



Programme itinérance et sans domicile fixe

DOCUMENT DE TRAVAIL

« Pour ceux qui ont la piqûre de la rue »

Avril 2008

Table des matières¹

Valeurs du Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances.....	3
Sommaire	4
Introduction	6
Phénomène de l'itinérance.....	7
Profil des usagers	9
Principes cliniques/Modèle d'intervention	11
Programme itinérance et sans domicile fixe.....	13
Services offerts.....	15
Partenariats/Collaborations.....	19
Conclusion	21
Bibliographie	22

¹ Rédaction : Jean Boudreau

Remerciements pour leur collaboration à madame Geneviève Lefebvre, coordonnatrice du Programme itinérance et sans domicile fixe, Jean Le May, éducateur au Programme itinérance et sans domicile fixe, Francine Côté, coordonnatrice du Service de l'urgence-toxicomanie et du Service de triage ainsi qu'à l'ensemble du personnel du Programme itinérance et sans domicile fixe.

Valeurs du Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances

PRIORITÉ À LA PERSONNE

La loi sur la santé et les services sociaux situe clairement la personne au centre de nos préoccupations. La personne qui fait appel à nos services est plus importante que son problème. Toute méthode d'intervention choisie doit donc assurer le respect de sa dignité et de ses droits fondamentaux.

ACCESSIBILITÉ

En tant qu'établissement public de réadaptation, notre centre doit rendre accessibles ses services spécialisés de 2^e ligne à la population du grand Montréal.

UNE INTERVENTION AVEC LE MILIEU

Les personnes ayant un problème d'itinérance présentent généralement d'autres problématiques conjointes et le plus souvent une ou des toxicomanies. L'intervention, tout en tenant compte des problèmes associés, cherche à répondre à leurs besoins premiers et à leur assurer graduellement une plus grande autonomie et une meilleure intégration sociale. Cette intervention se fait en partenariat et en collaboration avec les membres du réseau naturel et avec les partenaires terrain qui peuvent contribuer à la résolution des divers problèmes liés à la consommation de l'individu.

Sommaire

Le PROGRAMME ITINÉRANCE ET SANS DOMICILE FIXE du Centre Dollard-Cormier – institut universitaire sur les dépendances (*CDC-IUD*) constitue une des composantes des services spécialisés offerts par le Centre, membre du réseau des établissements publics de santé et de services sociaux.

Les services offerts aux personnes itinérantes et sans domicile fixe par le CDC-IUD se situent, dans la *configuration des programmes* du *ministère de la santé et des services sociaux*² (MSSS), comme un programme répondant à des problématiques particulières dans le secteur des dépendances. Il ne s'agit donc pas de services généraux d'aide mais bien de services spécialisés. Au-delà des urgences, c'est principalement l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale qui sont visées.

Le *Programme itinérance et sans domicile fixe* du CDC-IUD s'adresse aux personnes de plus de 25 ans de la région du grand Montréal dont les problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool et à l'itinérance entraînent, entre autres, des difficultés de santé, d'adaptation et d'intégration sociale.

Ce programme, basé principalement sur l'approche biopsychosociale et sur celle de la réduction des méfaits, en contexte de haut seuil de tolérance, comporte des interventions visant à accroître la motivation et à assurer le maintien des acquis, la stabilisation et le progrès des usagers sur les plans :

- de la consommation et de la réduction de ses impacts
- de l'accès au logement
- de la gestion budgétaire
- des affiliations et des rapports sociaux
- de comportements autonomes et des habiletés sociales
- de la santé physique et mentale
- des rapports avec la justice.

Les interventions du Programme *itinérance et sans domicile fixe* se font en complémentarité avec un ensemble de services intégrés offerts par le CDC-IUD (accueil-évaluation-orientation, urgence 24/7, désintoxication, réadaptation interne adulte, réinsertion sociale, Clinique Cormier-Lafontaine...) et en lien avec les services complémentaires de plusieurs partenaires (refuges, centres de jour, services communautaires, défense des droits...).

² Voir, MSSS, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, Québec, janvier 2004.

Les services offerts correspondent à la diversité et à la complexité des besoins des usagers itinérants ou sans domicile fixe et incluent, notamment, le groupe d'accueil, le suivi psychosocial, le suivi infirmier, la référence vers des services complémentaires...

Introduction

Dans l'exercice de sa mission de réadaptation, le *CDC-IUD* offre aux usagers et à leurs proches un ensemble de services visant à réduire les méfaits de la consommation d'alcool et de drogues et à favoriser une plus grande autonomie ainsi qu'une meilleure intégration sociale. Le Centre offre une gamme de programmes répondant aux besoins des personnes ayant des problèmes de dépendance. Il soutient les proches des usagers et collabore également avec les organismes, groupes ou ressources qui leur viennent en aide.

Un des programmes du CDC-IUD vise à desservir spécifiquement les personnes sans domicile fixe ou itinérantes aux prises avec des problèmes de dépendance.

Le *Programme itinérance et sans domicile fixe* s'adresse aux personnes de 25 ans et plus de la région du grand Montréal. Implanté en plein centre-ville, ce programme poursuit la mission des *services externes* offerts antérieurement par le *Centre d'accueil Préfontaine*³, intégré en 1997 au *CDC-IUD*.

Misant sur une équipe multidisciplinaire versée dans l'approche biopsychosociale et en matière de réduction des méfaits, ce programme offre sur mesure aux personnes sans domicile fixe et itinérants avec problèmes de dépendances, une diversité de services. Ces services prennent en compte les difficultés souvent associées à leur condition de vie : extrême pauvreté (matérielle, sociale et relationnelle), co-morbidité (notamment aux plans de la santé physique et mentale, des rapports avec la justice...), marginalité, habiletés sociales réduites...

