

Projet Petapan : une solution mobile pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance à Val-d'Or

Koralie Yergeau, Inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

Volume 5, Number 2, Fall 2024

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1115277ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1115277ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Yergeau, K. (2024). Projet Petapan : une solution mobile pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance à Val-d'Or. *Soins d'urgence*, 5(2), 37–43. <https://doi.org/10.7202/1115277ar>

© Koralie Yergeau, 2024



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>



↑ Motorisé Petapan

Projet Petapan: une solution mobile pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance à Val-d'Or

par **Koralie Yergeau**

ENTREVUE



Maude Grenier

Infirmière clinicienne
Clinique Pikatemps, Direction de la santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)
de l'Abitibi-Témiscamingue

Introduction

Au cours des cinq dernières années, le Québec a connu une augmentation alarmante de 44 % du taux d'itinérance (1). Selon la définition canadienne, l'itinérance se caractérise par « la situation d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité qui n'a pas de logement stable, sécuritaire, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de s'en procurer un » (2, p.1).



Encadré 1.**Connais-tu les différents types d'itinérance ?**

Personnes sans abri : Selon la définition canadienne de l'itinérance, cette catégorie inclut les personnes qui, malgré l'absence de logement, n'ont recours aux refuges ou aux hébergements d'urgence que lors de conditions météorologiques extrêmes (2). La plupart du temps, elles se trouvent dans des espaces publics comme les trottoirs ou les parcs, ou encore dans des lieux privés sans autorisation, tels que des bâtiments inoccupés. Elles peuvent également occuper des espaces non conçus pour une habitation humaine permanente, comme des voitures ou des tentes.

Personnes utilisant les refuges d'urgence : Il s'agit des personnes, ne parvenant pas à obtenir un logement permanent, qui se tournent vers les refuges d'urgence et autres soutiens offerts par le système (2). Cela comprend les refuges de nuit pour personnes sans abri, les centres pour personnes et familles victimes de violence familiale ainsi que les refuges d'urgence destinés à ceux qui fuient un désastre naturel ou dont le logement a été détruit à la suite d'un incendie ou d'une inondation, par exemple.

Personnes logées provisoirement : Cette catégorie englobe les individus qui, bien que théoriquement sans abri et sans logement permanent, bénéficient d'un hébergement temporaire sans garantie de stabilité à long terme (2). Cela inclut :

- Les ressources de transition pour les personnes sans abri, telles que les logements transitoires.
- Les situations de logement temporaire avec d'autres, sans garantie de résidence permanente ou de possibilité immédiate d'accéder à un logement stable, souvent appelées *couch surfing*. Les personnes dans ces situations peuvent vivre ce qu'on appelle de l'itinérance cachée.
- Les logements de location à court terme, comme les chambres d'hôtel ou de motel, les maisons d'hébergement ou les maisons de chambres, qui sont également considérés comme de l'itinérance cachée.
- Les personnes recevant des soins institutionnels, tels que dans les établissements carcéraux, les institutions médicales et de santé mentale ainsi que les centres de gestion du sevrage, qui n'ont pas de perspective de logement après leur sortie.

Personnes à risque d'itinérance : Ces personnes se trouvent dans une situation de logement extrêmement précaire ou instable, les exposant à un risque élevé d'itinérance (2). Elles résident dans des logements destinés à une habitation humaine permanente, mais ces logements peuvent être compromis par des facteurs tels que la pauvreté, la discrimination, le manque de logements abordables disponibles ou encore l'état inadéquat de leur logement actuel (qui peut être surpeuplé ou ne pas répondre aux normes de santé et de sécurité publique).

