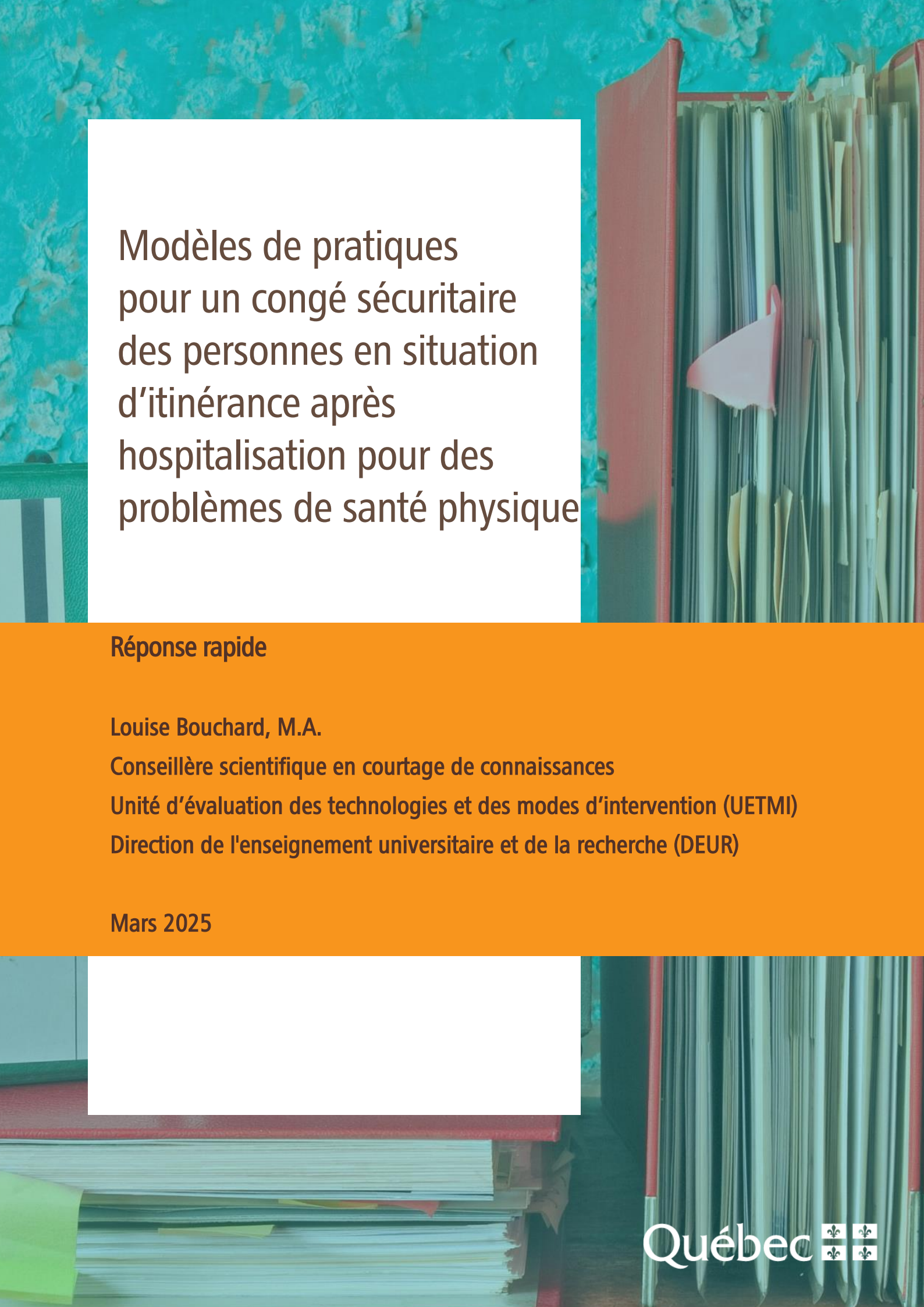




Modèles de pratiques pour un congé sécuritaire des personnes en situation d'itinérance après hospitalisation pour des problèmes de santé physique

Réponse rapide

Louise Bouchard, M.A.

Conseillère scientifique en courtage de connaissances

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI)

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR)

Mars 2025

Équipe projet

Auteur

Louise Bouchard, conseillère scientifique en courtage de connaissances, UETMI, DEUR, CCSMTL

Révision scientifique

Isabelle Linteau, conseillère scientifique en ETMI, coordonnatrice professionnelle, UETMI, DEUR, CCSMTL

Recherche documentaire

Fannie Tremblay-Racine, bibliothécaire, coordonnatrice professionnelle des Bibliothèques, DEUR, CCSMTL

Gestionnaire de mandat

Catherine Safianyk, chef de service des Bibliothèques et de l'UETMI, DEUR, CCSMTL

Directrice adjointe - DEUR

Nathalie Dupont, directrice adjointe – Enseignement, pour les services: stages, ETMI et Bibliothèques

Demandeur

Mélissa Giroux, directrice adjointe DSP - volet opérationnel, Direction des services professionnels

Représentant du demandeur

Anne-Sophie Chaland, agente d'amélioration continue – APPR, Direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Déclaration d'intérêt

Aucun conflit d'intérêts à déclarer en lien avec la réalisation de ce projet.

Cette réponse rapide est une production de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

©CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2025

ISBN (En ligne) 978-2-555-00835-9

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

Bibliothèque et Archives Canada, 2025

Le présent document doit être cité comme suit :

Bouchard, L. (2025). Modèles de pratiques pour un congé sécuritaire des personnes en situation d'itinérance après hospitalisation pour des problèmes de santé physique. Réponse rapide. Montréal, Qc : UETMI, DEUR, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 32p.

Note

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

1.	CONTEXTE ET OBJECTIF DE LA DEMANDE.....	3
2.	DÉMARCHE ET MÉTHODE	3
2.1	Stratégie de recherche	3
2.2	Sélection des documents	4
2.3	Extraction et synthèse des données	4
3.	RÉSULTATS.....	5
3.1	DESCRIPTION DES PRATIQUES.....	9
3.1.1	Caractéristiques de base	9
3.1.2	Le <i>Medical Respite Care Program</i> (MRCP)	10
3.1.3	Les autres programmes de soins de convalescence (hors États-Unis)	10
3.1.4	Médecine de rue	11
3.2	IMPLANTATION, DÉVELOPPEMENT ET OPÉRATIONNALISATION	17
3.2.1	Partenaires et équipe	17
3.2.2	Approche pluridisciplinaire et collaborative	17
3.2.3	Obstacles / facilitateurs	19
3.2.4	Stratégies de mise en œuvre	20
3.3	IMPACTS ET RETOMBÉES	21
3.3.1	Évaluation économique	21
3.3.2	Santé, bien-être et satisfaction	23
4.	CONCLUSION	24
5.	FORCES ET LIMITES.....	24
6.	RÉFÉRENCES	25
7.	ANNEXES.....	27
	ANNEXE 1 – STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	27
	a) Stratégies dans la base de données (Medline)	27
	b) Liste des organisations savantes en santé et en services sociaux consultées.....	30
	ANNEXE 2 – CRITERES DE SELECTION DES PUBLICATIONS.....	32

1. CONTEXTE ET OBJECTIF DE LA DEMANDE

L'hospitalisation et le suivi pour des problèmes de santé physique de personnes en situation d'itinérance posent des défis importants. La Direction des services professionnels (DSP) du CCSMTL rapporte en effet des difficultés à accorder un congé sécuritaire à cette clientèle, qui sont accentuées par :

- la perte de contact et l'impossibilité de joindre ces personnes pour leur donner et/ou confirmer des rendez-vous et prodiguer des soins intermédiaires ;
- la présence fréquente de comorbidités ;
- les problèmes de santé aggravés par l'absence de prévention.

Cette complexité fait en sorte que les réponses actuelles à la convalescence et aux soins intermédiaires (CLSC, CHSLD, Maisons de convalescence, Centres de réadaptation) peinent à recevoir et à aider les personnes en situation d'itinérance. Faute de solutions, le séjour à l'hôpital doit souvent être prolongé.

C'est dans ce contexte que la DSP mandate l'UETMI pour réaliser une réponse rapide afin de mieux connaître la littérature publiée sur le sujet de la convalescence post-hospitalisation pour des problèmes de santé physique des personnes en situation d'itinérance¹.

La Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS) stipule, à l'article 14, qu'un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

L'objectif de cette réponse rapide est de recenser les différentes pratiques visant à assurer un congé sécuritaire et une trajectoire de soins appropriée chez les personnes en situation d'itinérance après hospitalisation pour des problèmes de santé physique.

2. DÉMARCHE ET MÉTHODE

2.1 Stratégie de recherche

Une recherche sommaire de la littérature a été menée en collaboration avec une bibliothécaire en novembre 2024, dans la base de données bibliographiques Medline (Ovid), avec des mots-clés et mots-sujets tenant compte des concepts d'itinérance, d'hospitalisation et de convalescence, sous diverses déclinaisons. Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais ou en français et depuis 2014, afin d'obtenir des données récentes sur le sujet. La liste détaillée des mots-clés et des stratégies de recherche figure à l'Annexe 1a. D'autres documents ont également été repérés dans les bibliographies des publications sélectionnées puis ont été ajoutés à notre liste de publications.