Le présent document s'inscrit dans le contexte de la réforme des services de santé et des services sociaux qui vise à instaurer des réseaux locaux et des continuums de services. Il cherche principalement à situer, de façon succincte, le profil des usagers, les collaborations, le programme, la philosophie d'intervention, et l'ensemble des principaux services du secteur Itinérance du *CDC-IUD*.

Cette présentation du Programme itinérance et sans domicile fixe est conçue principalement dans le but de simplifier les partenariats, d'aider à préciser les modes de coordination et à délimiter plus clairement les seuils d'intervention ainsi que les zones de collaboration.

³ Voir, de L. Alarie, F. Côté *et al.*, *Centre d'accueil Préfontaine: les services externes*, Montréal, CAP, 1996, 35p.

Phénomène de l'itinérance

«L'utilisation de substances psychoactives constitue à la fois un facteur précipitant et une conséquence de l'itinérance.» Zerger (2002)

L'itinérance est un phénomène constamment présent au cours des diverses étapes de l'évolution de l'humanité. L'itinérance urbaine contemporaine constitue une variante moderne de ce phénomène, assez bien documentée depuis le milieu des années 1990⁴.

Malgré l'ensemble des connaissances actuelles, les perceptions et l'idéologie quant à ce phénomène varient encore considérablement aujourd'hui. On est loin ici d'une «appellation contrôlée» et les conceptions varient de façon très marquée d'un pays ou d'une province à l'autre. Nous sommes donc loin d'une définition et d'une perception commune sur l'itinérance.

Récemment, les travaux de Brousse (2004) ou ceux d'Avramov (1999)⁵ ont tenté de réconcilier les divers points de vue sur l'itinérance. Pour y arriver, elles ont dû recourir à un large continuum qui comportait à un pôle une vision purement économiste du phénomène (répartition de la richesse et accès au logement) et à l'autre pôle une vision fortement empreinte de pathogénie (syndrome de l'itinérance rattaché à un modèle de l'exclusion sociale). Ces auteurs reconnaissent qu'il est très difficile de définir de façon univoque ce phénomène. Comme le dit Avramov, «peu importe la définition choisie, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives et, de plus, une seule définition n'est probablement pas suffisante pour tous les contextes»⁶.

Au Québec, on s'entend néanmoins pour dire que l'itinérance comporte généralement les caractéristiques suivantes :

1. absence de logement permanent ;
2. fréquentation des lieux associés à la marginalité ou à la sous-culture itinérante;
3. période minimale sans logement ;
4. désaffiliation familiale et sociale.

Une définition de la personne itinérante a fait tout d'abord consensus auprès du *Comité des sans abris de la Ville de Montréal* en 1987. Celle-ci a été reprise successivement par le *Comité interministériel sur l'itinérance* en 1993, par le *Projet de cadre de référence sur l'itinérance* (MSSS : 2000) et par le *Comité des partenaires oeuvrant en itinérance* à

⁴ Voir notamment le *Sans domicile fixe* de L. Fournier et C. Mercier, Montréal, Méridien, 1996.

⁵ C. Brousse, *Construction d'un indicateur des «sans abris» : quelle harmonisation au niveau européen*, Solidarité et Santé, 2004, no 2, p. 171-182. D. Avramov, *Coping with homelessness : Issues to be tackled and best practices in Europe*, London, Ashgate, 1999.

⁶ D. Avramov, *op.cit.*, p.295. Notre traduction.

l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (2003). Cette définition énonce que la personne itinérante est :

Une personne qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre pour les jours⁷ à venir, un très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable.

On reconnaît généralement que l'itinérance constitue le point extrême de la précarité sociale et une étape ultime du processus d'exclusion. On trouve également, de façon récurrente, dans les histoires de vie des itinérants, le thème de la rupture et de la désaffiliation. Plusieurs écrits scientifiques indiquent que la dépendance aux drogues et à l'alcool de même que la détérioration de la santé mentale précèdent souvent la perte de logement⁸.

Sans être exclusif (voir la section suivante sur le *Profil des usagers*), on peut regrouper ainsi les principales caractéristiques attribuées aux personnes itinérantes⁹:

- **l'exclusion** : marquée par la désaffiliation sociale, la marginalisation, la solitude, la faible estime de soi, la méfiance face aux institutions ;
- **l'instabilité caractérisée** : comportant stress, peur, anxiété, colère, angoisse, impuissance, ennui, faible tolérance aux frustrations, sentiment d'isolement ;
- **le cumul de problèmes** : alliant des problèmes de toxicomanie et de jeu, de santé physique (polytraumatismes, hépatites, VIH-SIDA, tuberculose, dermatites, problèmes dentaires etc.), de santé mentale, de déficience (nutritionnelle, relationnelle, intellectuelle...), d'antécédents judiciaires, de grande pauvreté, de victimologie, de faible scolarité, d'échecs répétitifs, de perte des habiletés sociales, de *surutilisation* des ressources (comportant de fréquentes exclusions)¹⁰ et une faible employabilité.

⁷ La définition originale mentionnait les «60» jours à venir. Plusieurs membres de *l'équipe Itinérance*, tout comme ceux du RAPSIM, préfèrent ne pas intégrer cette limite temporelle, jugée passablement arbitraire.

⁸ Des praticiens ont noté que la dégradation des logements et les difficultés accrues d'accès ont aussi des liens importants tant avec la consommation qu'avec les problèmes de santé.

⁹ Voir notamment : le projet de *Cadre de référence* du MSSS ; aussi *Homelessness Research Review 2004 : research summaries and bibliography update*, site de Homeless Link : www.homeless.org.uk ; ou encore *Blueprint for change, ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and/or co-occurring substance use disorder*, de la *Substance Abuse and mental Health Services Administration* (SAMHSA), 2003 dont le chapitre deux décrit bien les caractéristiques de cooccurrence liées à l'itinérance.

