tremblay, chef de service trajectoire modérée à grave, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Christian Dumas-Laverdière, spécialiste en activités cliniques (SAC), DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Caroline Fauteux, infirmière praticienne spécialisée (IPS), DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Philippe Gendron, travailleur social, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Mariane Rondeau, infirmière de liaison, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Anne-Marie Royer, chargée de projet, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Geneviève Savoie-Dugas, psychoéducatrice, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Alyssa Tessier, infirmière clinicienne, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Mylène Turcotte, infirmière clinicienne, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Révision**

Cindy Vachon, technicienne en administration, DPSMD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-88444-6 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

*Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>MISE EN CONTEXTE</b> .....	<b>5</b>
L'ITINÉRANCE, UN PHÉNOMÈNE EN CROISSANCE .....	6
LES TROUBLES DE SANTÉ PHYSIQUE .....	6
LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE .....	6
LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE TELLE QUE LES OPIOÏDES .....	7
MANDAT DE L'ÉQUIPE .....	8
<i>PRINCIPES DIRECTEURS</i> .....	8
<i>LES SERVICES</i> .....	9
<i>APPROCHES D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉES</i> .....	9
<b>OBJECTIFS POURSUIVIS</b> .....	<b>11</b>
<b>CLIENTÈLE VISÉE</b> .....	<b>11</b>
<b>SERVICES OFFERTS</b> .....	<b>11</b>
<b>FONCTIONNEMENT ET CADRE DES INTERVENTIONS</b> .....	<b>12</b>
1. SERVICES PSYCHOSOCIAUX .....	12
2. SOINS INFIRMIERS .....	13
3. INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN PREMIÈRE LIGNE (IPSPL).....	13
4. MÉDECINS .....	14
5. L'INFIRMIÈRE DE LIAISON .....	15
6. SPÉCIALISTE EN ACTIVITÉS CLINIQUES (SAC) .....	15
<i>PARTENAIRES IMPLIQUÉS</i> .....	15
<i>ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE</i> .....	15
<b>ANNEXE I</b> .....	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>19</b>



## MISE EN CONTEXTE

En 2014, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a produit un plan d'action interministériel en itinérance incluant des mesures destinées à prévenir et à réduire l'itinérance. Par la suite, le MSSS a lancé sa stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (2018). De ces documents émanent les recommandations suivantes :

- Renforcer les services de santé et les services sociaux de proximité pour les personnes en situation d'itinérance : rejoindre les personnes là où elles se trouvent;
- Réaliser des actions coordonnées et concertées avec des acteurs interdisciplinaires. « La collaboration de tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux est nécessaire à l'intégration des services afin d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination en lien avec le plan d'action en itinérance ». (MSSS, 2018 : 9);
- Adapter les services sociaux et les services de santé aux besoins et aux réalités des personnes en situation d'itinérance;
- Encourager une prise en charge intégrée de l'itinérance. L'Institut universitaire sur les dépendances parle du modèle *One Stop Shop*, c'est-à-dire de proposer un large éventail d'interventions et de services au sein d'un même lieu.

En 2018, le MSSS a lancé le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID). Ce plan vise, lui aussi, à décroiser les services en dépendance, en santé mentale et en itinérance par l'adoption d'une vision globale de la personne qui consomme des substances psychoactives (SPA). Une des actions de ce plan vise les personnes vivant avec un trouble d'utilisation des opioïdes (TUO). Plus précisément, le MSSS veut assurer l'accès à des services de traitement des troubles de dépendance aux opioïdes (TDO) avec une médication de substitution en fonction d'une approche à bas seuil d'exigence. De cette façon, les personnes utilisatrices d'opioïdes auront facilement accès à un traitement du TUO flexible, individualisé et à proximité de leur domicile (Goyer et al., 2020).

À Sherbrooke, l'équipe itinérance existe depuis 2004. Elle a développé des services de proximité en rejoignant les personnes dans la communauté. Toutefois, certaines personnes sont plus difficiles à rejoindre comme celles vivant avec un TUO. Bien qu'il existe à Sherbrooke des services spécialisés en dépendance comme le TDO régulier, il n'en demeure pas moins que certaines personnes éprouvent des difficultés à recevoir et à se rendre vers ces services. Des services peu adaptés à la réalité de la personne itinérante ou des critères d'accès aux services spécialisés restrictifs peuvent être des obstacles à l'accessibilité. Bref, plusieurs interventions telles que les références et accompagnements auprès des personnes présentant une dépendance peuvent avoir été offertes par les ressources professionnelles en itinérance sans pour autant obtenir des résultats satisfaisants. Le coefficient de difficulté devient encore plus important en présence de personnes itinérantes ou à risque de le devenir, présentant divers problèmes de santé mentale, physique et/ou sociaux.

À la lumière de cette réalité, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) a choisi de bonifier l'offre de service de l'équipe Itinérance en y ajoutant des services spécialisés en dépendance tels que le traitement d'un TUO avec une médication de substitution. Ainsi, la création de l'équipe Accès (Toxico-itinérance) permet d'intégrer davantage les interventions et les services pour les personnes vivant en marge des réseaux institutionnels, sociaux et communautaires. L'équipe pourra desservir 74 nouvelles personnes vivant avec un TUO en leur offrant un traitement par agonistes aux opiacés (TAO).