¹ À l'origine, le besoin du demandeur portait sur les soins postopératoires en santé physique. Devant le nombre très limité d'études portant sur la séquence postopératoire, la demande a été étendue à la convalescence post-hospitalisation pour des problèmes de santé physique, qui comprend le postopératoire.

Une recherche dans la littérature grise a été réalisée à l'aide du moteur de recherche Google en utilisant des combinaisons de mots-clés reflétant ceux utilisés dans la base de données bibliographiques Medline. Une recherche sur les sites Web de différentes organisations savantes en santé et en services sociaux a également été menée afin d'identifier des guides et autres documents incluant des recommandations. La liste de ces organisations se trouve à l'Annexe 1b.

2.2 Sélection des documents

Au total, la recherche documentaire dans la base MedLine (OVID) a permis de repérer 227 documents. La sélection des documents a été réalisée à l'aide d'une grille de critères préétablis (voir Annexe 2). D'autres documents ont été repérés à la suite d'une recherche complémentaire dans Google et d'une consultation des sites Web d'organisations savantes en santé et en services sociaux.

Un premier tri des documents a été effectué sur la base des titres et des résumés, dont 20 % ont été évalués à l'aveugle par l'auteur et la coordonnatrice (LB et IL). Le reste des documents a été évalué par l'auteur (LB). Les documents retenus à la première étape ont ensuite été lus en entier. Encore une fois, 20 % d'entre eux ont été évalués à l'aveugle par l'auteur et la coordonnatrice (LB et IL). Le reste de la sélection a été réalisée par l'auteur (LB). Au total, 18 documents répondaient aux critères de sélection et ont été retenus pour la présente réponse rapide, onze provenant de la littérature scientifique et sept de la littérature grise.

2.3 Extraction et synthèse des données

L'extraction des données a été réalisée à l'aide d'une grille standardisée, comprenant notamment les éléments suivants : auteurs, année, objectif, intervention, méthodologie, principaux résultats et conclusion. À noter que les « résultats » extraits pouvaient être des résultats d'étude à proprement parler, mais aussi des recommandations provenant de guides.

L'ensemble de ces données a été consigné sur des fiches Word permettant un repérage rapide et une organisation efficace des résultats en un seul dossier. Les informations ont ensuite été regroupées selon une approche thématique inductive.

3. RÉSULTATS

L'analyse des résultats des 18 publications retenues pour cette réponse rapide a permis de dégager une trame thématique organisée autour de trois grandes composantes :

1) Description des pratiques

- Caractéristiques de base
- *Medical Respite Care Program* (MRCP)
- Autres programmes de soins de convalescence
- Médecine de rue

2) Implantation, développement et opérationnalisation

- Partenaires et équipe
- Approche pluridisciplinaire et collaborative
- Obstacles et facilitateurs
- Stratégies de mise en œuvre

3) Impacts et retombées

- Évaluation économique
- Santé, bien-être et satisfaction

Le Tableau 1 (page suivante) présente les publications retenues pour cette réponse rapide regroupées selon ces trois grands thèmes, avec le type de pratique, le sujet principal de l'étude ou du document ainsi qu'une description sommaire. Lorsqu'une publication traite de plus d'un thème, elle a été inscrite en fonction du thème principal.

Tableau 1 - Caractéristiques des 18 documents retenus

Auteurs / Pays	Types de pratique / Sujet	Description sommaire
Thème 1 : DESCRIPTION DES PRATIQUES		
Cornes et al. (2019) [1] Royaume-Uni (Angleterre)	Transition post-hospitalisation vers refuge / Options d'arrangement de soins intégrés spécialisés	Document d'information sur des modèles de transition post-hospitalisation à partir des données de Cornes et al. (2021)
Feldman et al. (2021) [2] États-Unis (Los Angeles)	Médecine de rue / Description, implantation et fonctionnement	Étude descriptive de la mise en place et du fonctionnement d'une équipe de Médecine de rue auprès de plus de 200 (n=206) participants, à Los Angeles, de décembre 2018 à décembre 2019.
Huncar, A. (2024) [3] Canada (Alberta)	Programme de soins de convalescence / Modèle de congé sécuritaire	Reportage écrit sur l'expansion du projet « The Bridge Healing Transitional Accommodation Program » à Edmonton, par CBC.
NICE (2022) [4] Royaume-Uni	Soins de santé et de services sociaux intégrés / Soins intermédiaires et de transitions	Recommandations pour assurer la prestation des soins intermédiaires et le succès des processus de transition pour les personnes en situation d'itinérance.
National Institute for Medical Respite Care (NIMRC) (2023a) [5] États-Unis	<i>Medical Respite Care Program</i> / Cadre d'opérationnalisation et modèles de programmes	Description par le <i>National Institute for Medical Respite Care</i> des quatre modèles de soins de convalescence de la philosophie du programme, de sa composition, des éléments-clés et des normes.
NIMRC (2023b) [6] États-Unis	<i>Medical Respite Care Program</i> / Exemples	Description de 12 exemples concrets de programmes de soins médicaux de convalescence selon les quatre modèles.
NIMRC (2023c) [7] États-Unis	<i>Medical Respite Care Program</i> / Modèles	Description détaillée des quatre modèles de soins de convalescence.

Auteurs / Pays	Types de pratique / Sujet	Description sommaire
NIMRC (2023d) [8] États-Unis	<i>Medical Respite Care Program</i> / Guide de développement	Description des étapes et des éléments-clés au développement et à l'implantation d'un programme de soins médicaux de convalescence.
Polis, M., S. Stewart (2023) [9] Canada (Alberta)	Programme de soins de convalescence / Modèle de congé sécuritaire	Article décrivant le projet-pilote « The Bridge Healing Transitional Accommodation Program » à Edmonton. Origines et organisation du programme dans un refuge.
Rasul et al. (2023) [10] Floride (États-Unis)	Médecine de rue / Description et fonctionnement	Étude de cas d'un patient bénéficiant des services offerts par une équipe de médecine de rue, dans le sud-est de la Floride, aux États-Unis. Description du programme à même le traitement de ce patient par l'équipe.
Thème 2 : IMPLANTATION, DÉVELOPPEMENT ET OPÉRATIONNALISATION		
Anderson et al. (2023) [11] États-Unis (Buffalo)	<i>Medical Respite Care Program</i> / Collaboration intersectorielle	Étude qualitative : entrevues auprès de divers professionnels de 10-15 agences afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs à la mise en place de l'unité de récupération.
Canham et al. (2022) [12] Canada (Vancouver)	Programmes de transition-hôpital vers refuge / Succès et défis	Étude issue d'une recherche participative communautaire auprès des fournisseurs (n=8) de services et des bénéficiaires du programme (n=10), à Vancouver. Identification des défis et des succès dans une optique de continuum de soins et d'expansion future du programme.
Grewal et al. (2022) [13] Canada (Calgary)	Développement et implantation d'un programme de soins de convalescence / Processus collaboratif multisectoriel	Étude descriptive portant sur les obstacles et les facilitateurs d'une collaboration multisectorielle. Entrevues auprès de personnes engagées (n=25) dans la planification et la mise en œuvre du programme à Calgary. Collecte de données menée de décembre 2020 à avril 2021. Cadre théorique : modèle de Bergen de fonctionnement collaboratif. Note : les mêmes entrevues (données) que Hoang (2024).

Auteurs / Pays	Types de pratique / Sujet	Description sommaire
Hoang et al. (2024) [14] Canada (Calgary)	Implantation d'un programme de soins de convalescence / Composition professionnelle et résultats	Étude qualitative sur les résultats d'implantation d'un programme de soins de convalescence à Calgary ainsi que sur les obstacles et facilitateurs à l'implantation. Cadre théorique : cadre de Proctor. Note : les mêmes entrevues (données) que Grewal (2022).
Thème 3 : IMPACTS ET RETOMBÉES		
Biederman et al. (2019) [15] États-Unis (Caroline du Nord)	<i>Medical Respite Care Program</i> / Évaluation d'impacts	Étude descriptive avant/après (n=29) d'un programme de soins de convalescence de deux ans, dans le comté de Durham.
Bring et al. (2020) [16] Danemark (Copenhague)	Mise en place d'un programme de soins de convalescence / Évaluation coûts-utilité	Essai contrôlé randomisé et analyse coûts-utilité dans une perspective sociétale d'un programme mis en place à Copenhague, d'avril 2014 jusqu'à mars 2016. (n=96, 53 intervention, 43 contrôle).
Cornes et al. (2021) [17] Royaume-Uni (Angleterre)	Transition post-hospitalisation vers refuge / Évaluation de la rentabilité de procédure de soins intégrés spécialisés	Étude coûts/efficacité de 52 schémas de transitions de soins pour personne en situation d'itinérance dans différents lieux en Angleterre, depuis 2013. Application du « <i>high impact change model</i> » pour évaluer les résultats des personnes (n=3882) ayant bénéficié de soins d'après ces schémas.
Tinelli et al. (2022) [18] Royaume-Uni (Angleterre)	Schémas de transition hospitalisation vers refuge / Évaluation de modèles de transition	Étude analytique coût/efficacité et coût/utilité de trois schémas de transition lors d'un congé d'hospitalisation, à partir de deux modèles économiques. (n=354).