¹⁰ Folsom *et al.* (2005) notent par exemple que les itinérants sont dix fois plus à risque d'utiliser les services de centres de crise et quatre fois plus portés à recourir à l'hospitalisation ou à l'urgence pour recevoir des soins en psychiatrie plutôt que d'utiliser les services externes.

Profil des usagers

La personne en situation d'itinérance est le plus souvent une personne dépendante, malade, isolée, judiciarisée. Vivre dans la rue avec une dépendance, c'est vivre de façon périlleuse et se rendre vulnérable en raison de sa consommation. Les itinérants qui consomment sont en effet davantage confrontés à des situations de violence, de criminalité, de pauvreté et d'indignité.

Le «profil type»¹¹ des usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe du *CDC-IUD* serait celui d'un homme âgé entre 30 et 44 ans, auto référé, ayant connu plus de deux épisodes de traitements antérieurs, présentant une problématique d'itinérance et de dépendance aux substances psychotropes.

Une grande proportion des usagers se présente avec les caractéristiques des «sans domicile fixe»¹², à savoir :

- de type épisodique-cyclique
- vivant davantage de problèmes qu'un sans abri situationnel ou transitoire, ses problèmes étant aussi plus cristallisés (style de vie, comportements marginaux, troubles mentaux)
- nécessitant une intervention afin d'éviter l'itinérance caractérisée.

Une proportion moindre des usagers, qui mobilisent cependant une grande partie des interventions, offre les traits de l'«itinérance caractérisée» :

- ils ont passé plus d'un an dans la rue
- ils présentent une cooccurrence de problèmes
- ils font preuve d'une désaffiliation sociale nettement amorcée
- ils ont parfois atteint un point de rupture sociale, s'identifiant nettement à la sous culture itinérante et marginale.

Ce portrait, s'il donne une idée générale de la clientèle desservie, ne doit pas masquer les différences et les particularités de chacune des personnes ayant recours aux services du Programme itinérance et sans domicile fixe. Il faut souligner, par exemple, que près d'un itinérant sur cinq est, dans les faits, une itinérante¹³. On compte en effet

¹¹ Ce profil type se base, en bonne partie, sur les données du *Projet d'évaluation continue du programme itinérance* produit par Line Boudreault pour la Direction de la qualité des services et programmes du CDC, version du 26 novembre 2004.

¹² Cette description s'inspire des stades 2 et 3 de la typologie élaborée par la *Seaton House* de Toronto, décrivant à un pôle le sans abri situationnel et, à l'autre, l'itinérant caractérisé.

¹³ Les femmes ayant recours au secteur itinérance auraient, à Montréal, moins le profil des démunies *classiques* (les *bag ladies*) que l'on retrouve à New-York ou à Toronto. Plusieurs ne sont pas au sens

comme usagers des services pas moins de 18% de femmes. L'apparition et le développement d'un problème d'itinérance et de toxicomanie peuvent également varier beaucoup d'une personne à une autre. On retrouve ainsi des personnes démunies en situation de domicile précaire, des femmes en difficulté (victimes de violence familiale, travailleuses du sexe), des personnes ayant reçu leur congé d'une institution (centre hospitalier psychiatrique, centre de détention...). La fourchette d'âges des itinérants suivis commence à la mi-vingtaine mais peut parfois dépasser la soixantaine avancée.

L'examen de la prévalence de certains problèmes ou troubles présents au sein de cette population, révèle les taux suivants :

- prévalence des **troubles de dépendance** (alcool et drogues) : Un sondage du CDC-IUD (2001) révèle que 40% des usagers étaient également utilisateurs de drogues injectées, principalement de cocaïne. L'alcool, le cannabis et les médicaments sont souvent associés à la consommation;
- prévalence de **troubles mentaux** : Un autre sondage maison du CDC-IUD (2005) constate qu'environ 60% des usagers du secteur itinérance ont déjà reçu au moins un diagnostic de maladie mentale. Leurs troubles sont souvent sévères et persistants, leurs diagnostics attestant de schizophrénie, de dépressions majeures, de personnalités antisociales, de troubles limites de la personnalité ou de troubles anxieux. Outre ces troubles caractérisés, les itinérants présentent un profil psychosocial marqué par une faible tolérance à la frustration, des difficultés à retarder les gratifications, des comportements marginaux et des *passages à l'acte*;
- prévalence des **problèmes aigus de santé physique** : dans le *Projet de cadre de référence sur l'itinérance* (MSSS 2000), on rapporte que pas moins de 60% des itinérants et sans domicile fixe déclaraient au moins un des troubles de santé suivants au cours des six derniers mois : pneumonie, traumatisme, gastro-entérite, hépatite, MTS, VIH, abcès, engelure, tuberculose, problèmes dentaires etc.

strict des *itinérantes*. Évoluant dans le milieu de la prostitution et vivant d'expédients, celles-ci, sans avoir de logis, ne sont pas pour autant dans la rue, dans la mesure où elles sont fréquemment hébergées temporairement chez leur proxénète ou par des clients.

Principes cliniques/Modèle d'intervention

Intervenir en itinérance, c'est constater les sérieuses difficultés d'attachement passées des usagers et leur cheminement jalonné de nombreuses ruptures. Sans un accueil empreint d'ouverture, d'empathie et de tolérance, il sera difficile d'amorcer un processus de réadaptation avec eux. Il faut donc, dès le départ, être sensible aux difficultés particulières des itinérants et sans domicile fixe et chercher à respecter leurs valeurs et les caractéristiques de leurs comportements. Par la suite, l'intervenant s'efforcera d'établir et de maintenir un bon rapport, de susciter la motivation au changement, de composer avec les résistances, d'établir des limites claires, de doser patiemment les exigences et de favoriser un sentiment de compétence personnelle. Sur la base de ses connaissances du milieu de l'itinérance, celui-ci visera à utiliser judicieusement les ressources appropriées.