Encadré 2.**As-tu déjà entendu parler d'itinérance autochtone ?**

Les peuples autochtones, alors qu'ils ne représentent que 5% de la population canadienne, sont surreprésentés parmi la population itinérante du Québec, constituant 13% de celle-ci (3,4). En Abitibi-Témiscamingue, cette proportion s'élève à 49% (4). Ces données soulignent l'existence d'une dimension autochtone à l'itinérance, exigeant une prise en compte des perspectives historiques, culturelles et expérientielles propres à ces communautés (2). Elles illustrent également la complexité des défis auxquels sont confrontées les personnes autochtones, tels que l'héritage colonial, les traumatismes, la précarité financière, les problèmes liés à l'usage de substances, les troubles de santé mentale et la judiciarisation (5). En outre, des facteurs comme les coûts de transport ainsi que les lacunes dans la planification et le soutien lors de la sortie d'institutions (hôpitaux, établissements carcéraux, centres de réhabilitation pour jeunes) peuvent exacerber la marginalisation économique et sociale (5).

L'itinérance autochtone se comprend à travers une perspective qui intègre les visions du monde autochtone, allant au-delà du manque de logements ou d'infrastructures. Elle se manifeste comme une rupture des liens essentiels que les personnes, familles et communautés autochtones entretiennent avec la terre, l'eau, leur région, la famille, les autres, les animaux, les cultures, les langues et les identités (6). Les individus concernés éprouvent également des difficultés à renouer culturellement, spirituellement, émotionnellement ou physiquement avec leur identité autochtone et les relations qu'ils ont perdues (6).

L'acroissement alarmant de l'itinérance s'explique en partie par la crise du logement qui sévit au Québec. Contrairement à la croyance populaire, elle ne se limite pas aux grandes villes, mais touche également les petites municipalités, comme la ville de Val-d'Or (7-10). Cette crise du logement accentue la précarité financière des groupes expérimentant des situations de vulnérabilité et de marginalisation, renforçant les iniquités sociales et de santé. Sous cet angle, l'itinérance est de plus en plus abordée comme un problème social, symptôme des dysfonctionnements de notre société, plutôt que comme une question individuelle. Plusieurs obstacles systémiques et sociétaux ainsi que défis financiers, mentaux, cognitifs, comportementaux ou physiques peuvent être à l'origine de cette condition de vie (2). Le racisme et la discrimination sont d'autres éléments qui contribuent aux situations d'itinérance (2).

Plusieurs déterminants de la santé, comme les conditions individuelles, sociales, économiques, politiques et environnementales (11,12), sont insuffisants chez les personnes en situation d'itinérance, conduisant ainsi à des besoins de santé plus complexes. L'itinérance rend compliqué, voire impossible, l'accès à des soins et services de santé. Sans adresse fixe, il devient plus difficile d'obtenir une carte d'assurance-maladie, essentielle pour obtenir gratuitement des soins. De plus, les personnes en situation d'itinérance n'ont généralement pas les ressources financières nécessaires pour couvrir les frais des soins ou des médicaments non pris en charge par le régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). L'absence de téléphone complique davantage la prise de rendez-vous, tout comme le respect des horaires fixés pour les consultations. Avec un accès restreint aux soins de première ligne, les services d'urgence deviennent bien souvent l'unique



point d'accès aux soins pour cette population vulnérable (13-17). Au Canada, 93 % des hospitalisations de personnes en situation d'itinérance proviennent d'admissions par les urgences (17). Devant cette réalité, exacerbée par la crise actuelle dans les urgences du Québec, il devient plus qu'impératif d'élaborer et de mettre en place des solutions innovantes pour réduire les iniquités en matière de santé vécues par ces personnes.

Depuis l'été 2022, le projet Petapan à Val-d'Or, en Abitibi-Témiscamingue, constitue l'une de ces solutions novatrices. Signifiant « Premières lumières de l'aube » en langues anishinaabe et crie, Petapan est une initiative portée par le comité stratégique intersectoriel en itinérance de Val-d'Or. Ce comité est formé de personnes représentantes de La Piaule de Val-d'Or, de la Sûreté du Québec, incluant le poste principal ainsi que le poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA), du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, de la Chambre de commerce et de la Ville de Val-d'Or, sous la coordination du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue (voir Encadré 1). Face aux défis persistants, tels que l'accès difficile aux soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance, la complexité de la création de liens durables avec ces populations, et la coordination parfois compliquée entre les partenaires en raison de la réalité unique de l'itinérance autochtone à Val-d'Or, le comité a mis sur pied le projet Petapan. Ce projet de sécurisation culturelle repose sur une pratique de proximité, déployée au sein d'un véhicule récréatif, permettant d'offrir des services de manière décentralisée. L'objectif est de placer les personnes soignées au centre des décisions concernant leur parcours de soins, tout en favorisant une collaboration étroite avec les organisations offrant des services aux Premières Nations et aux Inuit.