3.1 DESCRIPTION DES PRATIQUES

La recension des 18 publications retenues a permis d'identifier trois types de pratiques offrant un congé sécuritaire pour les personnes en situation d'itinérance, soit le *Medical Respite Care Program* (MRCP) provenant des États-Unis, les autres programmes de soins de convalescence (souvent inspirés du MRCP) et finalement la Médecine de rue.

Nombre de publications par catégories de pratiques :

6	→	Medical Respite Care Program
10	→	Autres programmes de soins de convalescence
2	→	Médecine de rue

3.1.1 Caractéristiques de base

L'analyse des études et des documents permet de dégager quatre points communs aux trois types de pratiques identifiés :

a) les objectifs principaux poursuivis

Toutes les études (littérature scientifique) ont identifié l'objectif principal du programme comme étant d'empêcher un congé menant à la rue, afin d'assurer le continuum de soins à la personne en situation d'itinérance. Nombre d'entre elles (n= 8) ont ajouté que ces pratiques visent à éviter un congé prématuré (départ contre avis médical ou réadmission) ou, au contraire, tardif (ne nécessite plus d'hospitalisation). D'autres (n=4) parlent aussi de réduction des inégalités sociales par la mise en place de ces pratiques, comme objectif sociétal.

b) la population visée par les pratiques/interventions

Tous les programmes et pratiques ici analysés s'adressent aux adultes en situation d'itinérance bénéficiant d'un congé d'hôpital pour des problèmes de santé physique. Il est spécifié que ces programmes s'adressent à des personnes trop malades pour retourner dans la rue ou dans un refuge sans soins médicaux mais suffisamment bien pour quitter l'hôpital.

c) l'identification précoce des personnes en situation d'itinérance

Toutes les études traitent de l'importance d'agir en amont, avant le congé de l'hôpital, pour commencer l'organisation du congé et de la transition vers un programme offrant des soins de convalescence, en établissant une relation de confiance. Un enjeu se pose d'emblée, selon les auteurs : l'identification de la personne en situation d'itinérance (code Z59.0 de la CIM-10-CA), le plus tôt possible, lorsque parfois ces personnes refusent de parler de leur situation pour éviter la stigmatisation.

d) la philosophie qui anime l'implantation et la coordination des pratiques/programmes

La philosophie intersectorielle, pluridisciplinaire et collaborative qui est adoptée lors de la composition des équipes et dans la manière de façonner les pratiques auprès de cette clientèle est soulignée et

valorisée dans les études retenues. Cette caractéristique est traitée à la section 3.2.2 sur l'approche pluridisciplinaire et collaborative.

3.1.2 Le *Medical Respite Care Program* (MRCP)

Les *premiers* programmes de *Medical Respite Care* ont vu le jour aux États-Unis au courant des années 1980. Selon le site du [National Institute for Medical Respite Care](https://www.nimrcare.org/), on compte aujourd'hui quelque 145 programmes répartis sur 40 États et territoires des États-Unis. Toujours selon ce site, 43 % de ces programmes opèrent dans un refuge, 29 % dans leurs propres locaux, 10 % dans des maisons de transition, 6 % dans des appartements, 4 % dans des résidences avec services et 3 % dans des chambres de motels/hôtels (5 % opèrent dans des lieux non mentionnés).

Leur financement provient de sources multiples, dont les hôpitaux, les fondations et dons privés, *Medicaid*, gouvernements locaux ou de l'État. Les trois quarts (76 %) sont coordonnés par une organisation sans but lucratif. Ils ont une capacité moyenne de 16 lits, certains offrent jusqu'à 210 lits.

Un programme de MRCP peut se présenter sous quatre modèles différents :

- 1) soins coordonnés
- 2) soins cliniques coordonnés
- 3) soins cliniques intégrés
- 4) soins cliniques complets



Seuls les troisième et quatrième modèles correspondent aux types de soins requis lors d'une trajectoire post-hospitalisation pour des problèmes de santé physique. Ils sont tous deux présentés au Tableau 2. Le quatrième modèle (soins cliniques complets) se distingue du troisième (soins cliniques intégrés) par une offre de services provenant d'une plus grande diversité de professionnels de la santé (ex. : psychiatre, ergothérapeute, physiothérapeute, pharmacien, etc.) et par la présence continue (24/7) de personnel médical. Par ailleurs, l'influence des MRCP sur l'émergence de différentes pratiques semblables ailleurs dans le monde est maintes fois relevée dans les études.

3.1.3 Les autres programmes de soins de convalescence (hors États-Unis)

Pour les besoins de cette réponse rapide, les programmes inspirés des MRCP mais développés au Canada et en Europe ont été regroupés sous le terme de « Autres programmes de soins de convalescence ». Ils opèrent dans des pays et provinces chapeautés par des systèmes de santé publics. C'est là leur principale différence par rapport au MRCP : la présence et la collaboration des systèmes publics de santé et de services sociaux. Ces programmes portent souvent des noms de lieux ou d'organisations et se définissent parfois comme *medical respite care program*. Comme ils ne sont pas regroupés en une association ou un institut national, comme aux États-Unis, il est difficile d'établir leur nombre au Canada ou ailleurs dans le monde.

Ces programmes s'adaptent à leurs contextes particuliers, notamment en matière d'infrastructure. Par exemple, deux des programmes de soins de convalescence canadiens (Calgary et Vancouver) fonctionnent de manière assez semblable, tous deux occupant un espace dédié dans un refuge existant et bénéficiant de l'apport et du soutien du système de santé provincial[12, 13]. Le *Bridge Healing* d'Edmonton, pour sa part, a ses propres édifices². Il bénéficie de subventions de la ville (subvention et terrain) et d'un partenariat entre le système de santé provincial de l'Alberta et un centre de bien-être de Jasper[3].

Les services offerts par les programmes de soins de convalescence ressemblent beaucoup à ceux des MRCP étatsuniens : coordination du congé en amont, services médicaux, aide avec la médication, transport, nourriture et hébergement. Cependant, les programmes de soins de convalescence recensés offrent davantage de services de liaison vers les organisations communautaires et gouvernementales pour le logement, l'aide au revenu, l'emploi et autres, étant donné l'ampleur de ces services « publics » dans certains pays.

3.1.4 Médecine de rue

L'origine des premières interventions de type *Street Medicine* remonte au début des années 1990, aux États-Unis. L'approche privilégiée vise à favoriser l'engagement de la personne en situation d'itinérance dans la gestion de sa santé, en proposant aux professionnels de santé d'aller la rejoindre là où elle est, là où elle vit. Les professionnels transportent l'équipement et les médicaments dans un sac à dos ou une mallette. L'équipe est composée d'un médecin, d'un assistant médical, d'une infirmière et d'un travailleur communautaire.

La médecine de rue ne peut pas offrir les mêmes services que les MRCP et autres programmes de soins de convalescence. Dans le cas d'un congé après hospitalisation, des contacts sont établis avant la sortie



d'hôpital pour établir un lien de confiance et assurer le suivi auprès du patient en situation d'itinérance. L'équipe de Médecine de rue met la personne en lien avec des organisations communautaires avant même sa sortie de l'hôpital et élabore un plan de sortie qui comprend une visite de suivi dans la rue dans la semaine suivant le congé[2]. Selon un autre auteur[10], en allant là où se trouvent les personnes en situation d'itinérance, la Médecine de rue réussit à demeurer en contact avec les patients, ce que l'hôpital n'arrive pas à faire.

L'étude de Feldman[2] porte sur un programme de Médecine de rue mis sur pied par un partenariat entre une École de médecine et un grand hôpital

² Le projet est en pleine expansion, tel que le rapportait CBC en novembre 2024 : il a accueilli plus de 300 patients depuis l'ouverture en mars 2023, deux autres programmes ont ouvert à l'automne 2023 puis deux nouveaux édifices sont attendus pour la fin 2025, toujours à Edmonton.

de Los Angeles, aux États-Unis. Après la sortie d'hôpital, l'équipe assure un suivi avec le patient dans la rue, conformément au plan établi avec l'hôpital, lorsque c'est possible. Les interventions visent à assurer la continuité des soins primaires pour les personnes en situation d'itinérance tout en donnant la médication prescrite. Dans une étude de cas[10], un auteur mentionne que des membres de l'équipe multidisciplinaire donnaient des rendez-vous hebdomadaires dans la rue pour améliorer la santé tout en intervenant aussi sur les déterminants sociaux de la santé. Ils ont assuré un suivi médical et social durant des mois après que le patient ait reçu son congé de l'hôpital.

Le Tableau 2 (page suivante) détaille les modalités du fonctionnement et les services offerts par les trois types de pratiques. Sans prétendre à l'exhaustivité, il montre un bon éventail des particularités de chacune des pratiques et des composantes nécessaires à leurs activités. Des éléments apparaissent essentiels et sont souvent communs aux trois pratiques :

- opérations dans des lieux variés (bâtiment dédié, refuge, chambres), selon la disponibilité et le nombre de lits nécessaires;
- coordination d'un plan de sortie et de suivi avec l'hôpital dès l'hospitalisation, avant le moment du congé;
- présence d'un gestionnaire de cas au sein du programme, le MRCP ou le refuge;
- engagement des hôpitaux, des systèmes de santé, des autorités locales de santé comme partenaires;
- composition des équipes professionnelles :
 - infirmière et/ou médecin;
 - travailleur social ou organisateur communautaire;
 - autres (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.), selon les pratiques.
- informations sur les ressources communautaires et le type de soutien offert (logement, revenu, nourriture, emploi, etc.);
- disponibilité d'un lit et de trois repas par jour.