L'intervention biopsychosociale¹⁴

Considérant que l'itinérance, tout comme la toxicomanie, sont des phénomènes multifactoriels, déterminés, entre autres, par une conjonction de facteurs génétiques, psychologiques et sociaux, l'approche bio-psycho-sociale constitue la base de l'intervention du *Programme Itinérance et sans domicile fixe* du CDC-IUD.

Fondé sur cette approche qui vise le développement biologique, psychologique et social des usagers, l'intervenant est appelé à agir de façon polyvalente et à jouer une variété de rôles : médiateur, dénicheur de ressources, facilitateur dans la mise en place de solutions, soutien à l'*empowerment*, instigateur de démarches, adepte de l'*advocacy*... Ses actions seront ponctuelles ou urgentes, au besoin, misant sur les capacités d'apprentissage et tenant compte des étapes du changement de l'approche motivationnelle. Elles seront éclectiques, adoptant les modalités d'intervention les plus susceptibles d'amener des résultats : *counseling*, approches cognitivo-comportementales, thérapie d'impact...

La réduction des méfaits¹⁵

Comme son nom l'indique, cette approche vise davantage à réduire les risques, les méfaits associés à la consommation que la consommation elle-même. Elle préconise de rejoindre les usagers là où ils se trouvent. Comme le disait Michel Landry, «la réduction des méfaits propose d'abord aux clients des mesures qui lui permettront de réduire l'impact des effets de la consommation. Elle se distingue des approches traditionnelles

¹⁴ Pour plus d'information, consulter : Lecavalier M. *et al.*, *Vers une compréhension du phénomène dépendance*, Montréal, CDC, 2003.

¹⁵ Pour plus d'information, consulter : Lecavalier M. *et al.*, *Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation*, Montréal, CDC, 2005

de la réadaptation par sa tolérance envers la personne toxicomane, ses objectifs, ses capacités et ses ressources. »¹⁶

Face aux itinérants et aux sans domicile fixe, la notion de réduction des méfaits ne se limite pas au rapport avec les substances mais englobe aussi leur adaptation individuelle et leur contexte de vie. Cela implique que l'intervenant cherche à améliorer leur qualité de vie dans diverses sphères. À cette fin, il n'exerce pas la tolérance pour elle-même mais il s'en sert pour miser avec souplesse sur la relation, en visant des cibles permettant d'atteindre des résultats tangibles et progressifs. Un cadre thérapeutique clair est défini avec les clients et est appliqué avec bienveillance pour favoriser un espace relationnel adéquat et propice au processus de réadaptation.

L'approche trans-théorique des processus de changement¹⁷

Par ailleurs, le Programme itinérance et sans domicile fixe s'appuie sur le modèle de *Prochaska, Norcross et Di Clemente*. Ce modèle mise sur la compréhension des fluctuations des niveaux de motivation ainsi que sur la mise en place de processus et de techniques spécifiques maximisant l'impact des interventions. Le modèle cherche à soutenir le processus de changement qui s'opère, dans les faits, au cours des phases de *précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien*.

La conjonction de **l'intervention biopsychosociale**, de l'approche de **réduction des méfaits** et du **modèle trans-théorique des étapes de changement** constitue la base des référents théoriques sur laquelle s'appuie la programmation en itinérance et sans domicile fixe du CDC-IUD.

¹⁶ M. Landry, *La conception de la toxicomanie et choix des approches de la réadaptation*, Montréal, CDC, Dossier no.2, version III, 1995.

¹⁷ Pour en savoir davantage sur les étapes de motivation au changement, consulter : Lecavalier M. *et al.*, *La motivation, quelque chose qui se construit*, Montréal, CDC, 2002.

Programme itinérance et sans domicile fixe

Travaillant dans la perspective de s'adapter aux besoins de chaque usager et de respecter les rythmes individuels, les **objectifs** du programme sont principalement de voir à :

- diminuer la situation de précarité aux plans de la santé, du logement, des finances et des relations sociales
- agir sur la consommation et diminuer les méfaits associés
- viser l'amélioration de la santé physique et psychologique
- prévenir le glissement vers l'itinérance caractérisée
- favoriser la socialisation, les habiletés sociales et la sortie de la culture de l'itinérance
- soutenir une démarche vers une plus grande autonomie et un mode de vie plus satisfaisant
- explorer les capacités et stimuler l'intérêt en vue d'une implication sociale durable.

Pour réaliser ces objectifs, les pratiques se basent, autant que possible, sur des données probantes¹⁸. Ainsi, les services offerts adoptent une approche flexible et non menaçante lors du contact initial. Par la suite, une relation personnalisée, tolérante, conviviale et adaptée au rythme de chacun facilite la mise en place progressive et le progrès des interventions : procéder à «petits pas» est donc généralement la règle. Une approche intégrée donne généralement de meilleurs résultats qu'une approche séquentielle ou parallèle. Susciter et soutenir la motivation est souvent un préalable à la participation active et à l'atteinte de résultats favorables. La sensibilité de l'intervention aux traumatismes¹⁹ peut faciliter le traitement des troubles mentaux et la prévention des risques de rechutes dans l'itinérance.

Les interventions du programme itinérance et sans domicile fixe adoptent, avec leurs usagers, une **perspective différentielle** :

- Ainsi, avec le *Sans domicile fixe* (SDF), l'accent porte davantage sur la réinsertion sociale, consolidant les acquis de base, stabilisant sa situation, tentant de

¹⁸ Voir notamment : *Blueprint for change, ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and/or co-occurring substance use disorder*, de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), 2003; le chapitre six, intitulé, *Use of evidence-based and promising practices* porte directement sur les données probantes en matière d'intervention en contexte de cooccurrence auprès des itinérants.

