



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
**CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**



PROGRAMME ITINÉRANCE ET SANS DOMICILE FIXE

Rédaction ❖ Jean Boudreau

Remerciements ❖ Nous désirons remercier pour leur collaboration Geneviève Lefebvre, coordonnatrice clinicoadministrative à la Clinique Cormier-Lafontaine; Jean Le May, éducateur au Programme itinérance et sans domicile fixe; Francine Côté, coordonnatrice clinicoadministrative aux programmes réadaptation interne adultes, activités de groupe, entourage et au Service accueil, évaluation et orientation (AEO); ainsi que l'ensemble du personnel du Programme itinérance et sans domicile fixe.

Document produit par le Centre Dollard-Cormier –
Institut universitaire sur les dépendances

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 978-2-9809665-6-9

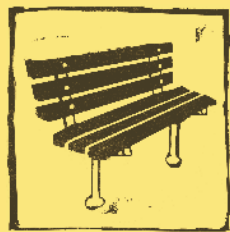
Juillet 2008

La forme masculine est utilisée afin d'alléger le texte.

La reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Conception graphique ❖ Agence Médiapresse inc.

Révision linguistique ❖ Chantal Gosselin,
Agence Médiapresse inc.



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

PROGRAMME ITINÉRANCE ET SANS DOMICILE FIXE

- ❖ **6**
Valeurs du Centre Dollard-Cormier –
Institut universitaire sur les dépendances
- ❖ **7**
Sommaire
- ❖ **8**
Introduction
- ❖ **9**
Phénomène de l’itinérance
- ❖ **11**
Profil des usagers
- ❖ **13**
Principes cliniques et modèle d’intervention
- ❖ **15**
Programme itinérance et sans domicile fixe
- ❖ **17**
Services offerts
- ❖ **21**
Partenariats et collaborations
- ❖ **23**
Conclusion
- ❖ **24**
Bibliographie

06 valeurs du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

PRIORITÉ À LA PERSONNE

La Loi sur les services de 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, le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) 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 plusieurs 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.

Le Programme itinérance et sans domicile fixe constitue une des composantes des services et programmes spécialisés offerts par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, membre du réseau des établissements publics de santé et de services sociaux.

Les services offerts par le CDC-IUD aux personnes itinérantes et sans domicile fixe se situent dans la configuration des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004). À ce titre, le programme répond 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 le plan :

- ❖ 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;
- ❖ des 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, etc.) et en lien avec les services complémentaires de plusieurs partenaires (refuges, centres de jour, services communautaires, défense des droits, etc.).

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, l'orientation vers des services complémentaires...

08 introduction

Le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances offre une gamme de services et programmes répondant aux besoins des personnes ayant des problèmes de dépendance. Dans l'exercice de cette mission de réadaptation, le Centre met à la disposition des usagers et de 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. Il collabore également avec les organismes, groupes ou ressources qui leur viennent en aide.

L'un de ses programmes dessert spécifiquement les personnes sans domicile fixe ou itinérantes aux prises avec des problèmes de dépendance. En effet, 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 Préfontaine¹, lequel a été intégré en 1997 au CDC-IUD.

Misant sur une équipe multidisciplinaire qui privilégie une approche biopsychosociale et de réduction des méfaits, ce programme offre une diversité de services aux personnes sans domicile fixe et itinérantes ayant des problèmes de dépendance. Ces services prennent en compte les difficultés souvent associées à leur condition de vie : extrême pauvreté (matérielle, sociale et relationnelle), comorbidité (notamment sur le plan

de la santé physique et mentale, des rapports avec la justice...), marginalité, habiletés sociales réduites, etc.

Il est à noter que 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 Programme itinérance et sans domicile fixe du CDC-IUD.

Cette présentation est conçue principalement dans le but de simplifier les partenariats avec d'autres organisations, d'aider à préciser les modes de coordination et à délimiter plus clairement les seuils d'intervention ainsi que les zones de collaboration.

¹ Voir à ce sujet Alarie, Côté et coll. (1996).