Tableau 2 - Modalités de fonctionnement et offre de service des trois types de pratiques

Pratiques	Aménagement / environnement physiques	Plan de congé / coordination avec l'hôpital	Partenaires	Composition de l'équipe	Services médicaux offerts	Services de base pour les bénéficiaires
Medical Respite Care Program Modèle 3 (soins cliniques intégrés) et Modèle 4 (soins cliniques complets) Bierderman(2019)[15] NIMRC, <i>Framework</i> (2023a)[5]* NIMRC, <i>Examples</i> (2023b)[6] NIMRC, <i>Models</i> (2023c)[7]* NIMRC, <i>Guide</i> (2023d)[8]	- bâtiment dédié au programme - local ou espace dédié dans un refuge, dans une clinique, dans une organisation communautaire, etc. - collaboration entre un programme dans un refuge et un centre de santé local - appartements, chambres de motel ou d'hôtel - maisons de convalescence et/ou de transition	- plan de sortie coordonné depuis l'hôpital par une équipe dédiée - identification de la personne en situation d'itinérance dès son arrivée à l'hôpital et début de la démarche de post-hospitalisation	- système de santé - équipe de congé de l'hôpital - professionnels de la santé (hôpital, cliniques, autres) - organisations communautaires - gouvernements locaux	- gestionnaire de cas - direction médicale ou fournisseur d'ordonnances: médecin, assistant médical, infirmière praticienne - infirmière auxiliaire ou infirmière autorisée - travailleur social - travailleur en santé communautaire - prestataires de santé comportementale - soutien par les pairs - psychiatre (modèle 4 exclusivement) - ergothérapeute et physiothérapeute (modèle 4 exclusivement) - spécialiste de consommation de drogues/alcool (modèle 4 exclusivement) - spécialiste de programmes d'aide sociale pertinents (modèle 4 exclusivement)	- gestion de cas - coordination des soins et prestation de services cliniques (ex.: infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) - services cliniques pour la gestion de conditions aiguës et chroniques - personnel médical sur place et sur appel (24/7) (modèle 4 exclusivement)	- accès à un lit (24/7) - trois repas par jour - transport et accompagnement pour rendez-vous - accès à un téléphone pour besoins médicaux - endroit sécuritaire pour entreposer objets personnels - gestionnaire de cas pour besoins sociaux - intervention pour besoins liés à la consommation de drogues/alcool

Autres programmes de soins de convalescence Anderson (2023)[11] Bring (2020)[16] Canham (2022)[12]* Cornes (2019)[1] Cornes (2021)[17]* Grewal (2022)[13]* Hoang (2024)[14] Huncar (2024)[3] Polis (2023)[9]* Tinelli (2022)[18]	- salle pour soins et lits dédiés dans un refuge existant	- référence par travailleur social de l'hôpital - parfois : approbation par gestionnaire de cas et personnel du programme/refuge - coordination lors de l'hospitalisation par spécialiste de congé d'hospitalisation pour personnes en situation d'itinérance	- autorité régionale en santé - refuges pour personnes en situation d'itinérance - service provincial de logement	- gestionnaire de cas / spécialiste de soins intégrés pour personnes en situation d'itinérance - médecin - infirmières provenant de cliniques de la communauté ou service ambulatoire (salle dédiée dans le refuge) - pharmacien (pour médication et éducation à la prise de médicaments) - bénévoles	- gestion de cas - soutien à la médication (gestion par le patient et un professionnel) - soins médicaux pour blessures, plaies, cathéter - aide aux activités quotidiennes (bain, habillage, etc.)	- accès à un lit (24/7) : chambre privée ou semi-privée avec possibilité de fermeture à clé par le patient - trois repas par jour - accès à vêtements et salle de lessive - mise en relation pour aide financière, au logement social et abordable et aux services de santé
Médecine de rue Feldman (2021)[2]* Rasul (2023)[10]*	- rue - parc - campement - sous un pont	- coordonné avec équipe (connue) de l'hôpital - ronde sur les lieux	- école de médecine - hôpital public (États-Unis)	- médecins/assistants - infirmières - étudiants - travailleurs communautaires	- suivi en une semaine après congé et à long terme - soins primaires et médication (ajustement au contexte de vie)	- conseils sur logement social et abordable - informations sur ressources communautaires

Note: les références marquées d'un astérisque (*) ont été utilisées pour compléter le tableau

Le guide pour les MRCP est le seul à identifier les avantages et les inconvénients des différents types de sites où offrir des soins de convalescence. Bien que ce document vise l'implantation d'un MRCP, ses informations pourraient être pertinentes pour les autres programmes de soins de convalescence.

Tableau 3 - Avantages et inconvénients selon le type de site[6, 8]

Types de sites	Avantages	Inconvénients
Local dédié / indépendant	• aménagement en fonction des besoins • personnels sur place • possibilité d'espaces cliniques privés • contrôle de la qualité de l'environnement • contrôle des critères d'admission, des politiques et des procédures	• coûts d'opération et de maintenance élevés • possibilités de besoins de rénovations ou mise aux normes • besoin de connaître et de se conformer aux règlements de zonage et autres réglementations locales
Refuge	• minimise coûts de construction, rénovation et entretien de l'immeuble • possibilité de partage avec autres services sur place (gestion de cas, aide médicale) • possibilité de structure existante pour les repas et la lessive • facilite une transition future vers le refuge • expertise en logement sur place • habitude avec les besoins personnels de cette clientèle	• de programme de convalescence doit respecter les règles et les services privilégiés du refuge • peut ne pas être en mesure de permettre l'offre de tous les services du programme de convalescence • moins d'autonomie envers les décisions (immeuble, programmation, etc.) • politiques, procédures et critères d'admission déjà faits
Appartements ou chambres d'hôtel	• structure déjà existante dans la communauté • assure espace privé ou partagé à deux personnes • coût du programme spécifique au nombre de personnes référées • sécuritaire pour maladies contagieuses et besoins d'isolement	• difficultés d'accès en raison de la stigmatisation des personnes en situation d'itinérance • aucun contrôle sur l'aménagement et la qualité des installations • difficultés de suivi en raison des chambres dispersées • besoin de créer services pour repas et transport
Maison de soins / hébergement	• peut accommoder plusieurs services cliniques et médicaux • grande accessibilité pour personnes avec mobilité réduite • minimise coûts relatifs à l'immeuble et au personnel clinique • hébergement semi-privé ou privé avec repas, lessive, etc.	• nombre limité de lits pour les programmes de soins de convalescence pour personnes en situation d'itinérance • possibilité d'imposition de limites de clients, selon les cas • le personnel déjà en place peut avoir des difficultés à gérer cette clientèle • possibilités de restrictions de sortie de l'immeuble, pouvant nuire au recours aux ressources communautaires
Maison de transition	• coûts limités pour l'immeuble/local • facilite transfert vers le logement • possibilité de partage avec autres services sur place (gestion de cas, aide médicale)	• aucun contrôle sur l'accès à l'immeuble, la propreté et la qualité des lieux • les clients peuvent avoir à se conformer aux règles en vigueur (ne pas consommer sur place) • requiert coordination et visite de l'équipe médicale sur place

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), l'organisation responsable d'établir les standards cliniques du système de santé britannique, dédie un guide pour les soins de santé et sociaux aux personnes en situation d'itinérance. Ce guide[4] contient des recommandations pour deux situations touchant ces personnes lors de leur sortie de l'hôpital, soit la prestation de soins intermédiaires et les modalités de la phase transitoire entre l'hôpital et le lieu accueillant la personne en situation d'itinérance. Le Tableau 4 montre comment les trois types de pratiques identifiées dans cette réponse rapide répondent ou non aux recommandations de NICE, selon diverses thématiques.

Tableau 4 – Conformité à l'égard des recommandations du NICE (guide 214)[4]

Recommandations du NICE	<i>Medical Respite Care</i>	Autres programmes de soins de convalescence	Médecine de rue
Prestation de soins intermédiaires			
Soutien intensif d'une équipe multidisciplinaire	✓	✓	✓
Soins intermédiaires après sortie de l'hôpital	✓	✓	✓
Transition : équipe et leaders			
Présence d'un praticien principal coordonnant les soins	✓	✓	
Établir une relation de confiance	✓	✓	✓
Créer des liens avec les services communautaires	✓	✓	✓
Réduire progressivement l'intensité du soutien, selon les besoins	✓	✓	✓
Transition : praticiens			
Offre de soutien structuré et préventif (avant, pendant et après la période de transition)	✓	✓	✓
Reconnaissance que ces transitions sont des occasions d'intervention	✓	✓	✓
Transition : cliniciens			
Minimiser les départs contre avis médical	✓	✓	
Prévenir les sorties vers la rue, sans solution	✓	✓	

Tant le MRCP que les autres programmes de soins de convalescence répondent aux exigences du NICE. La Médecine de rue, quant à elle, ne remplit pas toutes les cases car elle ne peut intervenir autant en amont, à savoir à l'hôpital, que les deux autres. Dans l'une des deux publications examinées sur la Médecine de rue[2], il y avait la présence d'une équipe multidisciplinaire, mais elle était moins importante en nombre et en diversité que pour les MRCP et les autres programmes de soins de convalescence.