¹⁹ Ce terme recouvre l'ensemble des abus et émotions violentes causant un traumatisme psychique et affectant le développement et l'adaptation.

retisser les liens familiaux et de parfaire sa réadaptation, en évitant ainsi une cristallisation et un glissement vers la sous culture de l'itinérance.

- Avec les *Itinérants caractérisés*, il s'agit souvent de stabiliser tout d'abord leur condition et leur état de santé, de réduire les méfaits associés à leur mode de vie, de développer des habiletés fonctionnelles de base (hygiène corporelle, transport en commun, budget...), de renouer des liens *pro sociaux* avec la société et de faciliter, au besoin, le recours à diverses ressources communautaires et institutionnelles.

Cette perspective différentielle est mise en œuvre via une gamme étendue de services adaptés aux profils et aux besoins diversifiés des usagers (voir la présentation de chacun de ces services à la section *Services offerts*).

Éléments du programme

Le programme mise principalement sur le soutien à la motivation, l'intégration au milieu, la continuité de l'intervention, la progressivité des apprentissages, la responsabilisation et l'*empowerment* des usagers et aussi sur la concertation avec les ressources complémentaires.

Les interventions effectuées cherchent continuellement à s'adapter à l'hétérogénéité des usagers et à répondre à la diversité de leurs besoins. A cette fin, les services du *Programme itinérance et sans domicile fixe* se caractérisent notamment par :

1. une volonté de diminuer les délais d'attente pour rendre les services davantage accessibles;
2. un accès à divers services via une approche qui se veut intégrée;
3. une philosophie de réduction des méfaits s'appliquant à l'ensemble des comportements des itinérants dans une perspective de bas seuil d'exigence et de haute tolérance;
4. une intervention ciblée prenant en compte les caractéristiques des usagers et la spécificité de leur situation et qui se veut sensible aux traumatismes vécus par ceux-ci;
5. un accompagnement et un suivi à intensité variable et adapté;
6. une liaison avec les secteurs du logement et les autres services requis, afin de faciliter un meilleur accès aux usagers.

L'intervention mise ainsi davantage sur les forces et compétences de l'individu plutôt que de cibler seulement ses déficits ou ses limites. Les services sont adaptés aux besoins individuels et non appliqués de façon standardisée. L'attitude des intervenants privilégie l'empathie et l'humanisme plutôt que le pouvoir, l'autorité ou la discipline. On s'efforce aussi de rechercher la participation active de l'utilisateur à son propre cheminement, en multipliant les occasions de reprise en main.

Services offerts²⁰

L'utilisateur accède généralement au Programme *itinérance et sans domicile fixe* après une évaluation via la porte d'entrée du Triage du CDC-IUD, situé sur la rue Prince-Arthur. Il peut aussi être référé par les services généraux du Centre, via l'*Accueil, évaluation et orientation* (AÉO), localisés sur la rue Louvain.

L'entrée au Programme *itinérance et sans domicile fixe* s'effectue généralement dans le cadre d'un groupe d'accueil qui voit à établir un bon contact, à fournir l'information sur les services et leurs conditions d'accès. Compte tenu de la sensibilité du programme aux réalités particulières des usagers, le processus d'accueil peut également se faire, lorsque requis, sur une base individuelle.

Au sein même du Programme *itinérance et sans domicile fixe*, on peut accéder à un ou plusieurs des services suivants :

- groupe d'accueil
- activités de soutien à la liste d'attente
- suivi psychosocial
- intervention «sans rendez-vous»
- suivi infirmier
- référence vers des services complémentaires ou d'appoint
- administration du budget
- *reaching out*
- événements et activités ponctuels.

Le groupe d'accueil, familiarise les nouveaux usagers aux services du *Programme itinérance et sans domicile fixe* et les sensibilise aux ressources du CDC-IUD auxquelles ils pourront avoir accès, tout en les informant des conditions, des exigences et des modes d'utilisation. Ce service leur permet de préciser leurs attentes tout en donnant aux intervenants l'occasion de les observer et d'interagir avec eux, facilitant ainsi une orientation plus rapide et judicieuse.

Les activités de soutien à la liste d'attente visent à soutenir les nouveaux usagers qui sont sur la liste d'attente et à leur offrir des services ponctuels. On cherche avant tout à renforcer les efforts vers le changement et à maintenir la motivation, jusqu'à ce qu'un intervenant puisse effectuer la prise en charge.

²⁰ Cette section a repris des données du *power point* de Jean Le May, Katerine Peterson et Sylvie Rioux ainsi que du document de Lucie Houde *et al.* (1997) intitulé *Programme itinérance et S.D.F.* Elle a été complétée par la présentation *power point* de Geneviève Lefebvre à *Rond Point* (2005) et par des discussions de l'équipe *Itinérance et sans domicile fixe*.

Le suivi psychosocial favorise la création d'un lien, la mise en place d'un meilleur cadre de vie, la diminution de l'anxiété, le respect des droits, une gestion plus adaptative du quotidien, notamment aux plans des habiletés sociales et sociocommunautaires. Le suivi psychosocial vise à assister et à stimuler la reprise du pouvoir des individus dans différentes sphères de leur vie. Tout en évitant de cristalliser la dépendance des usagers, cette démarche cherche à favoriser l'émergence et le développement des intérêts, des habiletés relationnelles, des mécanismes adaptatifs et des acquis. Les dimensions motivationnelles et de maintien des acquis sont au cœur de cette démarche.