Pour mieux comprendre l'impact de cette initiative innovante, j'ai eu l'opportunité d'échanger avec Madame Maude Grenier.

Présentation de Maude Grenier

Maude Grenier (MG) est une infirmière clinicienne cumulant 38 ans d'expérience dans le domaine de la santé et des services sociaux. Au fil de sa carrière, elle a acquis une expertise variée, ayant œuvré dans des environnements aussi divers que le département des urgences et les CLSC. Au cours des dernières années, elle a travaillé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, participant à l'ouverture de la clinique Minowé (voir Encadré 3). Elle a également travaillé à la clinique de traitement par agonistes des opioïdes (clinique TAO) de Val-d'Or (voir Encadré 3), un service crucial pour les personnes aux prises avec des dépendances. Actuellement, Maude contribue à la clinique Pikatemps (voir Encadré 3), en santé publique, où elle continue d'apporter son expertise. C'est dans le cadre de ce mandat qu'elle s'implique activement dans le projet novateur Petapan, visant à améliorer l'accès aux soins pour les populations en situation d'itinérance.

Encadré 3.

Les différents organismes de la Ville de Val-d'Or.

La Piaule de Val-d'Or

La Piaule a pour mission d'accueillir les personnes les plus vulnérables vivant une rupture sociale, en leur offrant un lieu de vie et un accompagnement dans leurs démarches d'intégration pour favoriser une transformation sociale. Ce centre d'hébergement d'urgence permet aux individus d'entamer des actions pour briser leur isolement et reprendre en main leur parcours de vie. Il propose aussi quotidiennement des repas à prix réduit à près d'une centaine de personnes. Des vêtements et des produits d'hygiène y sont également distribués.

Le poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA)

Le PPCMA a pour mission de favoriser une approche communautaire afin de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, en intervenant en deuxième ligne comme policier.ère. Composé d'équipes de policier.ères et d'intervenantes sociales, il se consacre à la prévention des méfaits, à l'accompagnement vers les services appropriés ainsi qu'à l'intervention en situation de crise, en partenariat avec le réseau de la santé et les acteurs communautaires.

La clinique Minowé

Issue du partenariat entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, ce projet de sécurisation culturelle offre des services de santé et sociaux à la population autochtone en milieu urbain. Signifiant « être en santé » en langue anishinaabe, la clinique Minowé a pour objectif ultime d'atténuer les iniquités sociales et de santé vécues par les Autochtones en rendant accessibles des soins et des services sociaux dans un lieu culturellement adapté.

La clinique de traitement par agonistes des opioïdes (clinique TAO)

La clinique TAO offre des services spécialisés dans l'objectif de diminuer les symptômes de sevrage et la consommation d'opioïdes chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage de ces substances.

La clinique Pikatemps

La clinique Pikatemps est portée par une équipe multidisciplinaire regroupant une quinzaine d'intervenantes. Son mandat est d'offrir des services accessibles de prévention, de soutien psychosocial et de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang aux personnes à risque en raison de leurs comportements sexuels ou de leur consommation de drogues ou d'alcool, en adoptant une approche axée sur la réduction des méfaits.

Sources : (18-20)

Qu'est-ce qui vous motive à travailler en santé communautaire et, plus spécifiquement, avec les personnes vivant en situation d'itinérance ?

MG : Ce que j'aime le plus dans mon travail en santé communautaire, c'est l'interaction directe avec les personnes, en particulier celles qui sont les plus vulnérables. Plusieurs de mes collègues me demandent comment je fais. Pour moi, ce n'est pas si compliqué : il s'agit simplement d'aimer les gens, de les accueillir tels qu'ils sont et où ils en sont dans leur parcours. Souvent, ce sont des personnes qui ont accès à peu de ressources et de services. Nous, en tant que professionnel.les de proximité, devenons souvent leur dernier recours. Nous leur offrons ce dont ils ont besoin, exactement au moment où ils en ont besoin, contrairement aux milieux hospitaliers qui fonctionnent souvent par rendez-vous et avec des trajectoires bien définies.