3.2 IMPLANTATION, DÉVELOPPEMENT ET OPÉRATIONNALISATION

Les 16 publications retenues qui traitent des MRCP (n=6) et des autres programmes de convalescence (n=10) montrent que les programmes se développent en s'adaptant au contexte sociopolitique de l'endroit où ils prennent vie et avec les moyens organisationnels et financiers disponibles, au moment de l'implantation et du développement. Malgré l'existence de guides, d'outils de développement et d'un institut national, les MRCP sont aussi soumis à ces aléas : la majorité (76 %)³ dépendent en grande partie de financement privé et sont opérés par une organisation sans but lucratif.

3.2.1 Partenaires et équipe

La majorité des publications avancent que le succès de l'implantation repose sur la composition de l'équipe, la qualité des relations entre les différents partenaires et leur niveau de collaboration.

Le guide de développement MRCP[8] du *National Institute of Medical Respite Care* (NIMRC) émet quelques recommandations pour faciliter la planification d'un programme de soins de convalescence en regard de cette composition diverse.

Composition du groupe de planification

- directeur exécutif, membres du conseil d'administration;
- prestataires de soins de première ligne et praticiens;
- clients ou personnes ayant vécu en situation d'itinérance;
- représentants d'hôpitaux ou autres cliniques qui pourraient référer des patients au programme;
- membres de la communauté : employés des refuges, des soupes populaires, des services d'aide au logement;
- experts en comportement et consommation.

Rôles

- planification et implantation du programme de convalescence;
- partage des connaissances et des expertises;
- développement de partenariats stratégiques et de marketing;
- financement.

Engagement des membres du groupe

- être collaboratif;
- refléter la diversité des opinions et des expériences;
- respecter l'expertise, les valeurs, les perspectives, les contributions et la confidentialité des membres, employés et partenaires;
- reconnaître les histoires personnelles et institutionnelles et les dynamiques de pouvoir.

3.2.2 Approche pluridisciplinaire et collaborative

Parmi les 18 publications retenues, sept traitent notamment des diverses étapes de développement ou d'opérationnalisation de programmes. Elles reconnaissent toutes l'importance des partenariats pour leur fonctionnement. C'est le cas de la Médecine de rue[2, 10] qui relève à Los Angeles, notamment, d'un partenariat solide entre l'hôpital et l'École de médecine. Il en est de même pour les MRCP[11, 15] et les programmes de convalescence à Vancouver[12] et Calgary[13, 14] qui s'appuient sur les

³ National Institute for Medical Respite Care, <https://nhchc.org/medical-respite/nimrc/>

systèmes provinciaux de santé, des organisations communautaires et des refuges pour personnes en situation d'itinérance. Ces collaborations sont autant sectorielles, professionnelles que financières.

La pluridisciplinarité et la collaboration animent donc les trois types de pratiques post-hospitalisation recensés. La complexité du problème requiert une réponse adéquate, portée par un ensemble d'intervenants issus de divers milieux professionnels et communautaires. À ce titre, l'étude d'Anderson[11] illustre bien comment la collaboration intersectorielle permet de combler certaines zones délaissées à l'intersection des secteurs de la santé et des services sociaux.

Figure 1 - Pluridisciplinarité et collaboration



La Figure 1, inspirée de l'étude d'Anderson[11], montre l'importance de la diversité des intervenants et des organisations pour assurer la mise en place et le fonctionnement des programmes de convalescence ainsi que la prestation de soins au sein des trois types de pratiques recensés.

L'importance de ces partenariats et de la diversité rejoint également la dimension financière dans les publications. De manière générale, les MRCP des États-Unis misent sur le financement privé, le recours au programme de *Medicaid* (pour les assurés), les dons, les locations et espaces à moindres coûts et le fait qu'ils sont souvent opérés par des organismes sans but lucratif. Au Canada et en Europe, la présence de systèmes étatiques de santé et de services sociaux permet aux programmes de reposer en partie sur les services déjà offerts par leurs réseaux.

Le cas du *Bridge Healing* à Edmonton[9], qui veut devenir un modèle pour de futurs programmes⁴, en est un exemple. Il tire ses origines de travaux d'étudiants gradués de l'Université de l'Alberta et est le fruit d'un partenariat entre un hôpital, des organisations communautaires et/ou refuges et la ville d'Edmonton qui offre subvention et terrain pour les édifices.

⁴ L'urgentologue et professeur à l'École de santé publique, Louis Hugo Francescutti, est très engagé envers le *Bridge Healing*. Dr Francescutti travaille avec l'Association médicale canadienne pour créer un modèle d'implantation « canadien » pour ces programmes de soins de convalescence pour personnes en situation d'itinérance. Le *Bridge Healing* a reçu le prix de l'innovation sociale 2024 de l'Alberta Science and Technology.

3.2.3 Obstacles / facilitateurs

Quatre publications[11-14] ont pour objectif d'étudier les mécanismes d'implantation et de coordination de pratiques de soins de convalescence. Les auteurs ont identifié les éléments qui peuvent s'opposer à une mise en œuvre réussie et ceux qui la facilitent et assurent la pérennité du programme de soins de convalescence. Ils sont rassemblés au Tableau 5.

Tableau 5 – Obstacles et facilitateurs à l'implantation, au développement et l'opérationnalisation

OBSTACLES ET DIFFICULTÉS	Anderson	Canham	Grewall	Hoang
Culture et structure organisationnelles				
Manque de clarté dans la communication à cause des habitudes de chaque partenaire	✓		✓	✓
Difficultés à rallier les partenaires à une vision commune			✓	✓
Difficultés dans l'opérationnalisation en raison d'absence de vision commune et collaborative			✓	✓
Manque de clarté dans la définition des rôles et/ou des contributions individuelles	✓		✓	
Différentes pratiques, politiques et procédures selon les organisations	✓			
Leadership contesté et prise de décision (haut vers le bas)	✓		✓	
Contribution financière selon le pouvoir de décision crée des inégalités envers les partenaires			✓	
Manque d'intégration aux ressources communautaires				✓
Roulement du personnel et/ou absence de certaines professions	✓		✓	
Contexte physique, environnement et services				
Autres « locataires » (alcool et drogue) dans un refuge		✓		
Services inexistant pour certains besoins de soins		✓		
Inégalités entre clientèles régulières et des hôpitaux		✓		
Mauvaise adéquation entre l'offre de services et les besoins de la clientèle				✓
FACILITEURS ET ÉLÉMENTS DE RÉUSSITE	Anderson	Canham	Grewall	Hoang
Culture et structure organisationnelles				
Composition claire et diversifiée de l'équipe (multisectorielle, complémentaire et collaborative) et ouverte au changement	✓	✓	✓	✓
Leadership et prise de décision (soutien au programme)			✓	
Partenariats clinico-académiques et réseautage	✓			
Objectif commun de réduire les inégalités et vision partagée	✓		✓	✓
Leadership formel et informel (aller plus loin que la définition du rôle) et relations basées sur la confiance	✓			✓
Liens stratégiques avec les hôpitaux : échange d'informations pour congé/transition	✓			
Contexte physique, environnement et services				
Lieu dédié à la transition / convalescence		✓		
Chambre privée, parfois avec entrée sécurisée (autonomie et intimité)		✓		
Relations positives (confiance, aide, transparence) entre les bénéficiaires et les prestataires de services		✓		
Flexibilité envers les bénéficiaires et défense des droits des patients				✓

3.2.4 Stratégies de mise en œuvre

Deux [11, 13] des quatre publications traitant des obstacles et des facilitateurs approfondissent les stratégies qui favorisent l'approche collaborative, améliorent la coordination des soins et renforcent la pérennité des programmes.

Recommandations pour le succès de la collaboration intersectorielle [13] :

1. définir vision et objectifs explicitement et mutuellement pour que les décisions opérationnelles ultérieures soient comprises de toutes les parties prenantes;
2. partager la prise de décision entre les différents partenaires, en accordant une attention particulière aux déséquilibres potentiels de pouvoir entre les décideurs;
3. créer une culture organisationnelle où le champ d'action et le rôle des individus sont clairement définis;
4. cultiver et favoriser un environnement positif basé sur le travail d'équipe pour encourager l'apprentissage et la rétroaction.

Grewal et ses collègues[13] rappellent que les interventions dans les domaines de la santé et de l'itinérance ont traditionnellement adopté une approche ascendante (*bottom-up*), souvent communautaire, et qu'à l'inverse, les approches descendantes (*top-down*) bénéficient d'une structure de leadership claire, de l'engagement des administrateurs et de la capacité à s'appuyer sur des processus et des structures existants pour assurer le développement et la pérennité des programmes. En privilégiant une approche ascendante, la complexité de travailler avec un grand groupe de parties prenantes issues d'organisations et de disciplines variées prend de l'ampleur et avec elle, les tensions montent entre les membres du groupe. Selon les auteurs, « les facteurs communs de réussite incluent la définition d'un ensemble d'objectifs partagés, la création de structures permettant la coordination et la planification, l'implication intentionnelle des parties prenantes pour garantir la diversité des voix, la communication et la confiance »[13].