« 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 qui a été constamment présent au cours des diverses étapes de l'évolution de l'humanité. L'itinérance urbaine contemporaine constitue une variante moderne de ce phénomène. Elle est par ailleurs assez bien documentée depuis le milieu des années 1990².

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

Récemment, Brousse (2004) et Avramov (1999) ont tenté par leurs travaux de réconcilier les divers points de vue sur l'itinérance. Pour y arriver, les auteurs ont eu recours 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 derniers reconnaissent qu'il est très difficile de définir de façon univoque ce phénomène. Comme le souligne Avramov (1999, p. 295), « 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 »³.

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

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

Une **définition** de la personne itinérante a fait tout d'abord consensus auprès du Comité des sans-abri 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 œuvrant en itinérance à l'Agence de la santé et des 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

² Voir notamment à ce sujet Fournier et Mercier (1996).

³ Traduction libre de l'anglais.

jours⁴ 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, les thèmes 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 logement⁵.

Sans être exclusif (voir la section suivante sur le Profil des usagers), on peut regrouper ainsi les **principales caractéristiques** attribuées aux personnes itinérantes⁶ :

- ❖ **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, etc.), 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)⁷ et une faible employabilité.

⁴ Dans la définition originale, on retrouve la mention pour les « 60 » jours à venir. Plusieurs membres de l'équipe du Programme itinérance et sans domicile fixe, tout comme ceux du Réseau d'aide pour personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), préfèrent ne pas intégrer cette limite temporelle, jugée passablement arbitraire.

⁵ 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.

⁶ Voir notamment à ce sujet : le projet de cadre de référence du MSSS (2000); *Homelessness Research Review 2004 : research summaries and bibliography update*, site de Homeless Link : www.homeless.org.uk; ou encore SAMHSA (2003), dont le chapitre deux décrit bien les caractéristiques de cooccurrence liées à l'itinérance.

⁷ Folsom et coll. (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.

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 »⁸ des usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe du CDC-IUD serait celui d'un homme âgé de 30 à 44 ans, autoréférent, 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 »⁹, 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, mobilisant cependant une grande partie des interventions, présentent des 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, de sexe féminin¹⁰. On compte en effet comme usagers des services pas moins de 18 % de femmes.

⁸ Ce profil type se base, en bonne partie, sur les données de Boudreault (2004).

⁹ 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.

¹⁰ À Montréal, les femmes ayant recours au Programme itinérance et sans domicile fixe auraient 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 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.

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, etc.). La fourchette d'âge 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 effectué en 2001 révèle que 40 % des usagers étaient également utilisateurs de drogues injectables, 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 fait en 2005 montre 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 font état 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 personnes itinérantes 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.

principes cliniques et modèle d'intervention

13

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 personnes itinérantes 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 BIOPSYCHOSOCIALE¹¹

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 biopsychosociale constitue la base de l'intervention du Programme itinérance et sans domicile fixe du CDC-IUD.

S'appuyant sur cette approche qui vise le développement biologique, psychologique et social des usagers, l'intervenant est appelé à jouer une variété de rôles et à agir de façon polyvalente, par exemple : il doit

recourir à la médiation, dénicher des ressources, faciliter la mise en place de solutions, soutenir l'*empowerment*, entreprendre des démarches, défendre la cause des personnes itinérantes et sans domicile fixe, etc. 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, etc.

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS¹²

Comme son nom l'indique, cette approche vise davantage à réduire les risques et les méfaits associés à la consommation que la consommation elle-même. Elle préconise de rejoindre les usagers là où ils se trouvent. Comme le souligne Michel Landry (1995, p. 13) : « 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 de la réadaptation par sa tolérance envers la personne toxicomane, ses objectifs, ses capacités et ses ressources. »

¹¹ Pour plus d'information, consulter : Lecavalier M. et coll. (2003).

¹² Pour plus d'information, consulter : Lecavalier M. et coll. (2005).

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

L'APPROCHE TRANSTHÉORIQUE DES PROCESSUS DE CHANGEMENT¹³

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 transthéorique 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.

¹³ Pour en savoir davantage sur les étapes de motivation au changement, consulter Lecavalier et coll. (2002).

programme itinérance et sans domicile fixe

15

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 en ce qui concerne la santé, le logement, les finances et les 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 probantes¹⁴. 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 traumatismes¹⁵ 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 une personne sans domicile fixe, l'accent porte davantage sur la réinsertion sociale, consolidant les acquis de base, stabilisant sa situation, tentant de 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 personnes « itinérantes caractérisées », 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, utilisation du transport en commun, budget, etc.),

¹⁴ Voir notamment 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 personnes itinérantes.

¹⁵ Ce terme recouvre l'ensemble des abus et émotions violentes causant un traumatisme psychique et affectant le développement et l'adaptation.

de renouer des liens *prosociaux* avec la société et de faciliter, au besoin, le recours à diverses ressources communautaires et institutionnelles.

Cette perspective différentielle est mise en œuvre grâce à une gamme étendue de services adaptés aux profils et aux besoins diversifiés des usagers (voir la présentation des services dans 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 de même que 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. À cette fin, les services du Programme itinérance et sans domicile fixe se caractérisent notamment par :

- ❖ une volonté de diminuer les délais d'attente pour rendre les services davantage accessibles;
- ❖ un accès à divers services grâce à une approche intégrée;
- ❖ une philosophie de réduction des méfaits s'appliquant à l'ensemble des comportements des personnes itinérantes dans une perspective de bas seuil d'exigence et de haute tolérance;

- ❖ une intervention ciblée prenant en compte les caractéristiques des usagers et la spécificité de leur situation, tout en étant sensible aux traumatismes vécus par ceux-ci;
- ❖ un accompagnement et un suivi à intensité variable et adapté;
- ❖ 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 les compétences de la personne au lieu 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.

L'utilisateur accède généralement au Programme itinérance et sans domicile fixe après une évaluation effectuée par le Service urgence-triage toxicomanie, situé rue Prince-Arthur. Il peut aussi être orienté par les services généraux du Centre, soit le Service accueil, évaluation et orientation (AEO), localisés 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 services, soit :

- ❖ le groupe d'accueil;
- ❖ les activités de soutien à la liste d'attente;
- ❖ le suivi psychosocial;
- ❖ l'intervention « sans rendez-vous »;
- ❖ le suivi infirmier;
- ❖ l'orientation vers des services complémentaires ou d'appoint;
- ❖ l'administration du budget de type fiduciaire;
- ❖ le *reaching out*;
- ❖ activités diverses et événements 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 appuyer 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.

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 sur le plan des habiletés sociales et sociocommunitaires. Le suivi psychosocial vise à assister et à stimuler la reprise du pouvoir des personnes 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,

¹⁶ Cette section reprend des données présentées dans les ouvrages de Le May, Peterson et Rioux (2003); Houle et coll. (1997); Lefebvre (2005); et a été enrichie par des discussions de l'équipe du Programme itinérance et sans domicile fixe.

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, par l'élaboration d'un PI aux objectifs précis et aux moyens ciblés, utilisera l'intervention individuelle, la reprise de contact avec la famille, l'orientation vers des ressources appropriées, la coopération avec les aidants

naturels, l'implication sociale, etc. 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 de la personne, améliorer sa socialisation, et favoriser son autonomie ainsi que sa 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 considérables 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 la situation – qu'il s'agisse d'une crise ou d'une urgence –, tente de désamorcer ou de contenir la crise, oriente la personne, si requis, au Service urgence-triage 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. Puisque l'état de santé des personnes itinérantes est souvent très détérioré, il importe de bien les évaluer, de les orienter adéquatement, de les conscientiser au sujet de leur état et des moyens à prendre pour prévenir une détérioration accrue et recouvrer une meilleure condition physique. L'infirmière ou l'infirmier 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, informer, orienter, donner accès aux ressources appropriées et 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. Par ailleurs, l'infirmière ou l'infirmier sera, pour les autres intervenants, la personne pivot en ce qui a trait aux questions de santé et d'accès aux services médicaux généraux et spécialisés.

L'orientation vers des services complémentaires ou d'appoint se fait en fonction des besoins individuels des usagers et découle généralement d'un transfert personnalisé. Le CDC-IUD offrant une vaste gamme de services complémentaires et intégrés,¹⁷ bon nombre d'orientations seront effectuées « à l'interne », dans des 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 cointervention se fera alors dans le cadre d'un 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 rendent souvent délicates et problématiques les orientations. Il s'agit là d'un défi important où les démarches pour faire valoir les droits des personnes (*advocacy*) et pour établir des liens avec les partenaires jouent un rôle essentiel. L'intervenant, en plus de disposer d'une banque à jour de 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 un soutien de tous les instants, comprenant une liaison suivie avec les autres intervenants ou l'accompagnement à certaines visites...

¹⁷ Voir la section **Partenariats et collaborations** pour un aperçu de ces services.

L'administration du budget de type fiducie est un service complémentaire du programme qui, dans le cadre d'un 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 soutenant leur gestion financière de façon structurante. Il s'agit dans tous les cas d'une mesure volontaire, basée sur un cadre administratif clair, procédant par un contrat signé et s'inscrivant comme un moyen formel dans le plan d'intervention en vue d'acquiescer 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. 40 % des usagers ont recours à ce service pour une durée moyenne de 22 mois¹⁸.

Le reaching out s'effectue de façon ciblée dans des ressources venant en aide aux personnes itinérantes. Afin de créer des liens de confiance avec les usagers, de personnaliser l'orientation vers d'autres services ou organisations et de renforcer les liens interorganismes, un membre de l'équipe passe de façon régulière quelques heures par semaine dans des ressources partenaires venant en aide aux personnes itinérantes. Cette intervention dans le milieu permet notamment de créer un approuvoisement, 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, la Mission Old Brewery (secteur masculin), L'Itinéraire...

Activités diverses **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 démontrer à l'utilisateur ses progrès et son cheminement sur le plan de l'acquisition de comportements adaptatifs ou alternatifs appropriés.

¹⁸ On note toutefois que la durée d'utilisation de la fiducie peut varier grandement, allant de quelques mois à huit ans.

Le profil et le parcours antérieurs des personnes itinérantes 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 urgence-triage toxicomanie 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 : le Service urgence-triage toxicomanie, le volet hébergement dépannage, le Programme désintoxication (volet sevrage ou récupération), le Programme réadaptation interne adultes, la Clinique Cormier-Lafontaine, le volet résidence d'accueil et ressources contractuelles du Programme milieux de vie et réinsertion sociale.

Un agent de liaison du Programme itinérance et sans domicile fixe facilite l'accès des personnes itinérantes aux trois lits qui leur sont réservés au Programme désintoxication¹⁹ et favorise l'ajustement des services à leurs besoins spécifiques. La durée de la période de sevrage est adaptée au besoin; de plus, les personnes ont la possibilité d'assister à certaines activités de groupe du volet récupération. Il est à noter que l'apport des trois lits au Programme désintoxication constitue un projet innovateur qui augmente l'accessibilité, facilite l'intégration aux services du Centre, assure une meilleure gestion médicale, simplifie les contacts interservices et amorce plus rapidement la démarche thérapeutique.

Pour environ le quart des usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe, il y aura orientation vers 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.

¹⁹ Alors que le volet sevrage se limite habituellement à des séjours d'un maximum de 9 ou 10 jours, dans le cas des usagers itinérants ou sans domicile fixe, le séjour peut se prolonger jusqu'à 21 jours et s'adresse aux personnes itinérantes suivies ou non au Programme itinérance et sans domicile fixe du CDC-IUD.

La Clinique offre ainsi des programmations spécifiques destinées aux personnes psychotiques ou ayant des troubles sévères de personnalité associés à leurs conduites de dépendance.

Quant au Programme milieux de vie et réinsertion sociale, volet logement social, il 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 majeur dans le développement de logements sociaux, notamment dans le cadre des projets en partenariat avec d'autres organismes : Maison Brin d'Elles, Inter-Loge, La Chrysalide, Villa exprès pour toi, Réseau Habitation Femmes...