## L'ITINÉRANCE, UN PHÉNOMÈNE EN CROISSANCE

---

Depuis les vingt dernières années, la clientèle en situation de rupture sociale n'a cessé de croître. Un portrait de l'itinérance réalisé le 24 avril 2018 a révélé que près de 58 00 personnes étaient en situation d'itinérance « visible » au Québec. En Estrie, 423 personnes en situation d'itinérance visible ont été estimées lors du dénombrement de 2018 : 85 % des répondants avaient entre 18 et 49 ans et 79 % étaient des hommes. Environ la moitié des répondants était arrivée dans la ville au cours de la dernière année. Un grand nombre de répondants provenait de centres de thérapie en dépendance. Les problèmes de dépendance et de toxicomanie étaient les plus souvent nommés comme raison de perte de logement. De son côté, la Table itinérance de Sherbrooke fait état de 634 personnes qui ont été hébergées en 2018-2019 en ressources communautaires pour des durées variables (court et moyen termes).

Ce portrait est loin d'être exhaustif puisqu'il fait abstraction de l'itinérance « cachée », qui échappe aux statistiques. Le MSSS affirme que « le dénombrement des personnes en situation d'itinérance est une opération particulièrement complexe (...). Cependant, les intervenants sur le terrain rapportent qu'ils ont observé une augmentation des personnes sans abri » (MSSS, 2008). La Table itinérance de Sherbrooke (2011) ajoute que la mobilité des personnes itinérantes ne facilite pas le dénombrement, mais « quels que soient les motifs des déplacements, une approche responsable consiste à trouver des réponses au phénomène de l'itinérance là où il se trouve » (p. 17).

## LES TROUBLES DE SANTÉ PHYSIQUE

---

Les personnes en situation d'itinérance cyclique ou chronique sont davantage touchées par le développement de différents problèmes de santé physique (MSSS, 2008). Il peut s'agir de carences nutritives importantes, d'hypothermie ou coups de chaleur liés à une exposition au froid extrême ou aux grandes chaleurs, d'apparition de parasites, de dermatoses, de différentes infections causées par une hygiène déficiente, etc. Par ailleurs, la prévalence élevée de maladies ainsi que l'espérance de vie réduite chez les personnes itinérantes font en sorte qu'on devrait les considérer comme des personnes âgées lorsqu'elles atteignent ou dépassent 50 ans (Burns et al., 2012).

Des études font état de la tendance des personnes itinérantes à demander de l'aide uniquement lorsque leurs problèmes de santé sont graves ou devenus urgents (MSSS, 2018). Afin de ne pas se retrouver à intervenir qu'en contexte d'urgence, il est essentiel d'avoir une offre de services davantage souple et adaptée afin d'être en mesure de rejoindre les personnes là elles se trouvent en temps opportun.

## LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

---

En Estrie<sup>1</sup>, 14 % des 18-64 ans souffrent d'un trouble mental, ce qui est plus élevé qu'au Québec (11 %) (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2017). Ils sont 1,5 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les troubles anxio-dépressifs affectent près de 10 % des adultes et la schizophrénie, près de 1 %. En Estrie, excluant les RLS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie, la proportion de personnes atteintes de schizophrénie (0,8 %) est deux fois plus élevée qu'au Québec (0,4 %) (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2017; INSPQ, 2012). Il y a eu une augmentation marquée du nombre de personnes souffrant de schizophrénie en Estrie. En l'espace de dix ans à peine, on a vu le nombre doubler dans la région. Cette hausse n'est pas observée à l'échelle provinciale ni dans les autres régions sociosanitaires (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2015).

---

<sup>1</sup> Ces données incluent les RLS de la Haute-Yamaska et de La Pommeraie.

À Sherbrooke, les hospitalisations pour troubles mentaux sont à la hausse depuis 2008. En 2013, les troubles schizophréniques ont été responsables de 27 % des hospitalisations, ce qui était plus élevé qu'au Québec. Sherbrooke se démarque également par sa proportion plus élevée d'hospitalisations pour troubles de la personnalité comparativement au Québec (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2015).

En Estrie, on dénombre annuellement environ 72 décès par suicide, dont près de 60 chez les hommes. Les taux de mortalité (2008-2012) par suicide et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (2010-2014) sont plus élevés en Estrie qu'au Québec (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2017).

« On estime qu'entre 30 % et 50 % des personnes en situation d'itinérance auraient des troubles mentaux » (MSSS, 2014b). Parmi les personnes en situation d'itinérance atteintes d'un trouble mental, on estime que 10 % auraient un trouble mental grave comme la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression majeure. Denoncourt et al. (2000 : 181) ajoutent qu'en « raison de problèmes de santé mentale graves et persistants, de difficultés majeures d'adaptation, de stratégies de survie inefficaces, de comportements inacceptables et d'incompatibilité avec les critères des différents services, ces personnes ont difficilement accès aux services de santé et de services sociaux ».

## LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE TELLE QUE LES OPIOÏDES

---

Les problèmes de santé mentale tout comme l'alcoolisme et la toxicomanie sont étroitement liés à l'itinérance (MSSS, 2008). La prévalence des problèmes de consommation chez les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance est élevée. Chevalier et Fournier rapportaient en 1998 que 46 % des personnes qui font appel aux ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal et Québec présentent une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (Ménard et Simard, 2013). Vingt-cinq pour cent (25 %) des personnes en situation d'itinérance auraient un double diagnostic de trouble mental et de dépendance (Grenier et al., 2013).

Bien que le Québec se positionne au douzième rang des provinces et territoires pour le nombre de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada, les données montrent néanmoins que les décès attribuables aux intoxications par opioïdes sont en hausse au Québec (MSSS, 2018c). La crise des opioïdes n'épargne pas l'Estrie. Récemment, nous apprenions que la ville de Sherbrooke arrive au deuxième rang des villes québécoises quant au nombre d'hospitalisations liées à leur consommation (ICIS, 2018). À Sherbrooke, en 2017, il y a eu 38 hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes (ICIS, 2018). En 2018, la Direction de santé publique de l'Estrie a recensé un total de 56 visites à l'urgence dont 29 visites à Sherbrooke et 11 dans le RLS Haute-Yamaska. Nous observons donc que près de 70 % des intoxications touchent les résidents des RLS de Sherbrooke et de la Haute-Yamaska. Entre 2014 et 2018, il y a eu 32 décès signalés causés par une intoxication confirmée aux drogues ou aux opioïdes en Estrie (Bureau du coroner).

Selon le MSSS (2008 : 14) : « Les personnes qui développent une dépendance sévère aux opioïdes se distinguent des usagers habituels des centres de traitements en toxicomanie par le fait que les comorbidités sont importantes et que la gravité des comportements d'intoxication est plus grande ». Il ajoute que : « Les personnes dépendantes aux opioïdes qui sont très désaffiliées présentent des problèmes qui relèvent de la rupture et de l'exclusion sociale, de la judiciarisation, d'un manque d'accès aux soins de santé, de la précarité des conditions de vie (...) » (MSSS, 2008 : 15).

En 2018, le MSSS recommandait un accès à des services intégrés et adaptés pour les personnes chez qui le traitement d'un trouble de l'usage d'opioïdes nécessite une médication. En 2017, le Suboxone et ses versions génériques (buprénorphine-naloxone) avaient déjà été transférés à la *Liste des médicaments*. En 2018, Santé Canada a également retiré l'exemption pour le traitement par la méthadone. Désormais, tous les médecins peuvent donc prescrire ces médicaments. Ces mesures d'allègement contribuent à l'optimisation de l'offre de traitements des troubles liés à l'usage des opioïdes.

## MANDAT DE L'ÉQUIPE

---

L'équipe Accès vise à améliorer l'accès et la continuité des services en santé et services sociaux afin qu'ils soient plus adaptés et simplifiés pour les personnes vivant en marge des réseaux institutionnels, sociaux et communautaires. L'équipe offre des **services intégrés** en santé mentale, en dépendance et en santé physique.

**D'une part**, l'équipe prévient la dégradation et améliore les conditions de vie des personnes itinérantes ou à risque de l'être. Elle va à leur rencontre dans la communauté, là où la clientèle se trouve. Le fait d'être dans le milieu permet aux intervenants de repérer et détecter rapidement les personnes dans le besoin. L'équipe peut ainsi offrir les services et l'accompagnement nécessaire vers les ressources appropriées. Les intervenants s'adaptent aux besoins des personnes et font preuve de créativité.

**D'autre part**, les personnes ont accès à des interventions « sans rendez-vous » au centre-ville. Elles peuvent rencontrer des intervenants psychosociaux, des médecins et des infirmières dont une infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui collabore au traitement par agonistes opiacés (TAO). Il s'agit d'une prise en charge à la fois médicale et psychosociale dont peuvent bénéficier les personnes dépendantes aux **opiacés** (héroïne, morphine, codéine).

Le fait d'avoir une équipe intégrée qui offre des services en itinérance et en dépendance permet de favoriser les soins de collaboration destinés aux personnes itinérantes. Les membres de l'équipe travaillent de concert pour mieux coordonner les soins et services et les rendre plus efficaces. Le modèle d'interdisciplinarité constitue une valeur ajoutée puisque les clients ont accès à plusieurs expertises et services en plus d'y avoir accès rapidement.

Les services offerts améliorent l'accès et la continuité des services spécifiques (1<sup>re</sup> ligne) et spécialisés (2<sup>e</sup> ligne) en santé mentale et en dépendance. La prestation de services est adaptée et simplifiée pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir. Les personnes itinérantes ont donc accès à des services regroupés afin de favoriser une gestion responsable de la consommation, de prévenir l'aggravation de la situation et de diminuer les méfaits associés.

## PRINCIPES DIRECTEURS

- **UNE INTERVENTION DANS LA COMMUNAUTÉ**  
Être présent pour les personnes dans la communauté. Soutenir et accompagner les personnes avant, pendant et après les situations de crise, dans la communauté.
- **UNE APPROCHE GLOBALE ET UNE INTERVENTION INTÉGRÉE**  
Considérer les besoins des personnes itinérantes dans leur globalité (santé, social, sécurité, faim, hébergement). L'intervention porte sur diverses dimensions de la vie des personnes : la sortie de l'itinérance, la stabilisation en logement, la santé mentale et physique, la judiciarisation, l'intégration sociale, les habiletés à la vie quotidienne, les habiletés relationnelles, etc. (Hurtubise et Babin, 2010). Il s'agit d'un modèle d'intervention intégrée pour les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance.
- **UNE CONCERTATION ENTRE LES PARTENAIRES ET UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE**  
L'intervention relève d'une responsabilité partagée par des acteurs en provenance de différentes directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (DSG, DPJe, DSPublique, DPDI-TSA-DP, DSM, DSI). Il est donc nécessaire de favoriser la coordination et l'arrimage étroit entre les programmes ainsi qu'avec les partenaires (MSSS, 2014b).

- **UNE COLLABORATION INCONTOURNABLE AVEC LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES**

L'intervention dans la communauté exige de rejoindre la personne là où elle est, c'est-à-dire dans les rues, les espaces publics et dans les organismes communautaires dans l'objectif de bâtir un lien et d'assurer un suivi. La collaboration avec les partenaires permet le développement de solutions concertées et de projets communs (Hurtubise et al., 2010).

- **UN CADRE SOUPLE ET ADAPTÉ**

L'équipe se dote de stratégies pour mieux rejoindre les personnes réfractaires aux services et dans le but d'éviter la dégradation des conditions de vie. Les actions sont adaptées aux besoins des personnes et favorisent un cheminement simplifié aux services.

- **LE TRAVAIL ET LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE**

« La complémentarité des actions des divers professionnels concernés constitue la clé pour une trajectoire de services optimale » (MSSS, 2018b : 107). « L'interdisciplinarité des pratiques est un mode de collaboration entre intervenants de différentes disciplines qui les amène à s'influencer mutuellement, à adapter leurs pratiques, à conjuguer leurs efforts et à mettre à profit de manière optimale et complémentaire l'expertise de chacun pour mieux répondre aux besoins d'une population ciblée » (MSSS, 2006 : 42). Les services reposent aussi sur une étroite collaboration entre les membres de l'équipe et les usagers.

## LES SERVICES

- Sont conçus pour réduire les risques liés aux modes de vie et aux modes de consommation;
- Se poursuivent malgré la présence irrégulière des usagers et dans un cadre défini par l'équipe;
- Se poursuivent aussi longtemps qu'ils sont requis et tolérés et selon le degré d'organisation de vie de l'usager;
- Favorisent l'installation d'une relation de confiance et de collaboration tout en respectant le rythme des personnes;
- S'ajustent selon les besoins et l'évolution de la personne; les suivis et les soins ne représentent pas un processus linéaire.

## APPROCHES D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉES

### La réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits est centrée sur le respect des choix et des besoins des individus et, conséquemment, sur des objectifs variés de consommation de substances psychotropes, allant de l'abstinence à la gestion de la consommation.

Plus précisément, l'approche de réduction des méfaits vise à :

- Développer la capacité des individus à faire des choix éclairés en matière de substances psychotropes et à en gérer les risques;
- Conseiller les personnes sur les attitudes et les comportements à adopter, et ce, en fonction du risque lié aux situations et aux conditions d'utilisation.

## L'intervention de proximité (« Aller vers »/Outreach)

Il s'agit de rejoindre de façon proactive les populations éloignées des services. Ce type d'intervention :

- Se déroule dans le milieu de vie des gens;
- Se déploie dans plusieurs cas de manière informelle et non planifiée (sans rendez-vous);
- Se distingue par son caractère proactif : pratiques d'*outreach* (aller vers...) (Morin et al., 2015).

## L'approche motivationnelle

Cette approche développée par Miller et Rollnick en 1991 est une méthode visant à renforcer la motivation intrinsèque à changer un comportement inadapté. « Tout en étant centrée sur le client, la méthode a un caractère directif qui permet d'explorer et de résoudre l'ambivalence et de faire parler sur le changement. D'abord développée pour les comportements addictifs, cette approche a ensuite été appliquée pour aider à faire une diète ou des exercices, réduire les risques du V.I.H. et les problèmes de jeu compulsif » (Moyers et Rollnick, 2002).

## L'approche humaniste

L'approche humaniste s'intéresse principalement aux forces intérieures subjectives de l'être humain, et ce, selon une vision optimiste de sa nature profonde. L'approche humaniste est centrée sur la personne et non sur le problème (Rogers, 2008).

## L'approche communautaire

Cette approche conduit à des interventions qui font appel aux ressources informelles et formelles d'une communauté, dans le but d'accroître la capacité de cette dernière de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de ses membres tout en travaillant à l'augmentation de la solidarité et de la coopération (Gingras, 1992).

## L'approche à bas seuil d'accessibilité pour les personnes ayant un trouble de l'usage d'opioïdes (TUO)

« Le traitement de substitution à bas seuil d'exigence s'adresse à des personnes particulièrement désocialisées qui vivent en marge des dispositifs sanitaires et sociaux. Ces personnes présentent une organisation de vie très instable ou perturbée ainsi que des conditions de vie très précaires. Ce traitement implique tous les partenaires communautaires pour aller vers des populations ciblées (ex. : jeunes de la rue) afin de leur faciliter l'accès aux services. Il peut impliquer également des conditions de traitement adaptées à la réalité de cette population (ex. : clinique sans rendez-vous, acceptation d'une certaine irrégularité dans la prise de la médication) » (MSSS, 2006 : 45). « L'expression bas seuil (*low threshold*) fait référence à la réduction des barrières et des critères relativement à l'accès auxquels un individu doit faire face afin d'accéder aux services de soins et pour en bénéficier en temps opportun » (Goyer et al., 2020 : 10).

## OBJECTIFS POURSUIVIS

- Prévenir la dégradation et favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes itinérantes ou à risque de l'être;
- Soutenir, sur le plan clinique, les intervenants et les ressources de la communauté qui interviennent auprès des personnes itinérantes;
- Soutenir la consolidation et le développement des capacités du milieu;
- Soutenir la réaffiliation et la réintégration des personnes dans les services sociaux et de santé réguliers;
- Offrir des services en dépendance accessibles et continus en collaboration avec tous les organismes partenaires concernés;
- Offrir des services regroupés tels que le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la vaccination, le traitement des TUO avec une médication de substitution, l'évaluation spécifique en dépendance afin de favoriser la gestion responsable de la consommation, de prévenir l'aggravation de la situation et de diminuer les méfaits associés.

## CLIENTÈLE VISÉE

Cette offre de service vise la clientèle âgée de 18 ans et plus vivant en marge des réseaux institutionnels, sociaux et communautaires. Ces personnes ont généralement des comorbidités d'ordre physique et mentale; peuvent avoir connu des périodes d'itinérance (saisonniers ou de longue durée); ont un mode de vie précaire et ont de la difficulté à répondre aux exigences des services et traitements traditionnels. Ces personnes peuvent être aux prises avec un problème de justice, de dépendance à l'alcool ou aux drogues dont les opioïdes.

## SERVICES OFFERTS

- Un accès **simple et rapide** à une **offre de service globale**, c'est-à-dire à une évaluation et à des services de suivi en dépendance, en santé mentale et en santé physique;
- Un accès à des interventions **brèves et ponctuelles**<sup>2</sup> : L'intervention « sans rendez-vous » dans un lieu **facilement accessible**;
- Un accès à des **services psychosociaux** : aide au logement, démarches pour l'aide sociale, impôts, référence aux organismes communautaires, aide à la sortie de détention, etc.;
- Un accès à des **soins infirmiers** : évaluation de l'état de santé, enseignement et dépistage ITSS, soins de plaies, vaccination, test de grossesse, prise de sang, etc.;
- Une prise en charge à la fois **médicale et psychosociale** dont peuvent bénéficier les personnes dépendantes aux **opiacés** (héroïne, morphine, codéine);

---

<sup>2</sup> Les pièces d'identité telles que la carte d'assurance-maladie ne sont pas nécessaires pour avoir accès aux services.

- Un accès à des **médecins de famille et une infirmière praticienne spécialisée (IPS)** : enseignement et traitement pharmacologique **dont le TAO**;
- Un accès à un psychiatre : service conseil en santé mentale, aide au diagnostic, aide au choix des molécules, etc.;
- Des **interventions de prévention et de réduction des méfaits** :
  - *Outreach* et accompagnement;
  - Dépistage et évaluation des troubles liés à l'utilisation d'une substance;
  - Suivi et coordination de services;
  - Soutien clinique;
  - Offre et échange de matériel stérile d'injection et d'inhalation.

Ces services correspondent au panier de services minimal recommandé par l'Institut universitaire sur les dépendances pour les équipes offrant le traitement du TUO (2020). Voir la référence en annexe I.

## FONCTIONNEMENT ET CADRE DES INTERVENTIONS

### 1. SERVICES PSYCHOSOCIAUX

---

L'intervention psychosociale implique une évaluation des besoins psychosociaux de la personne (besoins de base et de logement, inscription à des programmes sociaux : aide sociale, assurance maladie, assurance-emploi, etc.). Dans le cadre d'un traitement de substitution (TAO), elle implique des activités de soutien, d'accompagnement et de réadaptation. Plus précisément, l'intervenant psychosocial peut assumer les tâches suivantes (MSSS, 2006) :

- Favoriser l'établissement d'un contact et d'une alliance thérapeutique avec la personne;
- Faire le point avec la personne sur sa consommation et l'impact sur les différentes sphères de sa vie : effectuer une évaluation spécialisée en dépendance avec des outils standardisés;
- Mobiliser la personne dans un processus de résolution de problèmes devant ses difficultés (consommation, logement, revenu, justice, accès à des services de santé, etc.);
- Soutenir et accompagner la personne dans la communauté pour faciliter l'accès aux services : une intervention ponctuelle avec référence directe (et/ou accompagnement) aux ressources communautaires;
- Mobiliser les ressources de la communauté pour répondre aux besoins des personnes et pour favoriser l'accès aux services (ex : réseau de propriétaires de logements);
- Assurer des liens fonctionnels avec les autres professionnels et coordonner les services autour de la personne;
- Soutenir la personne dans le développement de ses habiletés personnelles et relationnelles (résolution de problèmes, communication, négociation de ses besoins, gestion de ses émotions et de ses conflits, etc.);
- Soutenir la personne dans le développement de compétences à vivre et à se maintenir en logement, ainsi que dans la mise en place d'habitudes de vie assurant un maintien minimal des acquis (instauration de nouvelles activités, de nouveaux intérêts, de nouvelles relations, de nouveaux lieux de fréquentation, études, travail, intégration sociale, etc.);

- Élaborer un plan d'intervention en collaboration avec la personne, les personnes impliquées dans le suivi et accompagner la personne vers l'atteinte de ses objectifs.

## 2. SOINS INFIRMIERS

---

L'infirmière assume un rôle important dans l'évaluation de la condition physique et mentale, ainsi que dans les traitements pharmacologiques et infirmiers. De façon plus spécifique, voici quelques exemples de tâches :

- Enseigner les soins de santé de base, les saines habitudes de vie, la contraception;
- Dépister les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), comprenant le VIH, la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis et les hépatites B et C;
- Assurer la vaccination en général telles que pour la grippe, les hépatites A et B, la diphtérie-tétanos (dT), la diphtérie, la coqueluche, le tétanos (dcaT), le pneumocoque, le dépistage de la tuberculose (ppd), etc.;
- Transmettre l'information, éduquer et prévenir (ex : la consommation sécuritaire, la naloxone, les ITSS, les maladies chroniques, etc.);
- Informer la personne sur les grands paramètres de fonctionnement des services de traitement par agonistes aux opioïdes (TAO) (méthadone, Suboxone, etc.);
- Informer, éduquer et communiquer sur la consommation sécuritaire et référer les usagers vers des soins médicaux et des services sociaux;
- Fournir le matériel de consommation (seringues stériles, *stericups*, ampoules d'eau, pipes destinées à la consommation de crack, naloxone);
- Assurer les liens fonctionnels entre les services médicaux, pharmaceutiques et psychosociaux;
- Élaborer le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Renforcer la personne à être responsable de son traitement;
- Assister au suivi du traitement.

## 3. INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN PREMIÈRE LIGNE (IPSPL)

---

Le rôle de l'IPSPL vise à améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et des services de première (1<sup>re</sup>) ligne en temps opportun, pour une clientèle de tout âge. Les soins de 1<sup>re</sup> ligne s'adressent aux personnes vivant principalement à domicile et ayant des besoins ou des problèmes communs de santé. Ils comprennent un ensemble de services de santé courants qui s'appuient sur une infrastructure simple en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Dans le cadre de cette offre de service, l'IPSPL assure des soins infirmiers et exerce des activités médicales auprès d'une clientèle qui requiert des soins de 1<sup>re</sup> ligne tout au long du continuum de vie.

La clientèle suivie par l'IPSPL doit être en concordance avec la pratique clinique du médecin partenaire. Elle peut aussi suivre une clientèle qui, initialement, n'avait pas de médecin si les modalités quant à la prise en charge de nouvelles personnes et de leur suivi sont prévues à l'entente de partenariat. La clientèle de 1<sup>re</sup> ligne desservie sera celle des médecins partenaires selon leurs champs de pratique. Il pourra s'agir, selon le cas, des clientèles suivantes :

- Adultes, vulnérables et marginalisés;
- Présentant un trouble d'usage de substance;
- Personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ou en ressource communautaire présentant des critères de vulnérabilité.

**Ce qui peut être fait à l'équipe Accès :**

- Le suivi de maladies chroniques stables telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, l'hypothyroïdie, le diabète;
- L'ajustement de médication pour ces mêmes maladies chroniques;
- Les soins courants : otite, bronchite, laryngite, cystite, etc.;
- Les soins pour problèmes cutanés;
- Les soins pour problèmes musculosquelettiques, articulaires, infiltrations, trauma, etc.;
- Les soins pour ITSS symptomatiques;
- Le traitement par agonistes aux opiacés pour les clients TDO en partenariat avec le médecin;
- Gestion de la polyconsommation: alcool, THC, méthamphétamines, opioïdes, cocaïne, etc. ;
- Examen gynécologique, PAP test, pose de stérilets ;
- Santé sexuelle au féminin et au masculin ;
- Mini chirurgies (ongle incarné, nævus, ablation) ;
- Cryothérapie ;
- L'évaluation et gestion de la douleur;
- L'élaboration d'activités d'enseignement auprès de la population sur différents sujets. Cela peut aussi être fait conjointement avec les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE);
- La référence en médecine spécialisée pour tout problème nécessitant des services de deuxième (2<sup>e</sup>) et troisième (3<sup>e</sup>) ligne;
- Tout suivi nécessaire réalisé conjointement avec le médecin (suivi d'une situation de soins courants nécessitant une évaluation physique) et en étroite collaboration avec l'équipe d'intervention.

## 4. MÉDECINS

---

Les personnes concernées par cette offre de service connaissent de grands enjeux d'accessibilité de services, comme celui d'avoir accès à un médecin. Pour y remédier, il leur est possible de compter sur une présence médicale au sein de l'équipe pour évaluer leur état de santé général et d'en assurer le suivi régulier si requis. Le médecin s'assure que la clientèle soit évaluée et traitée tant sur la plan de sa condition de santé physique que mentale. Au besoin, il peut référer la personne à des examens et à d'autres services médicaux spécialisés. Le médecin de l'équipe joue aussi un rôle central dans le TAO. À partir de l'émission d'un diagnostic de dépendance et de l'évaluation de la gravité, il peut prescrire une médication de substitution. En travaillant en collaboration avec l'IPS, les infirmiers, le travailleur social, l'éducateur spécialisé et les psychoéducateurs, il assure le suivi du traitement de la dépendance aux opioïdes.

## 5. L'INFIRMIÈRE DE LIAISON

---

Une infirmière de liaison est disponible pour accompagner et soutenir les professionnels œuvrant auprès des personnes dépendantes aux opioïdes et pour le TAO. Les services offerts sont :

- Le transfert de connaissances et des bonnes pratiques aux professionnels du réseau travaillant auprès des personnes ayant une dépendance aux opioïdes;
- Le soutien à l'amélioration des pratiques;
- Le soutien lors de transferts de service pour éviter les ruptures de traitement;
- Le soutien aux médecins de famille;
- La liaison entre les médecins de la communauté et les usagers lors de transfert de molécule.

## 6. SPÉCIALISTE EN ACTIVITÉS CLINIQUES (SAC)

---

Le SAC va participer à l'évaluation et à l'analyse des besoins des usagers, à l'élaboration des normes et standards de pratique professionnelle et à la recherche de solutions appropriées, dans le but d'aider à améliorer la qualité des actes professionnels au sein de l'équipe (CISSS des Îles, 2017). Plus spécifiquement, il assure sa fonction :

- En offrant un soutien clinique direct aux intervenants dédiés à la clientèle et qui correspond à l'offre de services;
- En s'assurant de la qualité du processus clinique en conformité avec les programmes et les services de l'organisation ainsi que l'offre de services de l'équipe;
- En faisant la liaison avec les partenaires internes et externes afin de garantir un meilleur accès aux différents services requis par la clientèle;
- En participant aux discussions de cas complexes afin de tenir compte de l'ensemble des enjeux, soit ceux liés à l'usager, à l'équipe d'intervention, à l'organisation ainsi qu'aux divers partenaires impliqués dans le cheminement de l'usager, pour améliorer la qualité des services et des pratiques professionnelles;
- En offrant et en organisant diverses modalités de soutien clinique pour l'équipe;
- En développant et en offrant des contenus de formation, au besoin.

## PARTENAIRES IMPLIQUÉS

L'équipe Accès travaille en collaboration avec plusieurs partenaires institutionnels et communautaires dédiés aux personnes en situation d'itinérance et/ou celles ayant un trouble de l'usage d'opioïdes. Dans la phase initiale de son implantation, il est prévu que l'équipe aille à leur rencontre pour leur présenter l'offre de service ainsi que pour définir des stratégies partenariales communes.

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Christian Dumas-Laverdière, spécialiste en activités cliniques (SAC)
- Caroline Fauteux, IPS 1<sup>re</sup> ligne

- Philippe Gendron, travailleur social
- Dr Michel Lambert, médecin de famille
- Dr Philippe Lamontagne, médecin de famille
- Kathiane Lussier, technicienne en éducation spécialisée
- Dre Joanie Raïche, médecin psychiatre
- Mariane Rondeau, infirmière clinicienne
- Geneviève Savoie-Dugas, psychoéducatrice
- Claudia St-Jacques, psychoéducatrice
- Alyssa Tessier, infirmière clinicienne
- Mylène Turcotte, infirmière clinicienne

## ANNEXE I

Images tirées de Goyer, M-E., Hudon, K. et al. (2020). Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO). Montréal, QC : Institut universitaire sur les dépendances (IUD).

Figure B : Panier minimal de services pour les équipes offrant le traitement du TUO

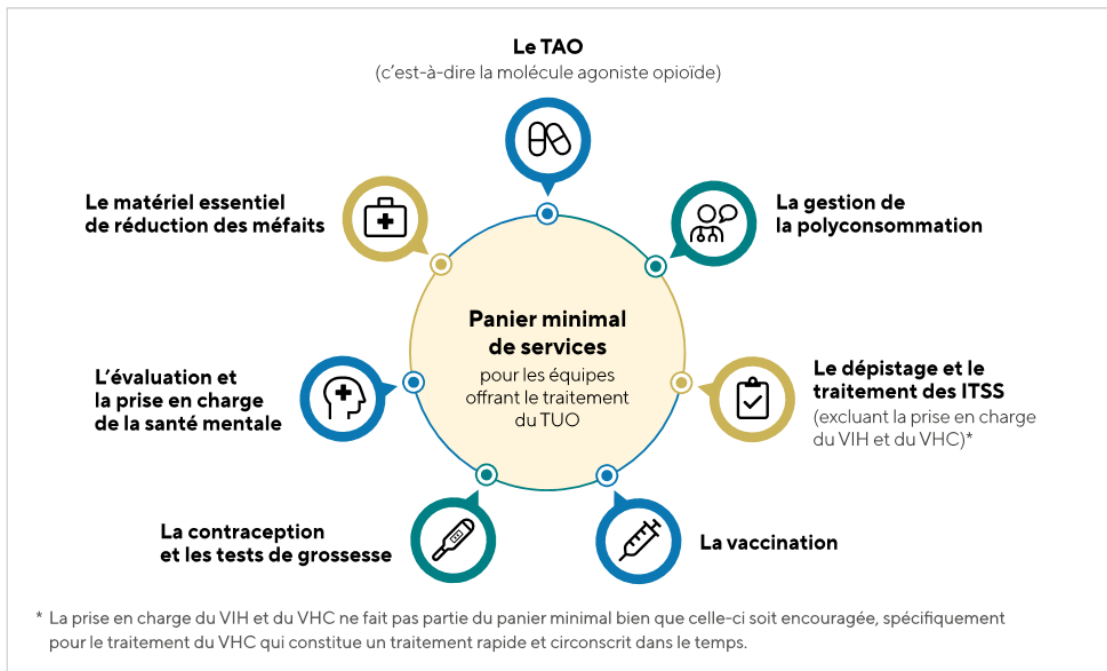


Figure D : Offre de services pour les équipes offrant le traitement du TUO pour les personnes en situation de précarité