Anderson et ses collègues [11] proposent eux aussi des stratégies de mise en œuvre en trois grands groupes d'action.

1. Développer de bonnes relations avec les parties prenantes

- a. **clarté des rôles** (modèle de liens intersectoriels) qui aide à créer une **coalition** pour aligner les nouveaux partenaires. Par exemple : discussion d'équipe portant sur les « territoires » d'action de chaque fournisseur, le respect des attentes, la communication efficace en situation d'urgence, la résolution des divergences lors des congés d'hospitalisation;
- b. **partenariats académiques** (intermédiaires et agents de liaison) pour assurer liaisons au sein des réseaux collaboratifs. Par exemple, un étudiant au doctorat pour recherche dans l'équipe vient en aide à la création de structure et politiques de gestion de cas;
- c. **réseautage** : renforcer les réseaux de collaboration. Par exemple, élaboration de documents éducatifs pour les partenaires hospitaliers, formations pour l'amélioration et le financement des soins de convalescence.

2. Utiliser des stratégies évaluatives et itératives

- a. Création de **deux rencontres** qui favorisent une communication fréquente et de qualité :

- rencontre hebdomadaire portant sur les cas (fournisseurs de soins de première ligne): admissions, demandes d'orientation, évolution des patients, suivis et stratégies de réduction des réhospitalisations;
 - rencontre mensuelle du groupe consultatif (composé des administrateurs) : suivi de la qualité, organisation de processus de prise de décision, ajustements stratégiques après consultation.
- b. Élaboration d'un **plan de mise en œuvre formel** comprenant la rencontre hebdomadaire, le groupe consultatif, les processus d'évaluation continue et les mécanismes de rétroaction.

3. Changer l'infrastructure (redéfinition pour plus grande fluidité)

- processus d'orientation des patients selon des critères d'éligibilité;
- procédures d'escalade en cas d'urgence (intervention rapide et coordonnée) pour éviter réhospitalisation ou visites inutiles à l'urgence;
- suivi des patients pour la première année du programme : collecte de données démographiques, mesures descriptives pour établir des profils sociosanitaires, indicateurs pour le programme, taux de réadmission après la sortie du programme.

Enfin, deux guides sont retenus dans cette réponse rapide : celui portant sur le développement des MRCP[8] et un autre réalisé au Royaume-Uni[1] pour élaborer des stratégies de sortie d'hôpital (coordination du congé) pour les personnes en situation d'itinérance. Les auteurs présentent quatre éléments clés:

1. **Renforcer les protocoles existants** : les autorités en matière de logement et celles des services sociaux collaborent selon des délais semblables afin de faciliter la coordination en amont des congés d'hôpital;
2. **Intégrer des équipes spécialisées** : les équipes de soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance de l'hôpital sont intégrées aux services de coordination de sortie;
3. **Proposer des parcours alternatifs axés sur le logement** : développer des solutions de transition : MRCP, maisons de transition, de soins, etc.;
4. **Évaluer les besoins des patients** : utiliser l'expertise clinique spécialisée des équipes de soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance dans les soins intermédiaires sur le logement.

3.3 IMPACTS ET RETOMBÉES

Parmi les 18 publications retenues, six études évaluent et chiffrent les impacts et retombées des programmes de convalescence. Une seule[15] porte sur un MRCP, trois[16-18] traitent des autres programmes de convalescence et deux[2, 10] offrent des résultats d'interventions par la Médecine de rue.

3.3.1 Évaluation économique

Une première étude[16] analyse la rentabilité d'une intervention, soit un séjour de deux semaines après hospitalisation dans un programme de soins de convalescence pour personnes en situation d'itinérance à Copenhague, au Danemark. D'après les résultats des analyses, les coûts liés à la santé sont moins élevés dans le groupe intervention comparativement à ceux du groupe contrôle, et ce, trois mois, six mois et 12 mois après leur séjour. Toutefois, les différences observées sont statistiquement

significatives uniquement à six mois ($p=0.04$), créant ainsi une incertitude quant à la réelle rentabilité de l'intervention.

Une deuxième étude[18] évalue l'impact économique et les coûts de trois modèles de services au Royaume-Uni. Pour y arriver, les auteurs réalisent des analyses qui comparent les trois configurations de coordination de soins et de planification de sortie avec les soins standards pour 1) le système britannique de soins de santé⁵ et 2) pour le public dans une perspective plus large⁶. Les trois modèles comparés au modèle standard et les résultats à l'égard de leur rentabilité (coût/efficacité) sont présentés au Tableau 6.

Tableau 6 – Analyse économique des trois modèles

Modèle #1	Modèle #2	Modèle #3
- dirigé par des professionnels cliniques (infirmières et/ou médecins); - interventions en milieu hospitalier; - coordination de la sortie des patients; - sans service intermédiaire spécialisé.	- combine intervention clinique et accompagnement au logement; - coordination de la sortie des patients; - accès à des services intermédiaires spécialisés (lit de transition).	- dirigé par le « logement »; - hébergement à la sortie de l'hôpital; - équipe de soutien au logement; - intervenant en milieu hospitalier; - coordination de la sortie des patients; - accès à des services spécialisés de transition communautaire.
non rentable pour le système de santé	rentable pour le système de santé	rentable pour le système de santé
s.o. pour perspective publique	rentable pour perspective publique	rentable et efficace en termes de coûts pour perspective publique

Les résultats amènent les auteurs à conclure que les programmes spécialisés avec soins intermédiaires (modèles 2 et 3) pour les sorties d'hôpital des personnes en situation d'itinérance ont le potentiel d'être plus efficaces en termes de coûts et plus rentable que les soins standards.

De manière similaire, une autre étude[17] montre que des dispositifs spécialisés combinant une coordination à la sortie et un accès à des soins intermédiaires sont plus rentables et efficaces que les modèles qui ne proposent qu'un seul de ces dispositifs. Les auteurs avancent que ce modèle (*Hospital to Intermediate Care Model*), qu'ils qualifient de « système adaptatif complexe » plutôt qu'intervention isolée, a permis une diminution de 18 % des visites aux urgences pour la clientèle, après la sortie de l'hôpital ainsi qu'une diminution des retards liés au logement dans le processus de congé de l'hôpital.

Ce modèle propose neuf changements systémiques qui rejoignent, en grande partie, les conclusions et recommandations d'autres études vues précédemment :

- planification précoce des sorties;
- surveillance et réponse au flux du système;
- équipes pluridisciplinaires/multiagences de coordination des sorties, incluant le milieu communautaire;
- diminution du prolongement inutile de l'hospitalisation;

⁵ Les coûts de services pour le système de soins de santé sont les suivants : salaires, coûts, capital, frais généraux et coûts d'hébergement, publicité et autres coûts indirects.

⁶ L'impact économique évalué dans une perspective publique comprend, par exemple, la justice pénale, le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, les hospitalisations et soins de santé primaires, les soins de santé mentale, les soins sociaux, les prestations de sécurité sociale, etc.

- horaires de travail flexibles;
- évaluation des besoins du patient;
- approche centrée sur le patient;
- amélioration des sorties vers les maisons de soins et les refuges;
- développement des services de logement et autres services associés.

3.3.2 Santé, bien-être et satisfaction

Une étude[15] évalue les répercussions d'un projet pilote de MRCP d'une durée de deux ans, en Caroline du Nord, sur l'utilisation des soins de santé et sur une amélioration des liens avec des ressources communautaires pour les personnes en situation d'itinérance. Les auteurs ont trouvé que l'utilisation des soins de santé a changé après l'implantation du MRCP sur les éléments suivants :

Éléments	Impacts
nombre d'admissions à l'hôpital	↓ 36,7 %
nombre de jours d'hospitalisation	↓ 70,2 %
nombre de visites ambulatoires ⁷	↑ 300,0 %
nombre de visites à l'urgence ⁸	inchangé

Les mêmes auteurs estiment également qu'il y a eu des impacts positifs en ce qui a trait au recours aux services sociaux et communautaires chez les participants :

- 45 % ont été approuvés pour Medicaid;
- 48 % ont trouvé une source de revenus;
- 34,5 % ont amélioré leur situation de logement;
- 31 % ont été mis en lien, pour la première fois, avec un fournisseur de soins de première ligne;
- 31 % ont été mis en lien, pour la première fois, avec des services de santé comportementale.

Les deux publications[2, 10] portant sur la Médecine de rue arrivent à des conclusions semblables à l'égard des impacts sociaux, communautaires et personnels pour les personnes inscrites à leur programme⁹:

- prise en charge plus rapide : 70 % ont bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge dans la semaine suivant la sortie, en comparaison, 27 % des autres patients en situation d'itinérance ont eu un suivi six mois après leur sortie de l'hôpital;
- amélioration de la santé globale par des interventions sur les déterminants sociaux de la santé;
- diminution des risques de réhospitalisation grâce aux références vers des groupes de soutien (logement, bas revenu, alcool, toxicomanie);
- éducation et amélioration de la littératie en santé : développement de l'autonomie de la personne à l'égard de sa santé.