Je ne sais pas si vous vous souvenez de Pops à Montréal ? C'était un Père qui avait pris la décision d'aider les jeunes en situation d'itinérance. Il avait acheté un motorisé et parcourait les rues de Montréal la nuit pour offrir à ces personnes un peu de nourriture et de chaleur. Son engagement m'a profondément impressionnée. Aujourd'hui, je poursuis un travail similaire, mais en tant qu'infirmière.

À ce sujet, pouvez-vous me parler davantage de votre rôle comme infirmière au sein du projet Petapan ?

MG : Mon mandat s'inscrit dans le cadre de la santé publique, donc une grande partie de mon travail consiste à promouvoir des comportements sécuritaires, notamment en ce qui concerne l'utilisation de seringues et les habitudes sexuelles. Je réalise également des dépistages pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et je peux effectuer des prises de sang. Un autre aspect important de mon rôle concerne les soins de plaies. Je connais les personnes qui ont des plaies et qui n'aiment pas se rendre à l'hôpital pour leurs changements de pansement, alors je m'assure personnellement d'effectuer les changements et d'assurer le suivi et l'évaluation des plaies. D'ailleurs, l'ancienne chambre du motorisé a été transformée en salle d'examen, ce qui facilite la prestation des soins de plaies sur le terrain. Je m'occupe aussi de l'administration d'injections intramusculaires. Comme je connais les individus qui doivent les recevoir, je tiens un calendrier pour m'assurer que personne ne rate son traitement. Lorsqu'une injection est imminente, je contacte le reste de mon équipe 48 heures à l'avance pour qu'on me signale si quelqu'un a aperçu la personne en question. Souvent, quelqu'un me dit l'avoir vue dans les environs, alors je pars avec mon sac à la recherche de cette dernière. Quand je la croise, je lui dis : « Salut ! Justement, tu es dû pour ton injection ! Est-ce que tu la veux ? » Et dans 100 % des cas, la réponse est oui. Parfois, j'administre l'injection dans un parc, d'autres fois dans Petapan. Je m'adapte à chaque situation.

Mon rôle est polyvalent. Si une personne exprime un besoin et que je suis en mesure d'y répondre, je le fais. Ça peut être aussi simple que distribuer de l'eau, aider à trouver un hébergement ou remplir un formulaire pour la carte d'assurance-maladie. J'aide aussi à compléter les démarches administratives pour l'aide sociale. Je joue un rôle clé dans la réduction des méfaits, notamment en distribuant du matériel de consommation propre ou des outils pour détecter le fentanyl. Dans ce travail, bien connaître les services disponibles et avoir des contacts est crucial. Lorsqu'une personne me fait part d'un besoin nécessitant un rendez-vous, je peux appeler directement les professionnel.les concernés.es

pour obtenir un rendez-vous rapidement. Cela évite que des problèmes de santé s'aggravent faute d'un accès rapide aux soins, surtout pour les personnes qui n'ont pas de téléphone ou qui ne peuvent pas faire ces démarches elles-mêmes.

Cela dit, les soins infirmiers « classiques » représentent environ 20 % de mon travail. Le reste du temps, c'est de la relation d'aide. Être présente pour la personne au moment où elle en a besoin et l'écouter, c'est fondamental. Mon rôle principal consiste à créer des liens et à bâtir une relation de confiance avec des personnes qui vivent des situations de grande vulnérabilité et de marginalisation. Il faut prendre le temps de s'intéresser à elles, de leur demander qui elles sont, d'où elles viennent et ce qu'elles veulent faire. Une fois cette confiance établie, tout devient plus facile. Les gens reviennent vers nous quand ils ont faim, froid ou simplement besoin de quelque chose. Parfois, c'est minime et ça peut sembler éloigné des soins infirmiers, mais c'est de cette manière que je réussis à les aider. Ultimement, c'est ainsi que j'arrive à leur offrir des meilleurs soins et une meilleure qualité de vie.