Les stratégies d'intervention doivent souvent déployer beaucoup d'énergie pour élaborer un levier motivationnel susceptible d'amener l'engagement de l'utilisateur et réaliser certains changements. L'accompagnement psychosocial se caractérise par son soutien, sa grande tolérance et sa souplesse, mais aussi par ses exigences et sa structuration progressive de l'environnement. Le degré d'implication de l'intervenant sera ajusté aux besoins précis de chacun des usagers, en lien étroit avec les défis réadaptatifs du plan d'intervention (PI). Dans certains cas, le suivi pourra être réduit mais, dans d'autres, il devra être plus soutenu et intensif. Il faudra même parfois *faire à la place* de certains usagers très peu autonomes, avant d'en arriver à *faire avec* eux et à leur *faire-faire*. Le soutien et le suivi s'effectueront aussi bien dans le cadre de la recherche ou de la sélection d'un logement, qu'en rapport avec l'accès à des services juridiques, sociaux, financiers, de loisir, de santé ou de main d'œuvre. L'intervenant aura aussi à jouer un rôle d'intermédiaire, de facilitateur, de médiateur ou de défenseur des droits (*advocacy*).

Dans le cadre du suivi, l'intervenant, via un plan d'intervention (PI) aux objectifs précis et aux moyens ciblés, utilisera l'intervention individuelle, la reprise de contact avec la famille, la référence à des ressources appropriées, la coopération avec les aidants naturels, l'implication sociale... Il collaborera, lorsque requis, avec d'autres intervenants dans le cadre d'un plan de services individualisé (PSI). Il utilisera aussi tous les moyens à sa disposition pour agir positivement sur la consommation, améliorer la socialisation et favoriser l'autonomie ainsi que la réinsertion sociale.

L'intervention «sans rendez-vous» est disponible dès l'accueil, pour un soutien bref et ponctuel. Même les usagers en attente bénéficient ainsi d'un soutien ad hoc et d'une intervention rapide. Comme le mode de vie des usagers est souvent ponctué de crises, de prises de risque considérable et de situations de danger pour eux-mêmes ou pour les autres, l'intervention «sans rendez-vous» vise à les soutenir momentanément, afin de surmonter des situations critiques ou potentiellement dommageables. L'intervenant à l'accueil sans rendez-vous effectue notamment une intervention brève dans le «ici et maintenant», voit à écouter, soutenir et encadrer l'utilisateur, module son intervention selon qu'il s'agit d'une crise ou d'une urgence, tente de désamorcer ou de contenir la crise, réfère, si requis, à l'Urgence-toxicomanie, mise sur l'*empowerment* et

s'efforce de situer, s'il y a lieu, son intervention en continuité et en complémentarité avec le plan d'intervention de l'utilisateur.

Le **suivi infirmier** joue un rôle clé dans la stabilisation et l'amélioration de l'état de santé des usagers et dans l'enclenchement d'un processus d'alliance thérapeutique, tout comme dans le développement de leur autonomie. Considérant l'état de santé souvent très détérioré des personnes itinérantes, il importe de bien les évaluer, de les orienter adéquatement, de les conscientiser sur leur état et sur les moyens à prendre pour prévenir une détérioration accrue et recouvrer une meilleure condition physique. L'infirmière joue aussi un rôle important sur le plan du sevrage à l'externe, en ce qui concerne les réajustements de médication et lors des interventions de crise. Sa pratique consiste donc principalement à évaluer, à informer, à référer, à donner accès aux ressources appropriées et à effectuer divers types d'actes et de suivis professionnels. Elle s'assure notamment de transmettre aux usagers une information vulgarisée et concrète, misant sur une responsabilisation accrue de leur consommation et de la gestion de leurs médicaments, mais aussi en rapport avec leurs habitudes alimentaires et la prévention des problèmes de santé. L'infirmière sera, par ailleurs, pour les autres intervenants, la personne pivot sur les questions de santé et pour l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés.

La **référence vers des services complémentaires ou d'appoint** se fait en fonction des besoins individuels des usagers et procède généralement via un transfert personnalisé. Le CDC-IUD offrant une vaste gamme de services complémentaires et intégrés,²¹ bon nombre de références seront effectuées «à l'interne», aux secteurs correspondant aux besoins prioritaires des usagers. Cependant, comme les personnes itinérantes et sans domicile fixe ont souvent des besoins multiples, en raison de la fréquente cooccurrence qui les caractérise, il faut aussi, dans diverses circonstances, recourir à des ressources externes, qu'il s'agisse d'hôpitaux psychiatriques, d'hôpitaux généraux, de ressources communautaires en santé mentale, de centres de crise, de groupes de soutien, de ressources de loisirs, de services juridiques ou de main-d'œuvre...

La co-intervention se fera alors dans le cadre d'un plan de services individualisé (PSI) ciblant conjointement les interventions et s'assurant de leur complémentarité. Les problèmes de consommation et les démêlés antérieurs de certains usagers avec des ressources rend souvent délicates et problématiques les références. Il s'agit là d'un défi important où les démarches d'*advocacy* et de reconstruction des liens avec les partenaires jouent un rôle important. L'intervenant, en plus de disposer d'une banque à jour des ressources et de contacts privilégiés, saura toujours tenir compte des capacités d'intégration de l'utilisateur pour lequel il effectue des démarches. Son soutien se limitera à certains moments à un contact téléphonique ou se traduira, parfois, par

²¹ Voir à la section *Partenariats et collaborations* pour un aperçu de ces services.

un soutien de tous les instants, comprenant une liaison suivie avec les autres intervenants ou l'accompagnement à certaines visites...

L'administration du budget de type fiducie est un service complémentaire du programme qui, dans le cadre d'un plan d'intervention (PI), peut servir de levier important pour travailler à la réduction des méfaits et favoriser le cheminement vers l'autonomie. La fiducie vise, très concrètement, à stabiliser et à améliorer les conditions de vie des usagers, en les soutenant de façon structurante au plan de leur gestion financière. Il s'agit dans tous les cas d'une mesure volontaire, basée sur un cadre administratif clair, procédant via un contrat signé et s'inscrivant comme un moyen formel dans le plan d'intervention, en vue d'acquérir des compétences précises et de favoriser la réinsertion sociale. La fiducie soutient notamment les démarches de paiement de loyers et de comptes, le remboursement périodique des dettes et le paiement des amendes. Quarante pour cent des usagers ont recours à ce service pour une durée moyenne de vingt-deux mois²².

Le Reaching-out s'effectue de façon ciblée dans des ressources servant de porte d'entrée au processus d'aide aux itinérants. Afin de créer des liens de confiance avec les usagers, de personnaliser les références et de renforcer les liens inter organismes, un membre de l'équipe passe de façon régulière quelques heures par semaine dans ces ressources. Cette intervention dans le milieu permet notamment de créer un approvisionnement, de consolider des collaborations et de favoriser l'accessibilité aux services de deuxième ligne. Ce type d'intervention donne par ailleurs l'opportunité d'intervenir comme personne ressource et d'agir directement, en complémentarité et en soutien avec les gestes posés en première ligne. Les ressources ciblées par l'équipe comprennent notamment : La rue des femmes, la Maison Marguerite, *Old Brewery Mission* (secteur masculin), l'itinéraire...

Divers **activités et événements ponctuels**, tels les anniversaires ou des fêtes comme Noël sont enfin utilisés pour favoriser la socialisation ainsi que la réinsertion familiale et sociale. Profitant de grands événements ou de certaines activités particulières, les usagers pourront développer ou tester progressivement leurs habiletés sociales dans un environnement bien encadré. Ils pourront notamment pratiquer une meilleure hygiène de vie, adapter leur langage, mieux contrôler certains comportements et améliorer leur aptitude à communiquer, tout en bénéficiant d'une certaine reconnaissance sociale. Ils pourront ainsi reprendre goût à des moments de détente, de sports ou d'activités, en ayant de nouveau du plaisir à s'investir dans des projets communs. Ces moments permettront, par ailleurs, de graduer les apprentissages et de fractionner par étapes les niveaux de difficulté. L'intervenant pourra profiter de ces activités pour refléter à l'utilisateur ses progrès et son cheminement au plan de l'acquisition de comportements adaptatifs ou alternatifs appropriés.

²² On note toutefois que l'écart dans l'utilisation de la fiducie peut varier grandement, allant de quelques mois à huit ans.

Partenariats/Collaborations

Le profil et le parcours antérieurs des itinérants leur rendent souvent difficile l'accès aux services. Comme ils sont, dans un sens, des usagers *atypiques* et qu'ils s'ajustent parfois assez difficilement aux services, il faut, dans bien des cas, « adapter » le service à leur situation particulière. Avec eux, l'écoute active, un haut seuil de tolérance et le *reaching out* sont fréquemment des préalables et des passages obligés en vue d'établir un lien significatif et de créer une amorce pour un *apprivoisement* social.

Le CDC-IUD prônant une approche intégrée pour les phénomènes de cooccurrence impliquant un problème de dépendances (*One stop approach*), on retrouve donc, à même les ressources du Centre, une panoplie de services complémentaires.

Le service de Triage du CDC-IUD sélectionne tout d'abord les usagers et s'assure que leur profil corresponde à la clientèle cible du Programme itinérance et sans domicile fixe. Par la suite, le Programme itinérance et sans domicile fixe pourra compter sur l'appui d'autres programmes du CDC-IUD, soit : *service d'urgence toxicomanie 24/7, le volet d'hébergement dépannage, le programme de désintoxication (volet sevrage ou récupération), le programme réadaptation interne pour adultes, la Clinique Cormier-Lafontaine, le volet résidence d'accueil et ressources contractuelles et le volet de réinsertion sociale.*

Un agent de liaison du Programme itinérance et sans domicile fixe facilite l'intégration des personnes aux trois lits réservés au Programme de *désintoxication*²³ et favorise l'ajustement des services aux besoins spécifiques des personnes. On donne ainsi accès au Service de l'urgence/toxicomanie pour une période de dégrisement avant l'admission au volet sevrage; on adapte, si requis, la longueur de la période de sevrage, on offre la possibilité d'assister à certains groupes du volet récupération. L'apport des trois lits constitue un projet innovateur qui augmente l'accessibilité, facilite l'intégration aux services du Centre, assure une meilleure gestion médicale, simplifie les contacts inter services et initie plus rapidement la démarche thérapeutique.

Pour environ le quart des usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe, il y a référence à la Clinique Cormier-Lafontaine. Le mandat de cette clinique est de dispenser et de rendre accessibles des soins et services intégrés de 3^e ligne aux personnes présentant à la fois des problèmes sévères de santé mentale et des conduites addictives. La Clinique offre ainsi des programmations spécifiques destinées aux

²³ Alors que le service *désintoxication sevrage* se limite habituellement à des séjours d'un maximum de 9-10 jours, dans le cas des usagers itinérants ou sans domicile fixe, le séjour peut aller, via le *volet liaison*, jusqu'à 21 jours et s'adresse aux personnes itinérantes suivies ou pas au programme itinérance et sans domicile fixe du CDC.

personnes psychotiques ou ayant des troubles sévères de personnalité associés à leurs conduites de dépendance.

Le Programme milieux de vie, volet logement social, joue un rôle important pour les usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe et vise à favoriser leur accès à des logements permanents. Le CDC-IUD joue lui-même un rôle important pour développer des logements sociaux, souvent en partenariat avec d'autres organismes, notamment dans le cadre des projets : Brind'elles, Inter-Loge, La Chrysalide, Villa exprès pour toi, Réseau Habitation Femmes...

Certains services sont par ailleurs achetés dans des résidences d'accueil et des ressources contractuelles : F.O.H.M., Le Chaînon, Les appartements Rosemont, L'Escale Notre-Dame... En tout, 180 unités de logement sont disponibles entre autres pour les usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe (incluant 18 places de réinsertion sociale²⁴). Il est à souligner que les intervenants du CDC-IUD, en plus d'aider les usagers dans leur démarche de réadaptation, jouent également un rôle de soutien déterminant auprès du personnel oeuvrant dans le cadre de ces ressources.

Considérant, par ailleurs, les besoins particuliers de la clientèle, les partenariats et collaborations du programme s'actualisent principalement auprès des services et secteurs suivants :

- refuges et services non spécialisés destinés aux itinérants
- groupes de soutien des AA
- services de crise, de dépannage et d'urgence destinés à la population itinérante
- services courants et spécialisés de santé, notamment de santé mentale
- secteur du logement et de l'habitation
- ressources d'hébergement et de traitement du SIDA
- services sociaux généraux et spécialisés
- services du secteur Justice (police, probation...)
- services de solidarité sociale, d'emploi, de formation et de main d'œuvre
- services de défense des droits
- centres de jour et ateliers de travail
- services communautaires et bénévoles
- services spécialisés centrés sur le suicide, la violence conjugale.

²⁴ Voir le document intitulé *Le service de réinsertion sociale en bref...*, CDC, document rédigé par Geneviève Lefebvre et l'équipe de réinsertion sociale, le 22 février 2006.

Conclusion

Le présent document a présenté le programme et ses principaux services. Le programme, sensible au vécu des usagers, tente constamment de garder le cap sur sa vision et ses valeurs en s'appuyant sur un personnel engagé et motivé qui cherche à mieux répondre aux problématiques changeantes et aux besoins diversifiés de ses usagers.

Les services offerts par le Programme *itinérance et sans domicile fixe* du CDC-IUD se basent, dans toute la mesure du possible, sur des données probantes et des pratiques évaluées et reconnues pour leur efficacité.

L'offre de services du programme veut favoriser à la fois un accès simple, une collaboration efficace et une continuité assurée. Les services s'efforcent d'agir en complémentarité avec les partenaires des divers réseaux dans le but d'offrir un continuum de services cohérents, à la hauteur des défis posés par la précarité sociale et l'exclusion.

Bibliographie

- Alarie L., F. Côté *et al.*, *Centre d'accueil Préfontaine: les services externes*, Montréal, CAP, 1996.
- Avramov D., *Coping with homelessness : Issues to be tackled and best practices in Europe*, London, Ashgate, 1999.
- Boudreault L., *Projet d'évaluation continue du programme itinérance*, Montréal, Direction de la qualité des services et programmes du CDC, 26/11/2004.
- Brousse C., *Construction d'un indicateur des «sans abris» : quelle harmonisation au niveau européen*, Solidarité et Santé, 2004, no 2, p. 171-182.
- CDC-IUD, *Plan d'organisation 2002-2005*, Montréal, CDC, 2002.
- Fournier L. et C. Mercier, *Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype*, Montréal, Méridien, 1996.
- Johnson G et S.W. Mayberg, *Effectiveness of integrated services for homeless adults with serious mental illness*, California Department of Mental Health, 2003.
- Landry M., *La conception de la toxicomanie et choix des approches de la réadaptation*, Montréal, CDC, Dossier no.2, version III, 1995.
- Lecavalier M. *et al.*, *Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation*, Montréal, CDC, 2005.
- Lecavalier M. *et al.*, *Vers une compréhension du phénomène dépendance*, Montréal, CDC, 2003.
- Lecavalier M. *et al.*, *La motivation, quelque chose qui se construit*, Montréal, CDC, 2002.
- Lefebvre G., *Les défis de l'intervention auprès des personnes itinérantes et toxicomanes au CDC-IUD, power-point*, CDC, Rond Point (2005).
- Le May J., K. Peterson et S. Rioux, *Itinérance : perspectives et interventions*, CDC, power point, 2003.
- Mercier C. et E. Corin, *Les processus de réadaptation sociale chez les personnes sans abri alcooliques et toxicomanes*, Rapport final de recherche présenté à Santé Canada (PNRDS), 1997.
- Ministère de la santé et des services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, Québec, MSSS, janvier 2004.
- Ministère de la santé et des services sociaux, *L'Itinérance : Cadre de référence* (document de travail), Québec, MSSS, novembre 2000.
- Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, *Comprendre l'itinérance*, Montréal, RAPSIM, 2003.
- Santé Canada, *Meilleures pratiques: troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
- Shelter, *Multi-Agency Assessment Panels Toolkit: a best practice manual*, London, Shelter, 2004.
- Substance Abuse and mental Health Services Administration (SAMHSA), *Blueprint for change, ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and/or co-occurring substance use disorder*, SAMHSA, 2003, www.nrchmi.samhsa.gov .
- Thompson T.G., *Ending Chronic homelessness: Strategies for Action*, Washington, US Department of Health and Human Services, 2003.

Programme itinérance et sans domicile fixe

CENTRE DOLLARD-CORMIER

950 rue de Louvain est

Montréal (Québec)

H2M 2E8

Téléphone : (514) 385-0046

Télécopieur : (514) 385-5728

Site Internet : www.centredollardcormier.qc.ca

Programme itinérance et sans domicile fixe

923 rue Ontario Est

Montréal (Québec)

H2L 1P6

Téléphone : (514) 521-8054