⁷ Les auteurs l'expliquent par une plus grande fréquentation des cliniques et des services communautaires.

⁸ Les auteurs l'expliquent par la prévalence de maladie mentale et maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.) mal contrôlées chez les personnes en situation d'itinérance.

⁹ Dans l'une des deux publications, les auteurs[2] affirment que la mise en contact avec des organisations communautaires dédiées au logement est un objectif secondaire du programme de Médecine de rue.

Dans une autre étude[12], les auteurs ont recueilli les témoignages de satisfaction des patients d'un programme de soins de convalescence à Vancouver. À la question demandant d'identifier ce qui assure le succès du programme, ils ont identifié les éléments suivants :

- possibilité de garder le lit pour guérir;
- un séjour qui a été une prise de conscience;
- respect des fournisseurs qui nous laissent faire nos choix;
- possibilité d'avoir son espace personnel;
- pas de jugement de la part des fournisseurs de services;
- rencontre déterminante avec travailleur social.

4. CONCLUSION

La présente réponse rapide visait à décrire des modèles de pratiques pour favoriser un congé sécuritaire post-hospitalisation chez les personnes en situation d'itinérance. Au total, 18 publications ont permis de décrire trois modèles, à savoir : le modèle étatsunien de *Medical Respite Care Program* (MRCP), les autres programmes de convalescence et le modèle de Médecine de rue. Certaines publications traitent principalement des modalités d'implantation, de développement et d'opérationnalisation tandis que d'autres focalisent sur les impacts et les retombées de ces programmes. Bien que les trois modèles recensés se distinguent à plusieurs égards, tous reconnaissent la complexité de la problématique de l'itinérance et de l'hospitalisation, et tous soulignent l'importance d'une approche pluridisciplinaire et collaborative pour y faire face. Les résultats du présent rapport offrent plusieurs pistes de réflexion aux gestionnaires et cliniciens des centres hospitaliers qui souhaiteraient mettre à jour leurs pratiques de congé chez les patients en situation d'itinérance, hospitalisés pour des problèmes de santé physique. L'efficacité et l'efficience des pratiques recensées restent cependant à clarifier, tout comme leur acceptabilité et applicabilité au contexte québécois des soins et services de santé et de service sociaux. D'autres travaux s'avèrent donc nécessaires pour en venir à des recommandations de pratique.

5. FORCES ET LIMITES

Une réponse rapide permet de produire dans un court délai une description d'un sujet basée sur un examen sommaire de la littérature. Il s'agit d'une démarche rigoureuse, transparente et reproductible. Elle implique le travail d'une équipe spécialisée en synthèse des connaissances (conseillers scientifiques et bibliothécaire) et fait l'objet d'une révision scientifique à l'interne.

Une réponse rapide comprend toutefois certaines limites.

- Pour être réalisée dans un court délai, des compromis sur l'exhaustivité de la recherche doivent être faits (ex. consultation d'une seule base de données bibliographiques). Certains documents pertinents pourraient donc ne pas avoir été repérés.
- La qualité méthodologique des études n'est pas évaluée et certaines étapes de réalisation, seulement, sont faites en interjuges, ce qui pourrait produire certains biais dans le traitement de l'information.

Enfin, l'objectif de la réponse rapide était de recenser les pratiques visant à assurer un congé sécuritaire et non d'identifier les « meilleures ». Les résultats sur les impacts et retombées rapportés à

la section 3.3. doivent être interprétés avec précaution et ne doivent pas être perçus comme des recommandations de pratique de la part de l'UETMI.

6. RÉFÉRENCES

1. Cornes, M., et al., *Transforming out-of-hospital care for people who are homeless. Support Tool & Briefing Notes: Complementing the high impact change model for transfers between hospital and home*. 2019. <https://doi.org/10.18742/pub01-007>
2. Feldman, B.J., et al. *From the hospital to the streets: Bringing care to the unsheltered homeless in Los Angeles*. in *Healthcare*. 2021. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2021.100557>
3. Huncar, A., *Innovative Edmonton program providing housing for homeless ER patients set to expand*. November 27th, 2024, CBC Edmonton. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/bridge-healing-edmonton-transition-housing-1.7391470#:~:text=Bridge%20Healing%20has%20provided%20transitional,operating%20in%20the%20Glenwood%20neighbourhoodl>.
4. NICE, *Integrated Health and Social Care for People Experiencing Homelessness*. 2022: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579613/>
5. NIMRC, *A Framework for Medical Respite Care*. 2023a, National Institute for Medical Respite Care. p. 17. <https://nhchc.org/resource/a-framework-for-medical-respite-care/>
6. NIMRC, *Models of Medical Respite Care: Program Examples*. 2023b, National Institute for Medical Respite Care. p. 21. <https://nimrc.org/wp-content/uploads/2023/07/Models-of-Medical-Respite-Care-Program-Examples.pdf>
7. NIMRC, *Models of Medical Respite Care*. 2023c, National Institute for Medical Respite Care. p. 15. <https://nhchc.org/resource/models-of-medical-respite-care/>
8. NIMRC, *Medical Respite Care Program Development Guide*. 2023d, National Institute for Medical Respite Care. p. 54. https://nimrc.org/wp-content/uploads/2023/05/MRC-Program-Development-Guide_2023.pdf
9. Polis, M., S. Stewart, *A new way of discharging homeless patients from hospital. Providing a place to heal and try again*. Alberta Doctors Digest 2023(March-April 2023). <https://add.albertadoctors.org/issues/march-april-2023/new-way-discharging-homeless-patients-hospital/>
10. Rasul, T.F., et al., *Soft tissue infection and follow-up for an unsheltered patient: the role of Street Medicine providers in bridging gaps in care*. BMJ Case Reports CP, 2023. 16(2): p. e251082. <https://doi.org/10.1136/bcr-2022-251082>
11. Anderson, A.J., K. Noyes, and S. Hewner, *Expanding the evidence for cross-sector collaboration in implementation science: creating a collaborative, cross-sector, interagency, multidisciplinary team to serve patients experiencing homelessness and medical complexity at hospital discharge*. Frontiers in Health Services, 2023. 3: p. 1124054. doi: <https://10.3389/frhs.2023.1124054>
12. Canham, S., et al., *Hospital-to-Shelter/Housing interventions for persons experiencing homelessness*. International Journal on Homelessness, 2022. 2(1): p. 136-151. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2022.1.13455>
13. Grewal, E., et al., *Development and Implementation of a Medical Respite Program for People Experiencing Homelessness: An Analysis of a Cross-sectoral Partnership*. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2022. 33(5): p. 61-82. <https://dx.doi.org/10.1353/hpu.2022.0159>
14. Hoang, P., et al., *Evaluation of the implementation of a medical respite program for persons with lived experience of homelessness*. Journal of Social Distress and Homelessness, 2024. 33(2): p. 425-437. <https://doi.org/10.1080/10530789.2023.2229993>

15. Biederman, D.J., et al., *Health care utilization following a homeless medical respite pilot program*. Public Health Nursing, 2019. 36(3): p. 296-302. <https://doi.org/10.1111/phn.12589>
16. Bring, C., et al., *Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis*. BMC health services research, 2020. 20: p. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05358-4>
17. Cornes, M., et al., *Improving care transfers for homeless patients after hospital discharge: a realist evaluation*. Health Services and Delivery Research, 2021. 9(17). <https://doi.org/10.3310/hsdr09170>
18. Tinelli, M., et al., *The economic case for hospital discharge services for people experiencing homelessness in England: An in-depth analysis with different service configurations providing specialist care*. Health & Social Care in the Community, 2022. 30(6): p. e6194-e6205. <https://doi.org/10.1111/hsc.14057>

7. ANNEXES

ANNEXE 1 – STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

a) Stratégies dans la base de données (Medline)

#	Concepts	Stratégie de recherche	Résultats
1	Homeless	Ill-Housed Persons/ OR Housing Instability/ OR (beggar? OR "hard to house" OR hobo OR hobo?s OR homeless* OR houseless* OR illhoused OR illhousing OR "ill housed" OR "ill housing" OR indigent? OR indigency OR itinerant? or shelterless OR unsheltered OR roofless* OR squatter* OR (street? ADJ2 (liv* or life? or sleep* OR people OR person* OR individual* OR involved OR population* OR men OR women OR man OR woman)) OR tramp? OR unhoused OR unhouing OR "un housed" OR "un housing" OR underhoused OR underhousing OR vagabond? OR vagrant? OR wanderer? OR ((precarious OR substandard OR instab* OR insecur* OR insufficien* OR inadequate OR "no fix*" OR "without fix*" OR temporar* OR unstab* OR vulnerab*) ADJ2 (address OR abode? OR dwelling OR lodging? OR house? OR housing OR home? OR residen*)) OR ((on ADJ2 street) NOT (on ADJ1 street)) OR "without an address" OR "without an abode?" OR "without an lodging?" OR "without a house?" OR "without housing" OR "without a home?" OR "without a residen*" OR ((hard ADJ2 house) NOT (hard ADJ1 house)) OR ((lack ADJ2 housing) NOT (lack ADJ1 housing)) OR (living in ADJ2 street)).ti,kf,kw	16 252
2	Convalescence	Patient Discharge/ OR (discharge? OR patient? turnover? OR patient? turn over?).ti,kf,kw OR Convalescence/ OR "Recovery of Function"/ OR (convalescen* OR (recover* ADJ2 function)).ti,kf,kw OR Respite Care/ OR (medical respite? OR acute respite? OR posthospital* OR post hospital* OR postsurger* OR post surger* OR postoperati* OR post operati* OR postdischarge? OR post discharge?).ti,kf,kw OR Outpatients/ OR "Outpatient Clinics, Hospital"/ OR (outpatient* OR out patient*).ti,kf,kw	347 190
3	Filtre OCDE	afghanistan/ or africa/ or africa, northern/ or africa, central/ or africa, eastern/ or "africa south of the sahara"/ or africa, southern/ or africa, western/ or albania/ or algeria/ or andorra/ or angola/ or "antigua and barbuda"/ or argentina/ or armenia/ or azerbaijan/ or bahamas/ or bahrain/ or bangladesh/ or barbados/ or belize/ or benin/ or bhutan/ or bolivia/ or borneo/ or "bosnia and herzegovina"/ or botswana/ or brazil/ or brunei/ or bulgaria/ or burkina faso/ or burundi/ or cabo verde/ or cambodia/ or cameroon/ or central african republic/ or chad/ or exp china/ or comoros/ or congo/ or "cote d'ivoire"/ or croatia/ or cuba/ or "democratic republic of the congo"/ or cyprus/ or djibouti/ or dominica/ or dominican republic/ or ecuador/ or egypt/ or el salvador/ or equatorial guinea/ or eritrea/ or	1 385 442