La santé publique consiste à veiller au mieux-être de l'ensemble de la population et cela inclut les personnes les plus vulnérables. Dans mon rôle, je prends soin de celles qui sont souvent laissées en marge de notre société.

Comment décririez-vous le travail multidisciplinaire que vous accomplissez au sein de Petapan ?

MG : La plupart du temps, nous travaillons en binôme. Par exemple, cela peut être un intervenant.e du poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA) qui fait une tournée des ruelles avec un agent.e de probation ou encore moi, accompagnée de ma collègue psychoéducatrice. L'équipe est composée de plusieurs professionnel.les : des infirmier.ères, des travailleur.euses sociaux, une paire-aidante et d'autres intervenant.es qui proviennent autant du réseau de la santé que du milieu communautaire. Par ailleurs, mes collègues s'occupent aussi des suivis pour le programme d'accompagnement justice et santé mentale, des mesures de probation et des suivis psychosociaux. Nous faisons systématiquement nos rondes des parcs, des ruelles et des campements en duo. Cet été, nous avons également offert trois cliniques d'acupuncture. De plus, à l'occasion, je travaille avec un médecin de famille et un psychiatre.

Avec le psychiatre, nous pratiquons ce qu'on appelle la « psychiatrie de rue ». Une fois par mois, nous allons rencontrer les gens là où ils se trouvent, que ce soit chez eux, dans les parcs ou ailleurs. Cela permet au psychiatre d'évaluer les personnes souffrant de troubles de santé mentale, de déterminer si une hospitalisation est nécessaire ou d'ajuster les médicaments. De mon côté, j'en profite pour administrer les injections intramusculaires si leur échéance correspond à notre visite. Ce travail contribue à prévenir les crises et à éviter des séjours à l'urgence, réduisant aussi les hospitalisations en psychiatrie. Le suivi est également beaucoup plus régulier et adapté aux réalités de ces personnes. Même quand le psychiatre n'est pas physiquement présent, je peux toujours le joindre par téléphone pour discuter d'une situation particulière, comme le renouvellement d'une prescription qui serait échue. Cela évite que les personnes cessent leur traitement, ce qui pourrait autrement entraîner des crises nécessitant des soins hospitaliers.



↑ Chambre du motorisé qui a été transformée en salle d'examen



↑ Espace aménagé pour l'artisanat



↑ Oeuvres créées par les personnes soignées affichées sur le motorisé

En parallèle, une fois par mois, nous faisons aussi de la « médecine de rue » avec un médecin de famille. À bord de Petapan, nous parcourons les parcs, les campements et les ruelles pour offrir des soins médicaux aux personnes en situation d'itinérance. Ce service est crucial, car, en tant qu'infirmière, je suis parfois limitée dans mes interventions. Le médecin utilise la chambre du motorisé reconvertie en salle d'examen, mais il accepte également de se déplacer vers les personnes qui refusent d'entrer dans Petapan. Sans ce service, beaucoup de personnes ne consulteraient pas ou attendraient que leur état de santé se détériore avant de se rendre à l'hôpital, ce qui pourrait entraîner des conséquences graves. Les personnes en situation d'itinérance entretiennent souvent une méfiance profonde envers les institutions de santé et cette approche de proximité permet de contourner cette barrière. Le médecin de famille assure également une disponibilité téléphonique pour traiter des besoins médicaux qui dépassent mon champ de pratique en soins infirmiers, contribuant ainsi à réduire les consultations à l'urgence.

Est-ce que vous pouvez décrire l'approche que vous utilisez au sein de Petapan ?