Par le biais d'ententes contractuelles, certaines places sont disponibles dans des résidences d'accueil et des ressources contractuelles : Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM), Le Chaînon, Les appartements Rosemont, L'Escale Notre-Dame, etc. En tout, 180 unités de logement sont disponibles entre autres pour les usagers du Programme itinérance et sans domicile fixe (incluant 18 places en réinsertion sociale²⁰). 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 œuvrant dans le cadre de ces ressources.

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

- ❖ refuges et services non spécialisés destinés aux personnes itinérantes;
- ❖ groupes de soutien des Alcooliques Anonymes (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;
- ❖ secteur de la justice (police, probation, etc.);
- ❖ 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.

²⁰ Voir à ce sujet Lefebvre (2006).

Le présent document dresse un portrait du Programme itinérance et sans domicile fixe et de ses principaux services. Rappelons que 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 service 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.

24 bibliographie

Alarie, L., F. Côté et coll. (1996). *Centre d'accueil Préfontaine : les services externes*, Montréal, CAP.

Avramov, D. (1999). *Coping with homelessness: Issues to be tackled and best practices in Europe*, London, Ashgate.

Boudreault, L. (2004). *Projet d'évaluation continue du programme itinérance*, Montréal, Direction de la qualité des services et programmes, Montréal, Centre Dollard-Cormier, 25 p.

Brousse, C. (2004). « Construction d'un indicateur des « sans abris » : quelle harmonisation au niveau européen », *Solidarité et Santé*, n° 2, p. 171-182.

Centre Dollard-Cormier (2002). *Plan d'organisation 2002-2005*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Folsom et coll. (2005).

Fournier, L. et C. Mercier (1996). *Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype*, Montréal, Méridien.

Houle, L. et coll. (1997). *Programme itinérance et S.D.F.*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Johnson, G. et S.W. Mayberg (2003). *Effectiveness of integrated services for homeless adults with serious mental illness*, California Department of Mental Health.

Landry, M. (1995). *La conception de la toxicomanie et choix des approches de la réadaptation*, Dossier n° 2, version III, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Lecavalier, M. et coll. (2005). *Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Lecavalier, M. et coll. (2003). *Vers une compréhension du phénomène dépendance*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Lecavalier, M. et coll. (2002). *La motivation, quelque chose qui se construit*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Lefebvre, G. (2005). *Les défis de l'intervention auprès des personnes itinérantes et toxicomanes au CDC*, [présentation PowerPoint], communication présentée lors de Rond Point, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Lefebvre, G. (2006). *Le service de réinsertion sociale en bref...*, Montréal, Centre Dollard-Cormier.

Le May, J., K. Peterson et S. Rioux (2003). *Itinérance : perspectives et interventions*, [présentation PowerPoint], Montréal, Centre Dollard-Cormier.

- Mercier, C. et E. Corin** (1997). *Les processus de réadaptation sociale chez les personnes sans abri alcooliques et toxicomanes*, Rapport final de recherche présenté à Santé Canada (PNRDS).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, Québec, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** (2000). *L'itinérance : Cadre de référence* (document de travail), Québec, MSSS.
- Prochaska, J., Norcross, J., DiClemente, C.,** (1992). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*, William Morrow and Co. inc,
- Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM)** (2003). *Comprendre l'itinérance*, Montréal, RAPSIM.
- Santé Canada** (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Santé Canada.
- Shelter** (2004). *Multi-Agency Assessment Panels Toolkit: a best practice manual*, London, Shelter.
- Substance Abuse and mental Health Services Administration (SAMHSA)** (2003). *Blueprint for change, ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and co-occurring substance use disorders*, SAMHSA, www.nrchmi.samhsa.gov.
- Thompson, T.G.** (2003). *Ending Chronic Homelessness: Strategies for Action*, Washington, US Department of Health and Human Services.
- Ville de Montréal.** (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri*. Montréal, Ville de Montréal, Comité des sans-abri de la Ville de Montréal.
- Zerger, S.** (2002). *Substance abuse treatment: What works for homeless people? A review of the literature*, Nashville, TN, National Health Care for Homeless Council.



**CENTRE DOLLARD-CORMIER –
INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES**

950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec)

H2M 2E8

Téléphone ✦ 514.385.1232

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 ✦ 514.525.1232