		eswatini/ or ethiopia/ or fiji/ or gabon/ or gambia/ or "georgia (republic)"/ or ghana/ or grenada/ or guatemala/ or guinea/ or guinea-bissau/ or guyana/ or haiti/ or honduras/ or independent state of samoa/ or exp india/ or indian ocean islands/ or indochina/ or indonesia/ or iran/ or iraq/ or jamaica/ or jordan/ or kazakhstan/ or kenya/ or kosovo/ or kuwait/ or kyrgyzstan/ or laos/ or lebanon/ or liechtenstein/ or lesotho/ or liberia/ or libya/ or madagascar/ or malaysia/ or malawi/ or mali/ or malta/ or mauritania/ or mauritius/ or mekong valley/ or melanesia/ or micronesia/ or monaco/ or mongolia/ or montenegro/ or morocco/ or mozambique/ or myanmar/ or namibia/ or nepal/ or nicaragua/ or niger/ or nigeria/ or oman/ or pakistan/ or palau/ or exp panama/ or papua new guinea/ or paraguay/ or peru/ or philippines/ or qatar/ or "republic of belarus"/ or "republic of north macedonia"/ or romania/ or exp russia/ or rwanda/ or "saint kitts and nevis"/ or saint lucia/ or "saint vincent and the grenadines"/ or "sao tome and principe"/ or saudi arabia/ or serbia/ or sierra leone/ or senegal/ or seychelles/ or singapore/ or somalia/ or south africa/ or south sudan/ or sri lanka/ or sudan/ or suriname/ or syria/ or taiwan/ or tajikistan/ or tanzania/ or thailand/ or timor-leste/ or togo/ or tonga/ or "trinidad and tobago"/ or tunisia/ or turkmenistan/ or uganda/ or ukraine/ or united arab emirates/ or uruguay/ or uzbekistan/ or vanuatu/ or venezuela/ or vietnam/ or west indies/ or yemen/ or zambia/ or zimbabwe/	
4	Filtre OCDE	"Organisation for Economic Co-Operation and Development"/	641
5	Filtre OCDE	australasia/ or exp australia/ or austria/ or baltic states/ or belgium/ or exp canada/ or chile/ or colombia/ or costa rica/ or czech republic/ or exp denmark/ or estonia/ or europe/ or finland/ or exp france/ or exp germany/ or greece/ or hungary/ or iceland/ or ireland/ or israel/ or exp italy/ or exp japan/ or korea/ or latvia/ or lithuania/ or luxembourg/ or mexico/ or netherlands/ or new zealand/ or north america/ or exp norway/ or poland/ or portugal/ or exp "republic of korea"/ or "scandinavian and nordic countries"/ or slovakia/ or slovenia/ or spain/ or sweden/ or switzerland/ or turkey/ or exp united kingdom/ or exp united states/	3 614 963
6	Filtre OCDE	European Union/	18 266
7	Filtre OCDE	Developed Countries/	21 685
8	Filtre OCDE	OR/4-7	3 631 588
9	Filtre OCDE	3 NOT 8	1 293 316
10		exp Infant/ OR exp Child/ OR (Adolescent/ NOT Adult/) OR (newborn* OR new born* OR babie* OR baby* OR infant* OR infancy OR toddler* OR preschool* OR pre school* OR kindergar* OR child? OR childs? OR children* OR childhood* OR kid? OR kids?	14 274 202

		OR boy? OR boys? OR girl? OR girls? OR schoolchild* OR juvenil* OR preadolescen* OR youth* OR youngster* OR adolescen* OR teen? OR teens? OR teenage* OR puber? OR pubers? OR pubert* OR pubescen* OR high school* OR highschool* OR secondary school* OR paediatric* OR pediatric* OR PICU* OR neonat* OR neo nat* OR NICU* OR nursery OR nurserie* OR peri natal* OR perinat* OR post natal* OR postnat* OR puericult*).tw,jw OR (exp Animals/ NOT Humans/) OR ve.fs OR (animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvas OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank*).tw OR Letter/ OR Editorial/ OR Comment/ OR Congress/ OR Academic Dissertation/ OR Lecture Note/ OR News/ OR (Conference Proceeding OR Note).pt OR (letter* OR editorial* OR congress* OR conference* OR dissertation* OR note OR notes OR author response* OR "author's response" OR "author's responses" OR authors response* OR "authors's response" OR author reply OR "author's reply" OR authors reply OR "authors's reply" OR "reply to" OR erratum OR correction* OR corrigendum).ti	
11	Combinaison	((1 AND 2 AND (3 OR 4)) NOT (11 OR 12)) AND (english or french).lg	300
12	Limitations	..l/ 13 yr=2000-2024	227

b) Liste des organisations savantes en santé et en services sociaux consultées

Organisations	Pays	Sites Web (URL)
Organisations savantes en santé et en services sociaux		
BC Guidelines	Colombie-Britannique	https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines
Guideline Central	États-Unis	https://www.guidelinecentral.com/guidelines/
Guidelines international Network (GIN)	Écosse	https://g-i-n.net/international-guidelines-library
Haute autorité de santé (HAS)	France	https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref
Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ)	États-Unis	https://www.ahrq.gov/
Agence de santé publique du Canada	Canada	https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html
Health Quality Ontario	Ontario	https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	Canada	https://inahta.org/
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	Québec	https://www.inesss.qc.ca/
National Health and Medical Research Council (NHMRCP)	Australie	https://www.nhMRCP.gov.au/guidelines
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Royaume-Uni	https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes
National Institute for Health and Care Research (NIHR)	Royaume-Uni	https://www.nihr.ac.uk/patients-carers-and-the-public/
Social care institute for excellence (SCIE)	Royaume-Uni	https://www.scie.org.uk/
Veteran Affairs / Department of Defense Clinical Practice Guidelines	États-Unis	https://www.healthquality.va.gov/about/index.asp

Organisations crédibles en itinérance reconnues à l'international		
Canadian Observatory on Homelessness (COH)	Canada	https://preventhomelessness.ca/
Centre for Homelessness Impact	Royaume-Uni	https://www.homelessnessimpact.org/
European Observatory on Homelessness	Europe	https://www.feantsaresearch.org/
National Institute of Respite Care	États-Unis	https://niMRCP.org/
UK Government	Royaume-Uni	https://www.gov.uk/government/publications/discharging-people-at-risk-of-or-experiencing-homelessness/discharging-people-at-risk-of-or-experiencing-homelessness

ANNEXE 2 – CRITERES DE SELECTION DES PUBLICATIONS

Critères	Inclusions
Population	• Adultes en situation d'itinérance ayant reçu un congé après hospitalisation pour des problèmes physiques et n'ayant pas d'endroit où aller pour recevoir les soins de suivi et de convalescence
Intervention	• Séjours dans un programme / lieu offrant des soins de convalescence auprès de personnes en situation d'itinérance • Offre de soins de convalescence et de suivi auprès de personnes en situation d'itinérance • Coordination de la transition/congé/sortie de l'hôpital
Temporalité	• Transition/congé/sortie de l'hôpital
Contenus d'intérêt	• Résultats d'études scientifiques : • types de programmes; • efficacité et rentabilité de programmes de soins de convalescence; • planification, implantation et coordination de programmes de soins de convalescence pour personnes en situation d'itinérance; • Autres contenus : recommandations, lignes directrices, descriptions de pratiques liées aux soins de convalescence pour les personnes en situation d'itinérance.
Étendue géographique	• Amérique du Nord, Europe, Australie
Années	• 2014 à 2024

The image shows a stack of three binders on the left. The top two are green with circular cutouts, and the bottom one is red. To the right is a large binder with many papers sticking out, some yellowed and some white. A pink paper clip is visible on the top of the large binder. The background is a textured, light blue surface.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 