## BIBLIOGRAPHIE

- Bergeron, J., Lévesque, J., St-Cyr, F. et Royer, A-M. (2012). *Équipe de proximité toxicomanie-itinérance à Sherbrooke. Projet pilote pour faciliter l'accès des itinérants aux services en dépendance à Sherbrooke*, Offre de service, CRDE, CSSS-IUGS et les partenaires de la Table itinérance de Sherbrooke, 15 p.
- Burns, V., Grenier, A., Lavoie, J-P., Rothwell, R., Sussman, T. (2012) Les personnes âgées itinérantes – invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l'itinérance, *Frontières*, vol. 25, n°. 1, p. 31-56.
- Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) (2017). *Offre de services et approches cliniques. Services d'exigences bas seuil relais et services réguliers*, 51 p.
- CISSS des Îles (2017). Affichage d'un poste de spécialiste en activités cliniques syndicable non syndiqué (SNS). Poste à temps complet. Disponible sur le Web : <https://www.cisssdesiles.com/wp-content/uploads/2014/11/Affichage-externe-Sp%C3%A9cialiste-en-activit%C3%A9s-cliniques-Janv.-20172.pdf>
- CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS (2017). *Faits saillants concernant la santé de la population de l'Estrie et de ses territoires*, Direction de santé publique, 36 p.
- CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS (2015). *Prioriser la santé mentale et le bien-être en Estrie : 7 défis à relever ensemble*, 67 p.
- CSSS-IUGS et CHUS (2005). *Équipe itinérance CSSS-IUGS/CHUS. Offre de service et perspectives de travail 2005-2007*, 18 p.
- Comtois, J., Coulombe, C. et al. (2011). *Cadre de référence sur l'itinérance à Sherbrooke*. Table itinérance de Sherbrooke, 60 p.
- Denoncourt, H., Désilets, M., Plante, M-C., Laplante, J., Choquet, M. (2000). *La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes*, Santé mentale au Québec, vol. 25, n°. 2, p. 179-194.
- Fournier, L. et Chevalier, S. et coll. (1998). *Dénombrement des personnes itinérantes dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec en 1996-1997*, Santé Québec, 20 novembre 1998.
- Gingras, P. (1992). *L'approche communautaire* dans Théories et pratiques en organisation communautaire. Sous la direction de Laval Doucet et Louis Favreau, UQAH, p. 187 à 200.
- Giraud, M-J. et Lapointe, J. (2012). *Entente de collaboration et déploiement des services de dépendance entre le Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie et le CSSS-IUGS*. Avril 2012, 15 p.
- Goyer, M-E., Hudon, K. et al. (2020). *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*. Montréal, QC : Institut universitaire sur les dépendances (IUD), 96 p.
- Grenier, G., Fleury, M., Imboua, A., Ngui, A. (2013). *Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal*. *Santé mentale Québec*, 38 (1), 119-141
- Hurtubise, R. et Babin, P-O. (2010). *Les Équipes itinérance en santé du Québec. Description de pratiques innovantes - Rapport de recherche déposé au Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI) Programme de développement des connaissances sur l'itinérance*, 84 p.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2018). *Préjudices liés aux opioïdes au Canada*, décembre 2018. Ottawa, ON : ICIS; 2018

INSPQ (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, 16 p.

Ménard, J-M. et Simard, M. (2013). *Toxicomanie et itinérance : Un modèle d'intervention intégrée*, Info-Toxico, Domrémy-de-la-Mauricie/Centre-du-Québec, avril 2013 vol. 25 n° 1, 4 p.

Miller, William R. & Rollnick, Stephen. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guildford Press

Morin, P., Allaire, J-F et Bossé, P-L. (2015). *Intervention de proximité en CSSS une pratique de pointe du CSSS-IUGS : guide d'accompagnement*, 48 p.

Moyers, T. et Rollnick, S. (2002). *A Motivational Interviewing Perspective on Resistance in Psychotherapy*. Journal of Clinical Psychology, 58 (2), 185-193.

MSSS (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*, 267 p.

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*, 37 p.

MSSS (2018b). *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*. Plan d'action interministériel en dépendance (PAID), 2018-2028.

MSSS (2018c). *Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre 2018-2020-Parce que chaque vie compte*, 38 p.

MSSS (2014). *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, 57 p.

MSSS (2014b). *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir*- Politique nationale de lutte à l'itinérance, 73 p.

MSSS (2008). *L'itinérance au Québec*. Cadre de référence. Septembre 2008, 52 p.

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*, 86 p.

Rogers, C. (2008). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Ed. ESF 1942, 235 p.

Roy, I. et Crocker, A. *Itinérance et santé mentale – Ampleur du phénomène* (en ligne), mise à jour 28 juin 2012, <http://www.douglas.qc.ca/info/itinérance-et-santé-mentale> (consulté le 10 janvier 2020).

Roy, S. et Morin, D. (2007). *L'aide aux personnes itinérantes : un réseau pour agir* dans L'itinérance en questions sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.195-214.

Simard, M. (2010). *Équipe itinérance de Trois-Rivières*, 27 p.



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

**Québec** 