MG : Le projet Petapan est né de l'idée qu'il fallait repenser notre façon d'intervenir. On constatait que ces personnes étaient malades, qu'elles avaient des besoins de santé non comblés, mais que l'accès aux services était extrêmement compliqué pour elles. Il est rapidement devenu évident qu'il fallait faire autrement. Nous avons décidé d'aller vers elles, de leur offrir des soins directement là où elles se trouvent. Finis les rendez-vous manqués qui conduisent à la fermeture des dossiers. Chez nous, aucun dossier n'est jamais fermé. Il reste ouvert et la personne revient quand elle en a besoin. C'est une approche flexible, où le soutien est toujours là, sans jugement. À Val-d'Or, le nombre de personnes en situation d'itinérance ne cessait de croître et beaucoup étaient aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des troubles de consommation. Face à cette réalité, il est devenu impératif de faire autrement, non seulement pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, mais pour tous les acteurs concernés : la Sûreté du Québec, la Ville et les organismes communautaires. Une collaboration intersectorielle était nécessaire.

Ce n'est pas toujours évident de donner des soins aux personnes en situation d'itinérance. Ces personnes, souvent méfiantes envers les institutions, ne répondent pas aux méthodes « classiques » de soins infirmiers. Ici, on travaille selon leur rythme. Il n'y a pas d'agenda imposé. La personne doit être prête à recevoir le soin et elle a toujours le droit de refuser. Quand cela arrive, notre rôle est de lui expliquer les conséquences possibles pour qu'elle prenne une décision éclairée. Il faut aussi savoir travailler avec beaucoup d'imagination et de créativité. On essaie souvent de joindre une activité très *nursing* à quelque chose qui est plus pratico-pratique ou ludique. Nous avons donc aménagé un espace d'artisanat dans Petapan, où les personnes peuvent peindre, faire du perlage ou sculpter le bois. Aussi, par exemple, une collègue qui est ancienne coiffeuse apporte parfois ses ciseaux. On offre alors une coupe de cheveux pendant que je fais un soin. Cette approche fonctionne bien, mais si la personne refuse, c'est tout à fait correct. Nous respectons son choix. On a tout ce qu'il faut pour répondre aux divers besoins : des collations, des chaussettes chaudes, du matériel propre pour la consommation, des condoms, des *popsicles* pour l'été. L'idée est d'être présents pour répondre à n'importe quel besoin, aussi varié soit-il. Les personnes en situation d'itinérance à Val-d'Or connaissent maintenant bien le motorisé et, lorsqu'elles nous voient, elles viennent spontanément.



↑ Espace favorisant les échanges

ment. De plus, des œuvres créées par les personnes soignées par Petapan sont affichées sur le motorisé. Tout ça facilite grandement le contact, améliore l'accessibilité aux soins et permet d'occuper le temps de ces personnes de manière positive.

Quel impact Petapan a-t-il au sein de la communauté ?

MG : Il ne fait aucun doute que Petapan a un impact significatif. La majorité des personnes que je soigne vivent dans la rue et n'ont pas de médecin de famille. Avant l'arrivée de Petapan, ces personnes vivant une situation de vulnérabilité avaient un accès très limité, voire inexistant, aux services de santé. Beaucoup évitent les hôpitaux après y être allés plusieurs fois, souvent parce que les barrières logistiques – comme le transport ou le suivi des rendez-vous – leur compliquent la vie. Sans téléphone ou calendrier, la prise de rendez-vous devient un véritable casse-tête, ce qui fait que beaucoup tombent entre les mailles du filet. Avec Petapan, ces personnes ont enfin un accès régulier et adapté aux soins. Nous allons directement à leur rencontre, nous adaptons notre approche en fonction de leurs besoins. Entre juin et octobre 2023, plus de 838 personnes ont été rejointes lors de nos activités. Certaines nous ont exprimé leur appréciation de l'espace de rencontre que Petapan offre, un lieu où elles peuvent établir des liens avec notre équipe dans un cadre hors institutionnel. Elles ont particulièrement apprécié la proximité des services, qui viennent à elles plutôt que l'inverse. Les partenaires impliqués dans ce projet ont aussi reconnu l'efficacité de notre approche informelle pour créer des liens avec les personnes en situation d'itinérance. Cela facilite l'établissement de relations de confiance, un facteur clé pour garantir des suivis médicaux, infirmiers et psychosociaux réguliers. Grâce à cette approche, ces personnes bénéficient de soins adaptés à leur réalité, ce qui contribue à améliorer leur qualité de vie.

L'urgence est un milieu où nous devons travailler sous pression avec une charge de travail importante. Malgré ces conditions, comment est-ce possible de réussir à se mettre dans une position où la personne soignée est au centre des décisions prises pour sa santé ?

MG : Avec toutes les réflexions actuelles autour de la sécurisation culturelle, je pense qu'un changement de paradigme est déjà en cours. Nous avons davantage le réflexe de nous interroger sur l'origine et la réalité de la personne soignée et sur la manière dont nous pouvons adapter notre approche en conséquence. Il est crucial de poursuivre dans cette direction.

Le milieu hospitalier conserve toutefois des procédures bien établies auxquelles on s'attend à ce que la personne soignée se conforme. Mais lorsqu'on travaille avec des personnes en situation d'itinérance, c'est une tout autre dynamique. Il faut aller à la rencontre de la personne là où elle se trouve, à son rythme. Il existe encore beaucoup de méconnaissances sur les réalités de ces personnes et sur les principes de la réduction des méfaits. Par exemple, dans certaines urgences, du matériel de consommation propre peut être distribué. Si, en tant qu'infirmier.ère, on ne comprend pas bien la réalité des personnes qui consomment, il est possible d'avoir des réticences à distribuer ce matériel ou même de refuser de le donner, par crainte que la personne revienne en surdose. Pourtant, il est essentiel de s'orienter vers une approche de réduction des méfaits. Refuser ou limiter l'accès à du matériel propre n'empêchera pas la consommation, mais augmentera plutôt les risques liés à celle-ci, notamment en encourageant l'utilisation de matériel souillé, ce qui nuit directement à la santé de la personne. De plus, il est possible qu'une personne soignante éprouve des réticences à prescrire ou administrer des narcotiques aux personnes consommatrices, par peur de contribuer à l'exacerbation d'un trouble de l'usage des substances. Cependant, il est important de comprendre que, si la personne ne souhaite pas arrêter de consommer et qu'elle n'est pas soulagée, elle risque de signer un refus de traitement et de quitter l'hôpital. Cela compromet alors complètement l'accessibilité aux soins pour elle.

Je crois que ce changement doit commencer dès la formation des professionnels de la santé. Dès le début de nos études, il est essentiel que la personne soignée soit au cœur de nos soins et que nous apprenions à éviter les approches paternalistes.

Je pense également qu'il est important de sortir les infirmier.ères du cadre hospitalier pour les exposer à des stages dans la rue, dans des lieux comme Petapan. Le personnel infirmier doit comprendre ce qu'est le travail de rue, mais aussi l'importance d'apprendre à connaître l'autre, son histoire et ses besoins. En créant un lien de confiance, on permet à la personne de s'engager dans ses soins, mais à son rythme, pas au nôtre. ✨

Voici quelques ressources qui peuvent outiller le personnel infirmier de l'urgence dans son travail avec les personnes en situation d'itinérance :

- Le guide d'Éducaloi portant sur les situations d'itinérance et les soins de santé. https://educaloi.qc.ca/wp-content/uploads/guide_itinerance_soins_de_sante.pdf
- Le guide des bonnes pratiques en itinérance du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2022/02/Guide-des-bonnes-pratiques_integral_FINAL.pdf
- La page web du CREMIS portant sur les savoirs d'intervention en itinérance – situations de crise et d'agressivité. <https://cremis.ca/publications/dossiers/savoirs-dintervention-en-itinerance/crise-et-agressivite/>
- La page web du CREMIS portant sur les savoirs d'intervention en itinérance – Toxicomanie. <https://cremis.ca/publications/dossiers/savoirs-dintervention-en-itinerance/toxicomanie/>
- La page web du CREMIS portant sur les savoirs d'intervention en itinérance – Collaborations et accès aux services de santé. <https://cremis.ca/publications/dossiers/savoirs-dintervention-en-itinerance/collaborations-et-acces-aux-services/>
- L'article « Soigner les patients ayant connu l'itinérance ». <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7430794/>
- Un document portant sur l'itinérance autochtone. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-735.pdf

AUTEURE

Koralie Yergeau

Inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (avec mémoire)

Université du Québec à Rimouski

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊT

L'auteure déclare ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner que l'auteure fait partie du comité éditorial de la revue Soins d'urgence, à titre d'éditrice associée.

Note : La version en ligne contient l'ensemble des liens hypertextes pour accéder à la documentation.

Crédits photos : Koralie Yergeau

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Québec. État de la situation de l'itinérance au Québec – Dévoilement du rapport sur le dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible. Le gouvernement; 2023. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/etat-de-la-situation-de-litinérance-au-quebec-devoilement-du-rapport-sur-le-dénombrement-des-personnes-en-situation-ditinérance-visible-50525>
2. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Hill C, Kovacs-Burns K, Pauly B, Pearce B, Turner A, Marsolais A. La Définition Canadienne de l'itinérance. Publications de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2012. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomeless-definitionFR.pdf>
3. Gouvernement du Canada. Les Autochtones et leurs communautés. Le gouvernement; date inconnue. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022. Gouvernement du Québec; 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-846-05W.pdf>
5. Bellot C, Gadbois J. L'itinérance au Québec. Deuxième portrait. Gouvernement du Québec; septembre 2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-846-09W.pdf>
6. Thistle J. Définition de l'itinérance chez les Autochtones. Presse de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2017. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-735.pdf
7. Boucher G. Rapport de la SCHL sur le marché locatif: la crise du logement risque d'exacerber les inégalités au Québec. Observatoire québécois des inégalités; 2024. <https://observatoiredesinegalites.com/marche-locatif-crise-logement/>
8. Landry M-A. Le Bloc québécois discute de logements et itinérance. Radio-Canada; 2023. Disponible : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2006588/denis-trudel-sylvie-berube-logements>
9. Larin V. Le choc de l'itinérance en région. La Presse; 2022. <https://www.lapresse.ca/actualites/2022-12-27/le-choc-de-litinérance-en-region.php>
10. Paquet-T. A-S. La Résidence Saint-Joseph garde espoir. Le Manic; 2023. <https://www.lemanic.ca/2023/08/27/la-residence-saint-joseph-garde-espoir/>
11. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé. Le Centre; 2022. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>
12. Institut national de santé publique du Québec. Déterminants de la santé. Gouvernement du Québec; 2024. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
13. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and emergency medicine: A review of the literature. Acad Emerg Med. 2018;25(5):577-93. doi: 10.1111/acem.13358
14. Fazal S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6
15. Tsai J, Doran KM, Rosenheck RA. When health insurance is not a factor: National comparison of homeless and nonhomeless US veterans who use veterans affairs emergency departments. Am J Public Health. 2013;103(Suppl 2):S225-31. doi: 10.2105/AJPH.2013.301307
16. Bharel M, Lin WC, Zhang J, O'Connell E, Taube R, Clark RE. Health care utilization patterns of homeless individuals in Boston: Preparing for Medicaid expansion under the affordable care act. Am J Public Health. 2013;103(Suppl 2):S311-7. doi: 10.2105/AJPH.2013.301421
17. Institut canadien d'information sur la santé. Les données hospitalières permettent d'en savoir plus sur les patients en situation d'itinérance. L'ICIS; 2024. <https://www.cihi.ca/fr/les-donnees-hospitalieres-permettent-d-en-savoir-plus-sur-les-patients-en-situation-ditinérance#ref11>
18. La Piaule de Val-d'Or. Date inconnue. <https://www.lapiaule.org/>
19. Réseau international francophone de formation policière. Partage d'une bonne pratique en police communautaire. Sécurité du Québec – Poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA). Francopol; date inconnue. https://www.francopol.org/fileadmin/fichiers_client/lmgLightbox/2020/2020-05-11_Fiche_CTPolice-Citoyen_SQ_PCCMA.pdf
20. Delli Colli AR, Yergeau K. Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or: une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain. Soins d'urgence. 2023;4(1):28-33. doi: 10.7202/1100463ar

**UNIÉES
DÉTERMINÉES
MOBILISÉES**

EN SANTÉ



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC