



Rencontre des gestionnaires en dépendance et itinérance

**L'ancrage de la pratique dans une
philosophie de réduction des méfaits et une
vision holistique et la démocratisation des
services**

Équipe de soutien clinique et organisationnel en
dépendance et itinérance

17 mai 2021

Avec la participation de:

Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (IUD):

- Dre Marie-Ève Goyer, directrice scientifique
- Annie Larouche, professionnelle de recherche

Invitées:

- Any Brouillette, conseillère en éthique au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Dre Shelley-Rose Hyppolite, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive à la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et professeure agrégée à la faculté de médecine de l'Université Laval

Pour assurer le bon déroulement

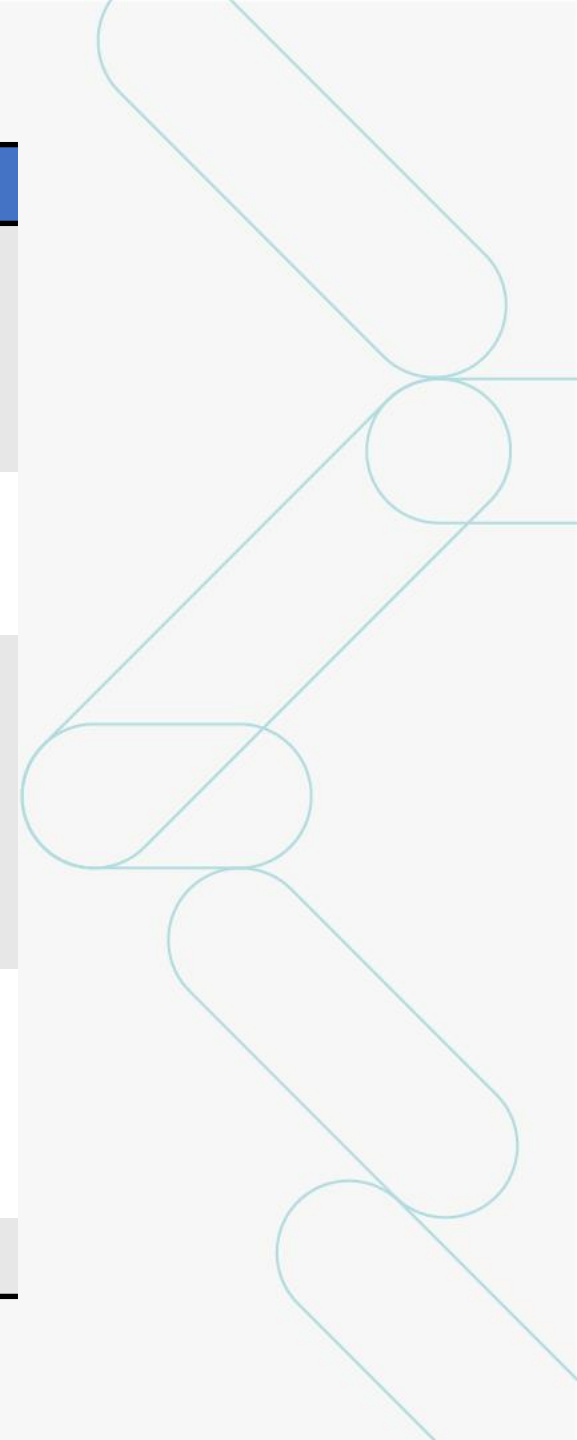
- Identifiez-vous lorsque vous intervenez afin de situer les participants:
 - Nom
 - Profession
 - Lieu et région
- Les présentations sont enregistrées et diffusées sur notre site Web, mais les périodes d'échanges seront retirées afin de permettre une discussion libre.

Objectifs de la rencontre

- ❖ Illustrer comment la philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique peuvent s'ancrer dans la pratique auprès des personnes ayant un TUS et/ou en situation de précarité.
- ❖ Démontrer comment les services peuvent être organisés de façon flexible, adaptée et individualisée.

Plan de la rencontre

Sujet	Conférencière
1. Mot de bienvenue, présentation des conférenciers, des objectifs et du déroulement de la rencontre	Annie Larouche
2. Présentation du court métrage <i>Sans filtre</i> , produit par Méta d'Âme (2019)	Marie-Ève Goyer
4. Illustrer comment la philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique peuvent s'ancrer dans la pratique auprès des personnes ayant un TUS et/ou en situation de précarité	Any Brouillette et Marie-Ève Goyer
5. Les inégalités sociales de santé et les barrières à l'accès et à la rétention dans les services	Shelley-Rose Hyppolite
6. Mot de la fin	Annie Larouche



[Sans filtre]

Entretiens avec Nicolas, Sébastien et Alexi

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS ET L'APPROCHE HOLISTIQUE

Proposition 1

Any Brouillette, conseillère en éthique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
en collaboration avec Dre Marie-Ève Goyer,
Équipe de soutien clinique et organisationnel
en dépendance et itinérance



PROPOSITION

1

Ancrer la pratique auprès des personnes [...] dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique

Proposition 1 - Ancrer la pratique auprès des personnes [...] dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique

Les personnes [...] sont accueillies avec respect et considération et des efforts sont constamment déployés afin de diminuer la stigmatisation dont elles font l'objet. La philosophie de la réduction des méfaits guide les interventions qui visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes [...]. Les personnes [...] sont perçues dans une vision holistique et les services sont adaptés en fonction de leurs besoins.

Source: [Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes \(TUO\)](#) (ESCODI, Mars 2020)

Éléments clés

POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

- **Accueil humaniste**
 - Sensibilité, respect et absence de stigmatisation
- **Alliance thérapeutique**
 - Autonomie et partenariat
- **Sentiment de sécurité**
 - De contrôle
- **Dimensions physiques, mentales, émotionnelles, spirituelles et culturelles de la personne**
 - Adaptation de l'intervention

POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

- **Outils permettant l'implantation et l'opérationnalisation concrète de la philosophie de la réduction des méfaits et de la vision holistique**
 - Formation
 - Concertation et soutien clinique
- **Environnements propices et adaptés**
- **Critères d'embauche en lien avec la philosophie**

L'Humanisme

C'est quoi dans le fond?

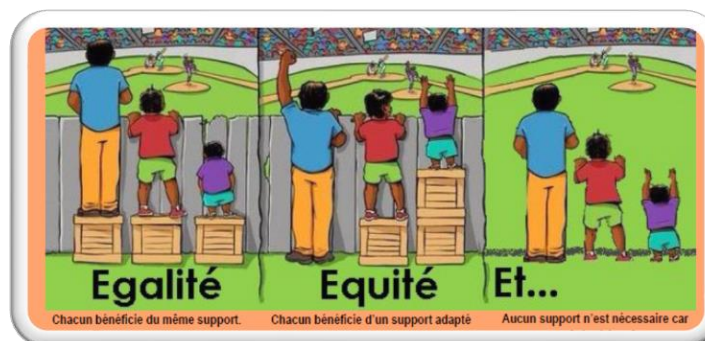
- Doctrine morale reconnaissant à l'homme la valeur suprême
- Son principe moral est celui de **la tolérance**
- L'éthique humaniste se situe dans la tradition du **conséquentialisme** et de **l'utilitarisme**
 - une action dont les conséquences sont bonnes.
 - l'action qui engendre le plus de bonheur pour l'ensemble de tous les agents
 - prend **les conséquences pour seul critère** normatif
- Approche humaniste : accorder une **attention singulière à la souffrance humaine** et tout mettre en œuvre pour l'apaiser
- Garantit la **liberté de conscience**
- La démocratie consacre la dignité et la valeur intrinsèque de chaque être humain et lui permet de **partager le pouvoir** (notion d'*Empowerment*)

Valeurs soutenant la proposition 1



Autonomie

Respect des choix de l'autre
Soutien à l'auto-détermination
Rencontre de deux expertises



Équité

Corriger les préjudices associés aux règles/faire tomber les barrières
Souci de l'individu



Sécurité

Le risque zéro n'existe pas
Situation où l'ensemble des risques prévisibles est acceptable

Autonomie et respect de l'autonomie

- Capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative
 - Notion de pouvoir sur sa vie
 - Notion relationnelle
- Double capacité:
 - Avoir des désirs... qui peuvent être contradictoires
 - Évaluation et priorisation
- Pour s'actualiser, elle requiert de:
 - connaître toutes les possibilités qui s'offrent à soi
 - capacités de base requises pour tirer avantage de celles que l'on souhaite

Autonomie et respect de l'autonomie

- Génère le devoir de mettre en place:
 - Conditions d'un processus décisionnel **consensuel**
 - Processus de décision autonome et de **consentement libre, éclairé et continu**
 - Implique le droit d'être informé et le droit à la vérité
 - Aider le patient à arriver à sa propre décision en lui fournissant
 - tous les renseignements pertinents

Appuyer une décision prise par un patient adulte compétent, même si cette décision ne semble pas bonne de notre point de vue

Autonomie Auto-détermination



Pouvoir décisionnel
(responsabilité de soi)



La part du droit et de la gestion

Abandon du pouvoir décisionnel
(respect de l'altérité et lâcher prise)

Déséquilibre
d'information



La part de l'éthique et du clinique

Apprentissage du devoir de
conseiller

*Gary Mullins
(adaptation)*

Autonomie et respect de l'autonomie

« L'individu prend une décision sur la base de qui il est, de ce qui compte à ses yeux et qu'il a défini à travers ses discussions et interactions avec les autres. Les décisions sont alors influencées par des valeurs qui sont elles-mêmes le fruit d'apprentissages et d'engagements contextuels. » Bayliss F.

L'autonomie est tributaire d'*empowerment* :

« Un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires » Gibson C.H.

∅ L'archi-responsabilisation des personnes



C'est le système qui n'est pas adapté aux besoins des personnes

Devoir de prendre en compte les ressources accessibles aux individus dans l'appropriation de leur pouvoir

Autonomie et respect de l'autonomie

- Respecter l'autonomie d'une personne ce n'est pas seulement faire appel à son autodétermination, ***c'est l'aider à aller au bout d'elle-même***
- L'autonomie d'une personne n'est pas absolue
 - Inaptitude
 - L'autonomie des autres
 - Sécurité
 - Charge injuste sur la société
 - Bien-être collectif



Illustration du respect de
l'autonomie dans la pratique

L'équité

- Justice ayant égard:
 - aux circonstances particulières et à l'esprit de la loi,
 - à ce qui convient aux cas particuliers.
 - Elle s'efforce de traiter chacun, avec souplesse, sur un pied d'égalité.
- Son but n'est pas d'éliminer les inégalités naturelles, découlant de la différence entre les humains, mais de corriger les injustices produites et augmentées par les mécanismes sociaux, culturels et politiques.
 - Implique notamment de remédier aux inégalités sociales.
- Concerne le souci de l'individu et appelle à corriger ce que la loi peut engendrer d'injustices concrètes.
 - Stigmatisation.

L'équité

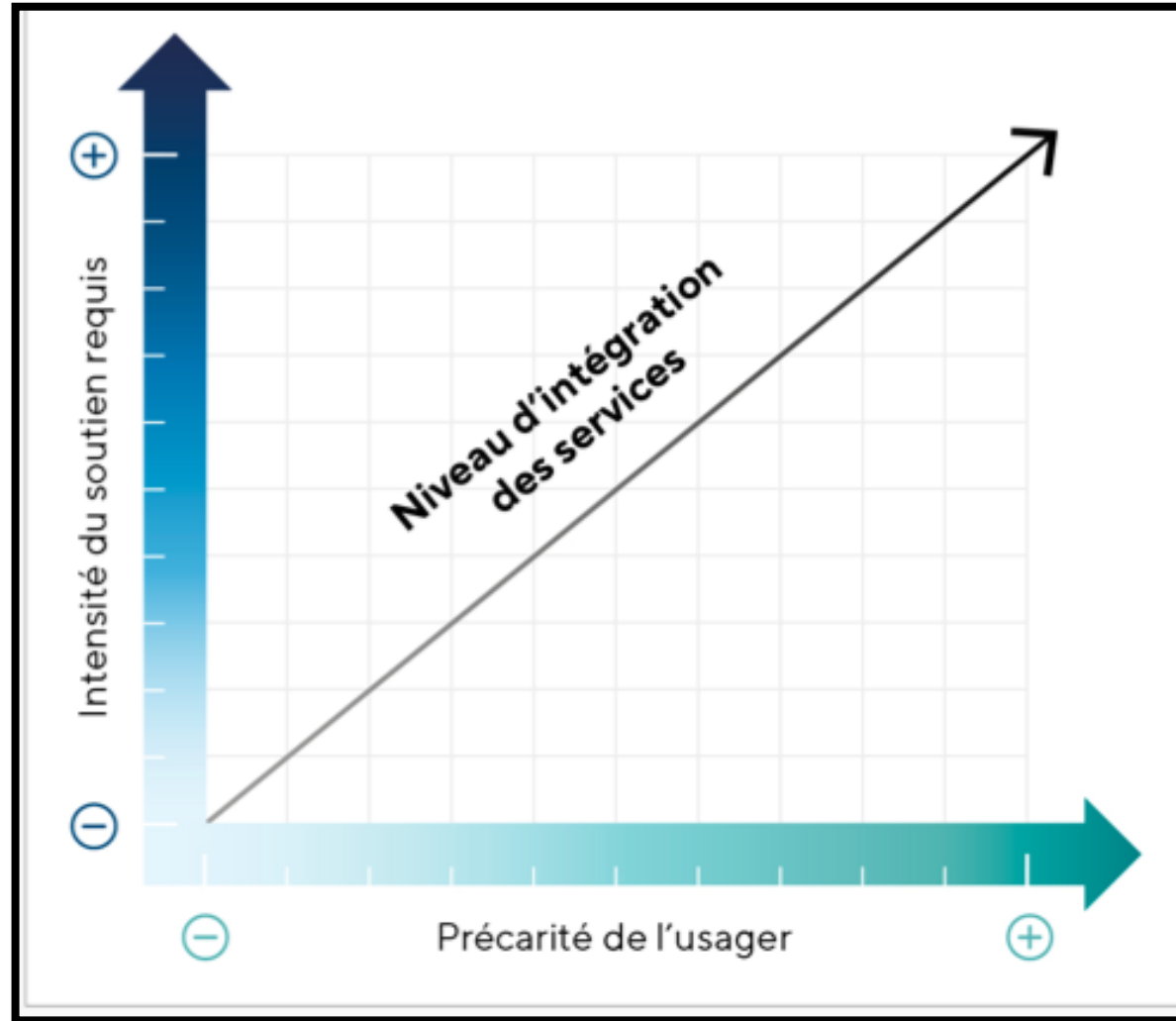
«...la justice désigne donc les justes règles d'attribution des ressources en santé dans une perspective d'ensemble, alors que l'équité concerne le souci de l'individu concret »

Durand G



Illustration du concept
d'équité dans la pratique

Niveau d'intégration des services



Source: [Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes \(TUO\)](#) (ESCODI, Mars 2020)

La sécurité

*Se sentir en
sécurité ou
être en
sécurité*

- État où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté.
- N'inclus pas seulement les faits objectifs de la situation, mais également les sentiments subjectifs de se sentir en sécurité.
- **Dignité du risque:** Considérant que la dignité d'un individu se manifeste par son habileté à être autonome et qu'être autonome engendre la prise de risques, le fait d'empêcher la prise de risque individuel affecte nécessairement la dignité.

La sécurité
Se sentir en
sécurité ou
être en
sécurité

La suppression de tous les risques peut être une manière inadéquate de répondre aux besoins

Situation dans laquelle l'ensemble des risques prévisibles est acceptable

État d'esprit confiant et tranquille qui résulte du sentiment, bien ou mal fondé, que l'on est à l'abri de tout danger




Illustration du concept de
sécurité dans la pratique

Dois-je acquiescer à sa demande?

Je ne suis pas d'accord
avec son choix!

- Humanisme
 - Tolérance
 - Conséquentialisme
 - Liberté de conscience
- Autonomie et pouvoir
 - Responsabilité de soi
- Équité
 - Corriger les injustices

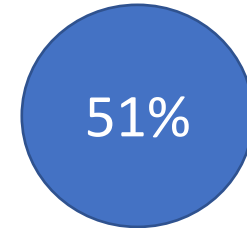
Il n'est pas sécuritaire!

- Humanisme
 - Conséquentialisme
 - Souffrance humaine
 - Partage des pouvoirs
- Sécurité
 - Conséquences sur les autres
- Autonomie
 - Limites

Quelques données...

Selon le dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec de 2018:

- 27% des 3744 répondants expliquent la plus récente perte de leur logement par problèmes de dépendance (principale raison++)
- 13% problème de santé mentale
- 7% maladie ou condition médicale
- 4% hospitalisation ou programme de traitement



- 56% des 3828 répondants ont visité l'urgence au moins une fois (dont 3,4% entre 10-49 fois et 4,7 % de 5-9 fois)
- 35% ont été hospitalisés au moins une fois (dont 12% entre 2-9 fois)

- 35% des 3543 répondants souhaitent obtenir des services en santé mentale
- 34% souhaitent obtenir des services en santé physique
- 26% souhaitent obtenir des services en dépendance

Quelques données (suite)

- ✓ L'analyse de 340 rapports du coroner de décès par surdose pour l'année 2017 a révélé plusieurs comorbidités dans les dossiers des personnes : maladies chroniques, troubles mentaux, tentatives de suicide et détresse psychologique sont surreprésentés par rapport à la population générale.

Source: PARENT, BERGERON-LONGPRÉ, BERTRAND-DESCHÊNES. 2020. [Crise des surdoses : une analyse des rapports d'investigation du coroner](#), UDM.

- ✓ Seuls 35 % des consommateurs d'opioïdes par injection inclus dans SurvUDI étaient sous traitement de la dépendance aux opioïdes en 2018. Selon l'OMS, la couverture des TAO est considérée moyenne lorsque la proportion de consommateurs qui en prennent se situe entre 20 et 40 %.

Source: INSPQ. 2021. [Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2018 Épidémiologie du VHC de 2003 à 2018.](#)

QUESTIONS ET ÉCHANGES

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

-

Shelley-Rose Hyppolite

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale



QU'EST-CE QUE NICOLAS, SÉBASTIEN ET ALEXI
ONT EN COMMUN ?

ENTRETIEN AVEC NICOLAS, SÉBASTIEN ET ALEXI

- TROIS PERSONNES DIFFÉRENTES
 - UN PROFIL ET DES PARCOURS SINGULIERS
 - DES ÉLÉMENTS COMMUNS

DES GROUPES PARTAGEANT ENJEUX COMMUNS

- personnes utilisatrices de drogues, en situation d'itinérance, en dynamique prostitutionnelle,
- personnes en situation de pauvreté
- personnes immigrantes
- personnes réfugiées
- personnes d'origine autochtone qui vivent hors réserve
- personnes ayant une limitation fonctionnelle physique
- personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle
- personnes ayant un problème de santé mentale
- personnes faisant partie de la diversité sexuelle



GROUPES LES PLUS TOUCHÉS PAR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



Productivité
accrue

Développement
des sciences et
technologies

Richesse
mondiale inégalée



UN PARADOXE DE NOS SOCIÉTÉS



2,2 milliards de
personnes sont
pauvres ou
proche de la
pauvreté

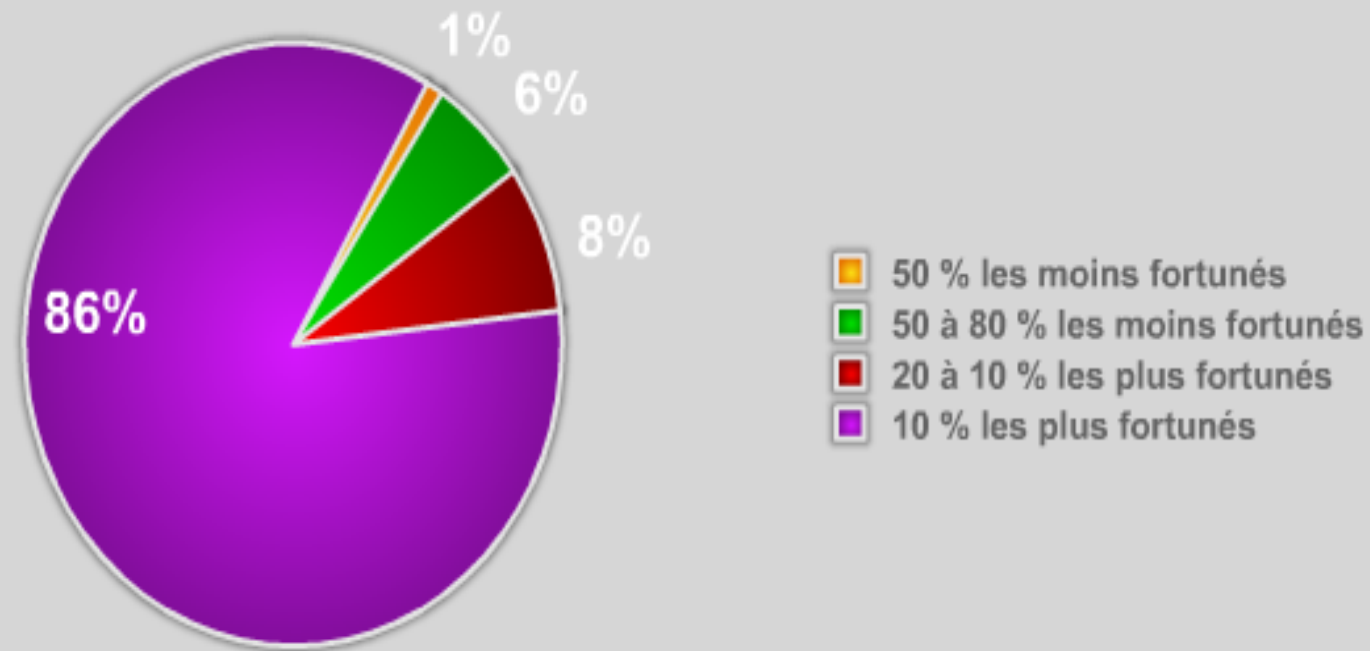
(35% de la
population)

(PNUD, 2014)

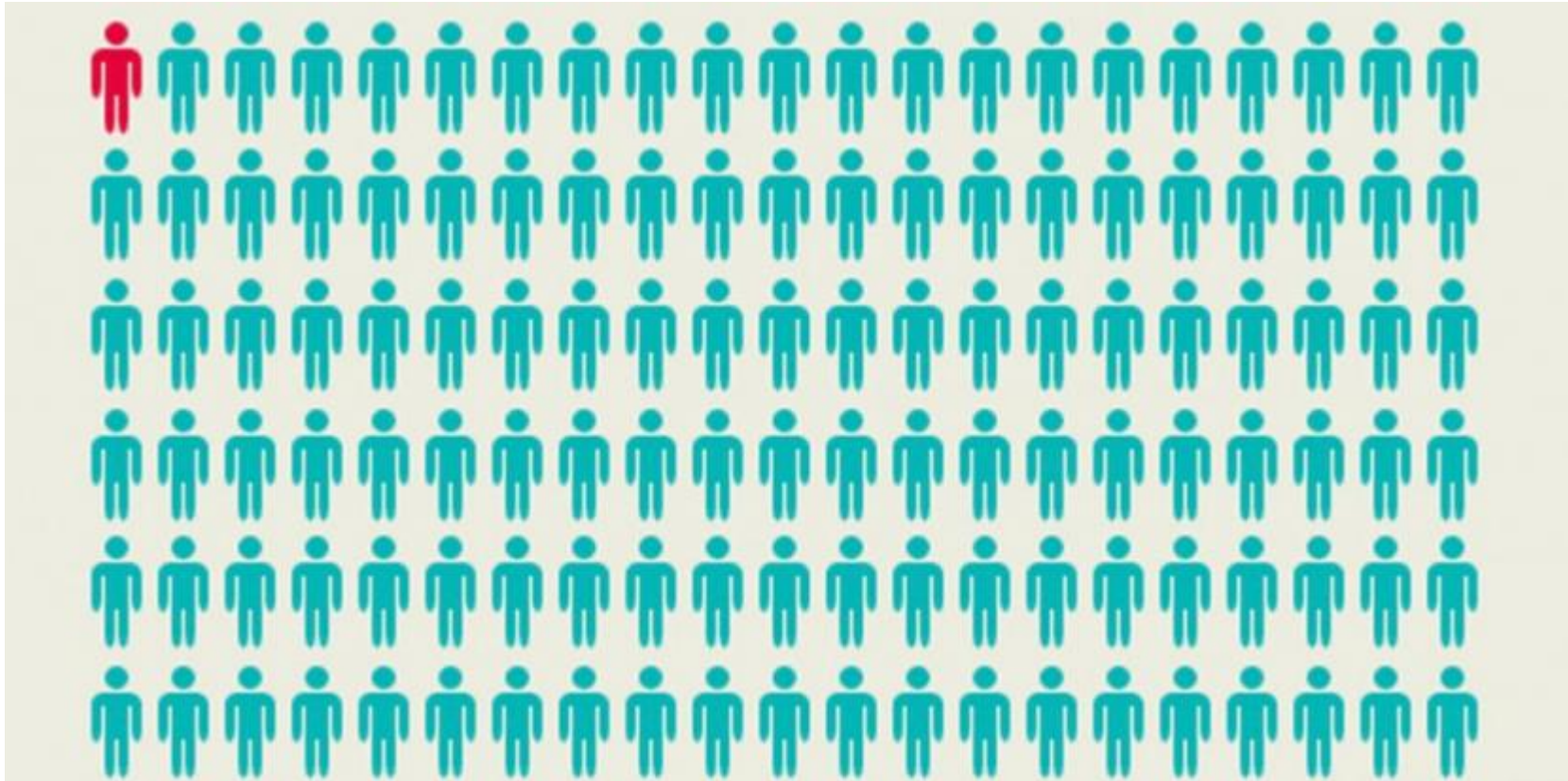
LA RÉPARTITION DE LA RICHESSE MONDIALE

Répartition de la richesse mondiale

Source : Crédit Suisse, données 2012



LE CAP DU 1% EN 2015



En 2015, les 1% les plus riches détiennent autant de richesse que le reste de la population dans le monde

INÉGALITÉS

LES CHIFFRES DU RAPPORT D'OXFAM



2208

Nombre
de milliardaires
dans le monde.



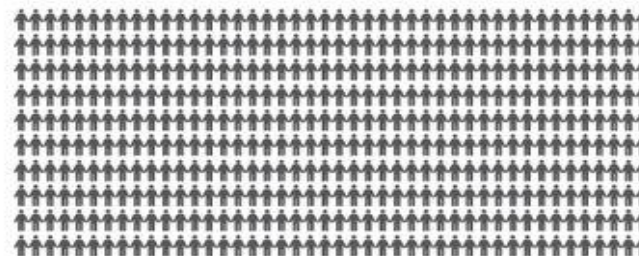
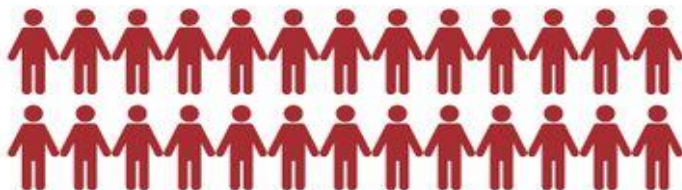
900 milliards
de dollars gagnés
par les milliardaires
l'an passé.

26

personnes

détiennent
autant
que les...

3,8 milliards
de personnes
les plus pauvres



Sources : Oxfam, Crédit Suisse, Forbes.

VISACTU

DES ÉCARTS DE SANTÉ EXISTENT À L'ÉCHELLE MONDIALE



- Si vous naissez au Canada, votre espérance de vie est de 82 ans
- Si vous naissez en Sierra Leone votre espérance de vie est de 50 ans

(OMS, 2015)

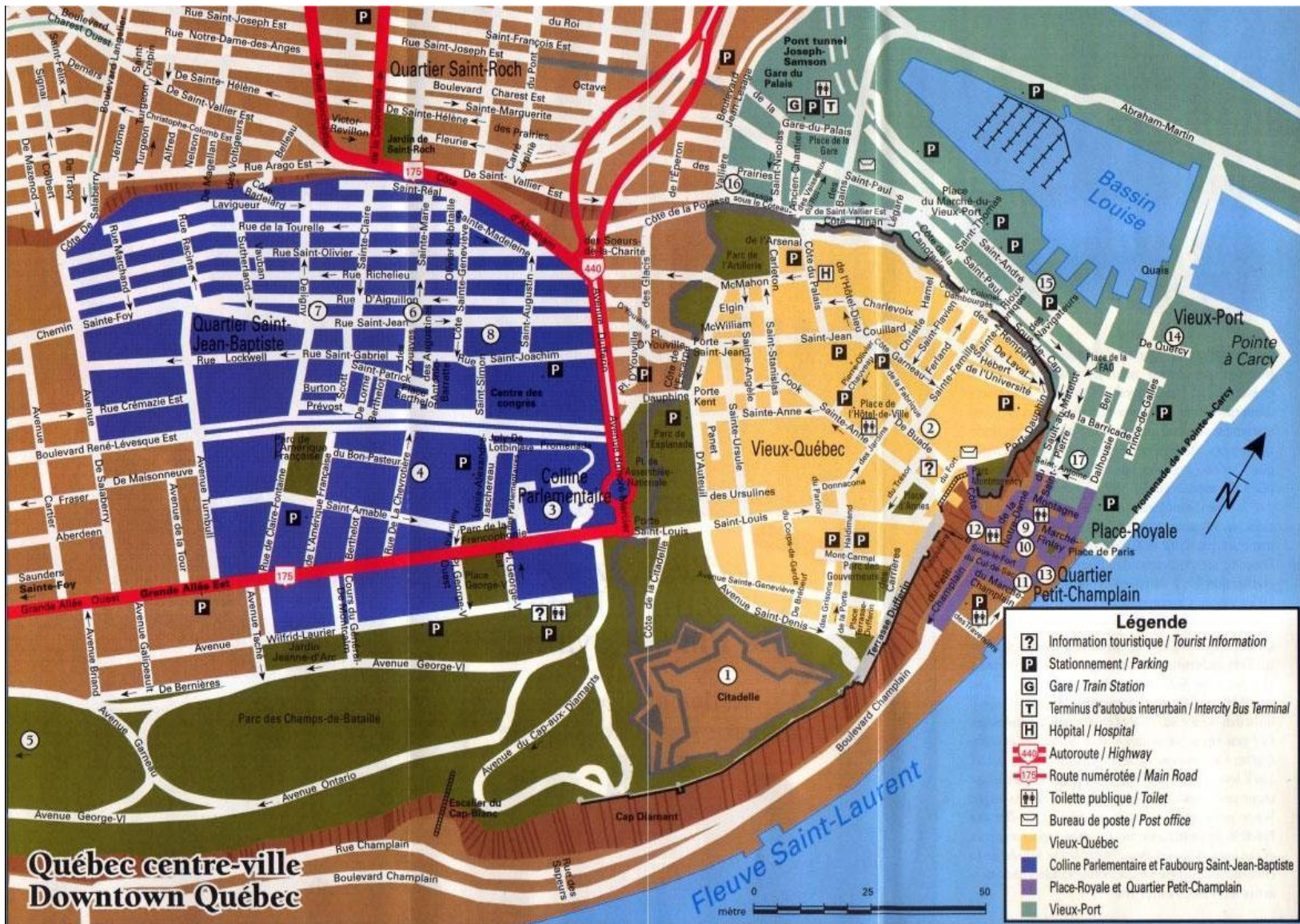
DES ÉCARTS DE SANTÉ EXISTENT À L'ÉCHELLE NATIONALE



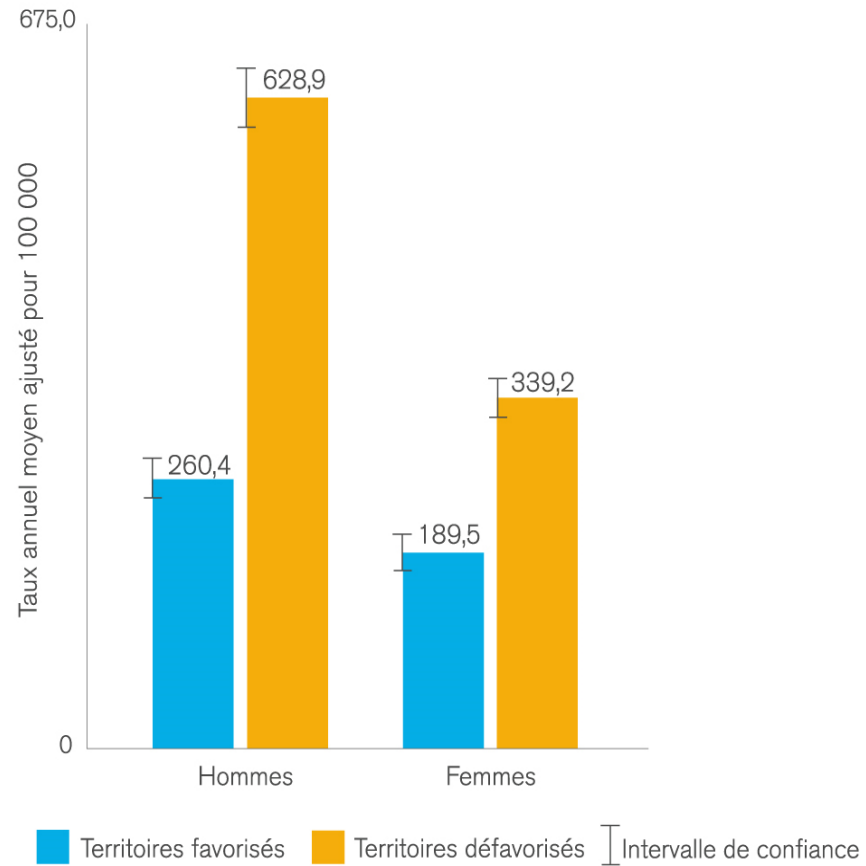
- Espérance de vie des Canadiens 82 ans

- Espérance de vie des Inuits 68 ans

(Agence de la santé publique, 2016)



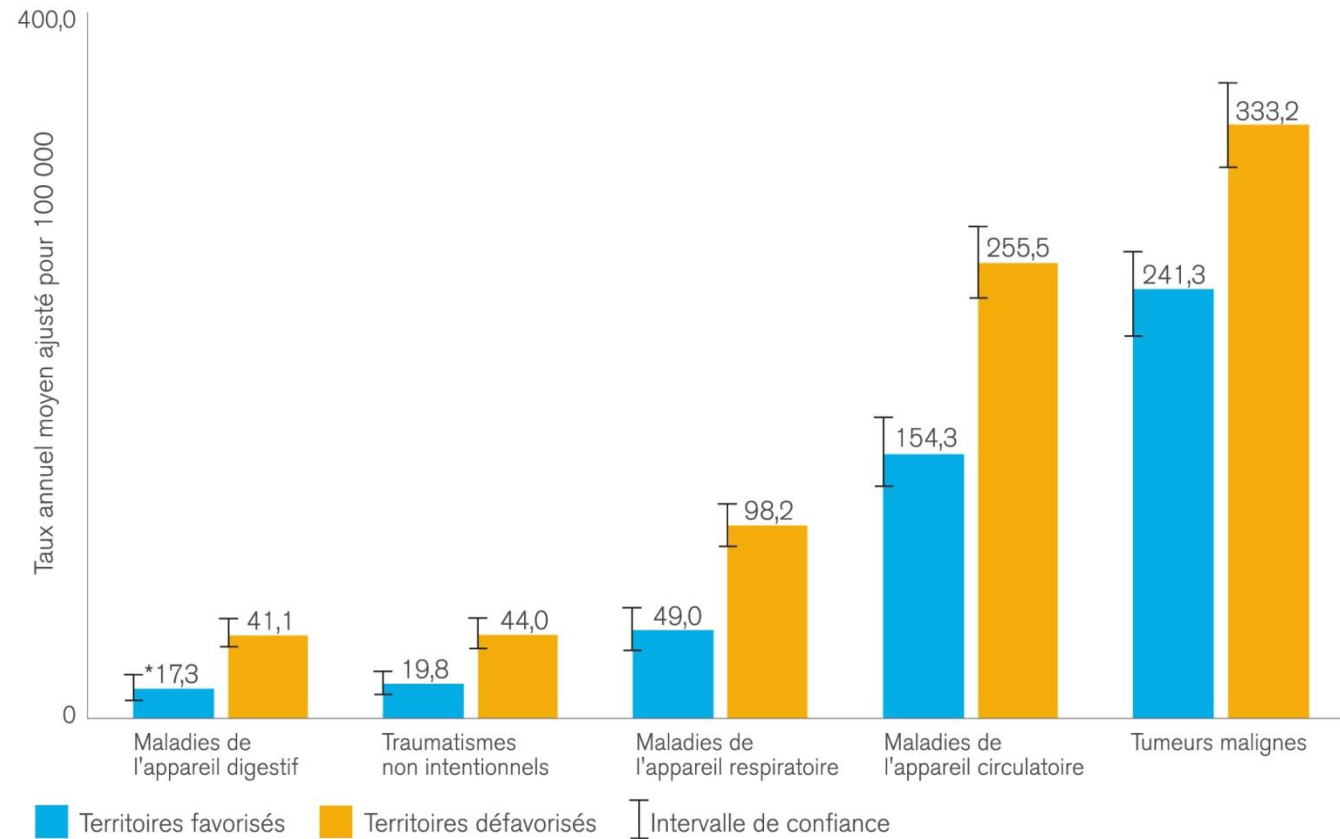
MORTALITÉ AVANT 75 ANS SELON LE SEXE ET SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source: INSPQ, 7 mai 2012.

Note: Intervalle de confiance à 95 %.

**MORTALITÉ POUR LES HOMMES SELON CINQ CAUSES
ET SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE,
CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008**



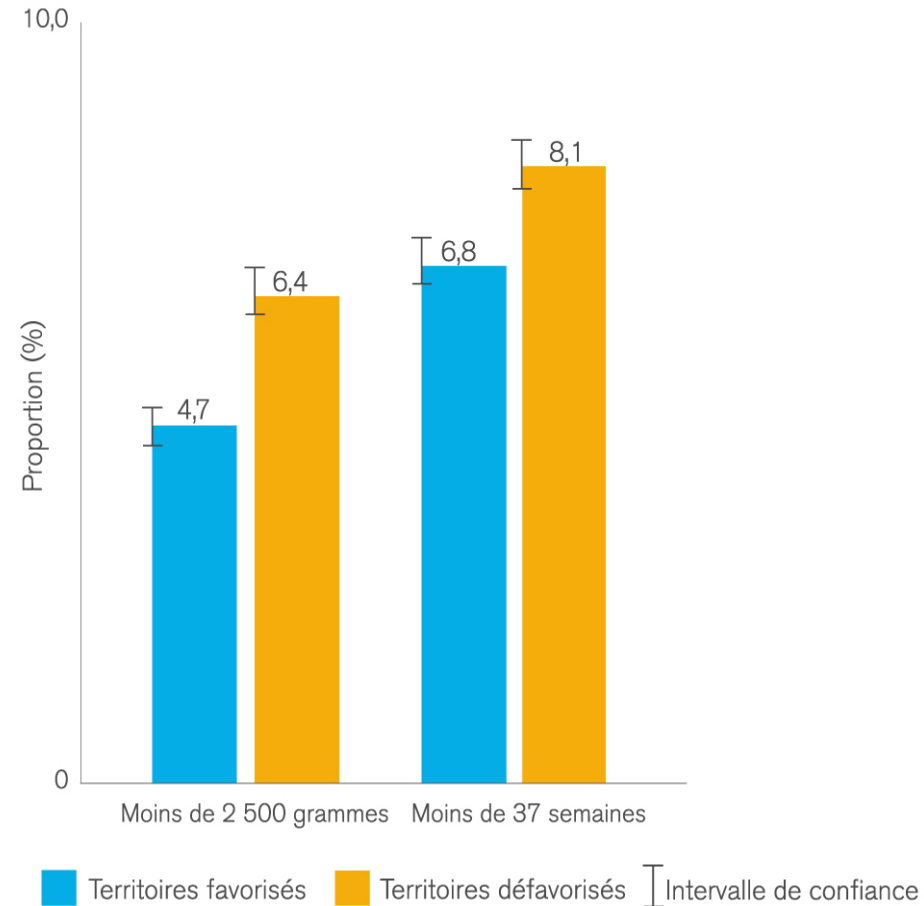
Source : INSPQ, 7 mai 2012.

* Donnée à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation.

Note 1 : Intervalle de confiance à 95 %. Test statistique au seuil 5 %.

Note 2 : Pour toutes les causes de mortalité chez les hommes, les écarts sont significatifs.

NAISSANCES DE FAIBLE POIDS OU PRÉMATURÉES SELON LE NIVEAU DE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, CAPITALE-NATIONALE, 2004-2008



Source : INSPQ, 7 mai 2012.

Note 1 : Intervalle de confiance à 95%.

Note 2 : Pour les deux indicateurs, la différence est significative au seuil de 5%.

DES INÉGALITÉS INTRATERRITORIALES À QUÉBEC

Haute-Ville à 9 h
L'espérance de vie est de 84,7 ans



Basse-Ville à 9 h 15
L'espérance de vie est de 76,5 ans



Les inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier. Regard spécifique sur 18 indicateurs.
Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, mars 2018.

DES INÉGALITÉS INTRA-TERRITORIALES À MONTRÉAL

CLSC Saint-Laurent à 9h00

CLSC Hochelaga à 9h20

L'espérance de vie est 85 ans

L'espérance de vie est 74 ans



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

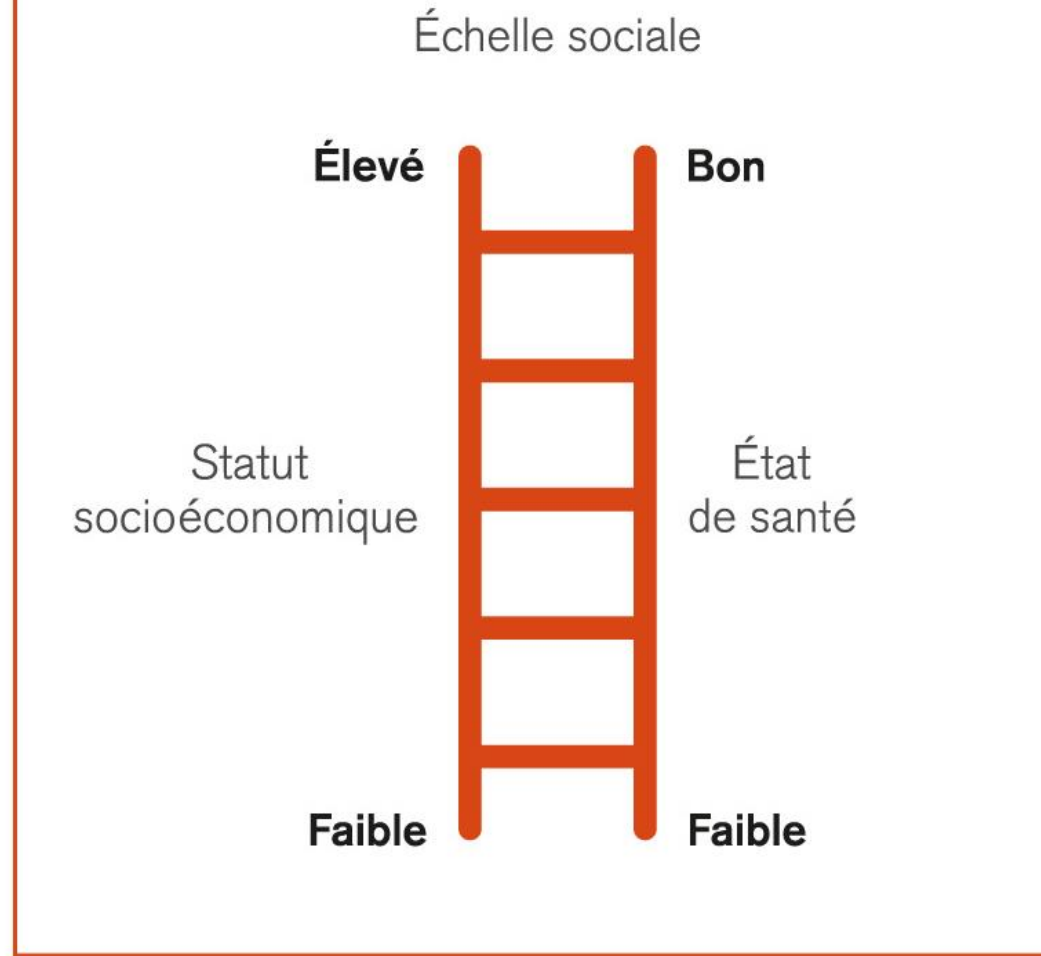
Des écarts de l'état de santé:

☞ entre différents groupes sociaux pouvant être définis par différents critères : la défavorisation, le territoire, la situation économique, le sexe, l'origine ethnique, la présence de limitations fonctionnelles, l'orientation sexuelle, etc.

☞ jugés injustes et évitables.

☞ qui suivent un gradient social.

LE GRADIENT SOCIAL (ILLUSTRATION)

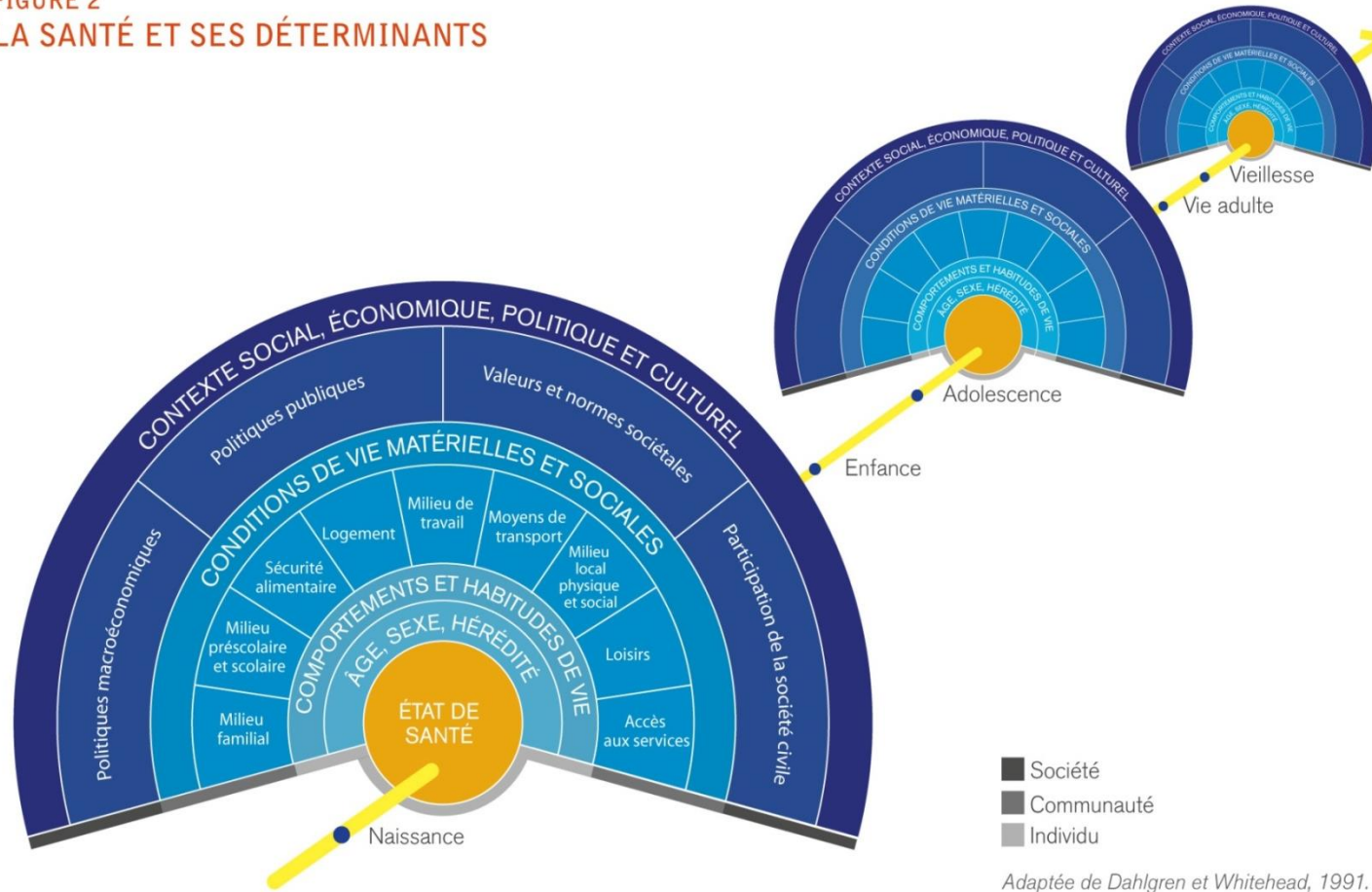


POURQUOI EXISTE-T-IL DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?



LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS

FIGURE 2
LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS



Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012
Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la Capitale-Nationale

DES GROUPES PARTICULIÈREMENT TOUCHÉS PAR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- œ personnes utilisatrices de drogues, en situation d'itinérance, en dynamique de prostitution
- œ personnes en situation de pauvreté
- œ personnes immigrantes
- œ personnes réfugiées
- œ personnes d'origine autochtone qui vivent hors réserve
- œ personnes ayant une limitation fonctionnelle physique
- œ personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle
- œ personnes ayant un problème de santé mentale
- œ Personnes qui font partie de la diversité sexuelle

DE L'EXCLUSION SOCIALE AU QUOTIDIEN

- de l'indifférence, un manque de considération, une mise à l'écart, une dévalorisation, du dénigrement, du rejet, de la négligence, des abus, de la violence.
- survient dans tous les milieux sociaux.
- se vit à travers les interactions sociales du quotidien.

DE L'EXCLUSION SOCIALE AU QUOTIDIEN

Dans ma famille, les gens ont réussi dans la vie. Puis, je suis bien contente pour eux autres. Mais ça ne m'enlève pas, je me sens comme inférieure. On me le fait sentir : "Ah, non, tu n'es pas allée en France, quand est-ce que tu vas y aller ? Ah, mais pourquoi tu ne t'achètes pas une maison ? " C'est dur de vieillir de même. T'sais, je me sens inutile face à des commentaires comme ça, puis diminuée, amoindrie (résidente en situation de pauvreté à Québec).

Chez ma vraie mère, mais quand mon frère, lui, bien, lui il avait de la viande, il avait des légumes. Mais moi, j'avais, je mangeais des sandwiches à la moutarde. Puis, elle me battait. Puis, les chums de ma mère, ils me violaient, fait que ma mère elle ne faisait rien. Puis, j'ai toujours resté en famille d'accueil, t'sais je veux dire jusqu'à aujourd'hui [...], mais ma mère puis mon père, ils ne faisaient rien, eux autres. Ils avaient de la viande, des légumes. Moi, je mangeais des biscuits ou des sandwiches à la moutarde (citoyenne en situation de pauvreté et ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle).

DE L'EXCLUSION SOCIALE AU QUOTIDIEN

On n'a pas beaucoup d'argent. 580 dollars. Tu donnes 350 dollars pour le loyer. Puis, il te crisse dehors une semaine après. Tu vas faire quoi? Là tu deviens agressif. Tu te ramasses en prison. (citoyen en situation d'itinérance à Québec)

Si tu lèves le ton, bien là elle prend ton dossier, comme je l'ai entendu par bien des gens. Ton dossier va en dessous. Puis, là tu attends ton chèque deux semaines plus tard. T'sais, c'est de l'abus de pouvoir ça. (citoyenne en situation de pauvreté à Québec)

DE L'EXCLUSION SOCIALE AU QUOTIDIEN

Quand tu es assis sur un banc de parc. Il est fait là pourquoi le calice de banc ! Ce n'est pas une décoration, c'est bien fait pour s'asseoir. Tu vas voir les petits vieux qui passent leur calice de journée assis là. Pas de problème. Moi, là, j'en ai pognés. Ils passaient les flics là, là ils me pognaient. Ils repassaient 15 minutes: "Ouais, ça fait 15 minutes que tu es assise là. Qu'est-ce que tu fais là?" Du flânage, un ticket. Des piles et des piles pour rien (citoyenne avec un passé d'itinérance).

DE L'EXCLUSION SOCIALE AU QUOTIDIEN

Fait que là le médecin commence. C'était l'enfer. Puis là, il m'a dit: " Aïe, avec toutes les piqûres que tu as sur". T'sais bête comme un chien! "Avec toutes les traces de piqûres que tu as sur le corps, tu n'es pas capable d'endurer ça." Hey! Calvaire. Tu ne parles pas de même à ton patient. Là je ne consomme plus, bon je ne me prostitue plus, je ne consomme plus. Ça fait deux ans, mais j'ai encore ça dans la tête. T'sais, j'ai des marques, puis tout ça. Puis, j'ai comme tout le temps cette idée qu'on va avoir des préjugés, puis on va me parler comme si j'étais une merde, comme si je n'avais pas droit aux soins, parce que bon je me piquais, j'avais un mauvais comportement. Ils ont des préjugés, puis ils te montrent que ça les écoeure de te traiter (citoyenne avec un passé de toxicomanie, de prostitution et d'itinérance)

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

La majorité des personnes rencontrées ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leur famille.



DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

T'sais, il y a des années dans ma vie je faisais l'épicerie avec 30 piastres par mois. Pas pendant une semaine, pour un mois. J'ai vécu ça. Mais là je mangeais des pâtes, du riz, puis des omelettes, des grilled cheese. Moi, je payais mon loyer, moi je suis une fille que le loyer, le téléphone, l'électricité, puis s'il en reste pour l'épicerie, on fait l'épicerie (résidente en situation de pauvreté à Portneuf).

Tu n'es pas président de la compagnie. Tu fais le ménage. Tu fais la job que les autres ne veulent pas. Pis, tu fais la job que tu vas être clairé dans trois mois. Fait que veux, veux pas, tu es précaire. Le jour où tu n'es plus employé, tu retournes sur l'aide sociale. Là, c'est comme si tu avais fait un vol de banque (citoyen en situation de pauvreté à Québec).

DES EFFETS SUR LA SANTÉ

Mauvaise santé physique

Angoisse, anxiété

Insomnie

Sentiment de frustration et de colère

Sentiment de honte et de culpabilité

Perte d'estime de soi et de confiance en soi

Humeur dépressive et pensées suicidaires

DES EFFETS IMPORTANTS SUR LA SANTÉ

Parce que moi je suis insécure financièrement, puis quand arrive le jour de ma paie, il me reste 25 cents. Fait que là je suis tout le temps sur le stress [...]. On dirait que je suis toujours en survie. C'est tout le temps un instinct de survie. Fait que ça devient épuisant (résidente en situation de pauvreté à Charlevoix).

Parce que quand j'étais sur le marché du travail, j'avais une assurance que je n'ai plus aujourd'hui. J'avais une confiance que je n'ai plus aujourd'hui. Puis, j'avais une estime que je n'ai plus aujourd'hui (résidente en situation de pauvreté à Portneuf).

DES EFFETS SUR L'IDENTITÉ SOCIALE

Les personnes rencontrées se sentent globalement :


- jugées et traitées différemment;
- inférieures, peu considérées et dénigrées;
- moins appréciées, moins aimées;
- étiquetées;
- surveillées (malhonnêtes, déviantes et dangereuses);
- anormales.

UNE SOUFFRANCE IDENTITAIRE

T'sais, c'est comme si on était un sous-citoyen (citoyen en situation de pauvreté à Québec).

Parce qu'eux autres, ils ont de l'argent, puis ils gagnent de l'argent. Alors, nous autres, on n'est pas égal aux travailleurs. T'sais, on est presque rien (citoyen en situation de pauvreté à Québec).

Tu te sens comme un ver de terre. Tu n'es plus rien (citoyenne en situation de pauvreté à Charlevoix).



Même s'ils sont semblables aux autres citoyens,
ils ont le sentiment d'être traités différemment.

Bien qu'ils soient citoyens à part entière,
ils ont le sentiment de ne pas l'être vraiment.

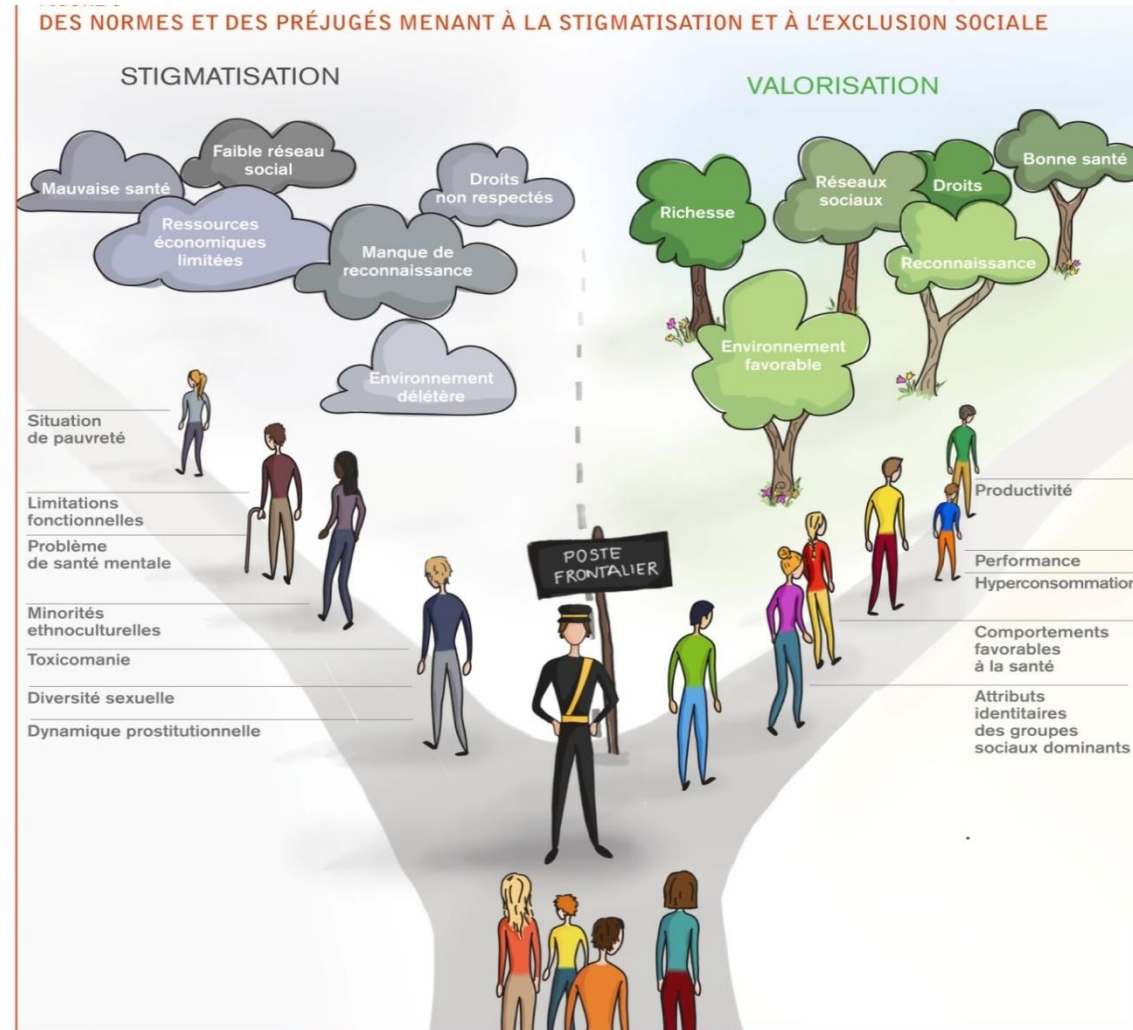
Ils sont comme tout le monde,
sans l'être vraiment.

Des personnes qui vivent dans la société
sans être de la société.



POURQUOI ?

DES NORMES ET DES PRÉJUGÉS MENANT À L'EXCLUSION



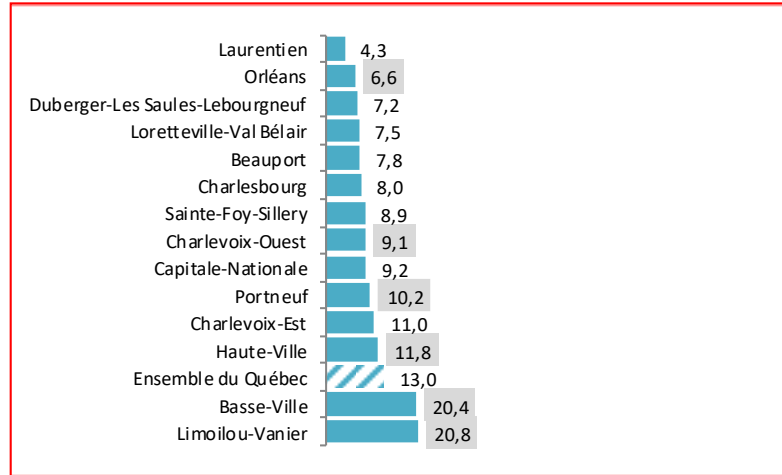
DES INÉGALITÉS SOCIALES AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FIGURE 4
LA PRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ :
UN MODÈLE CONCEPTUEL SYNTHÉTIQUE

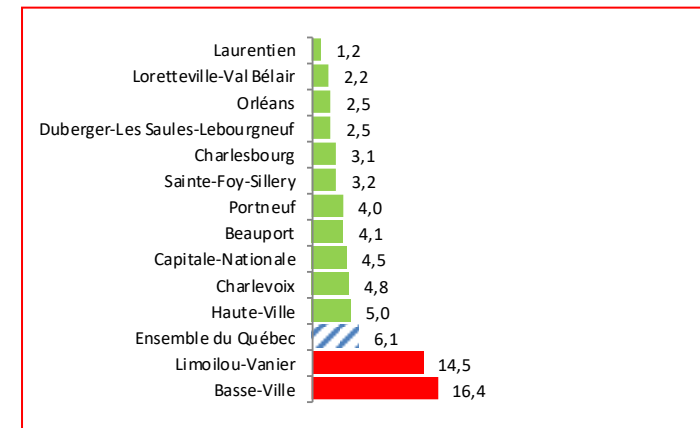


DES INÉGALITÉS SOCIALES

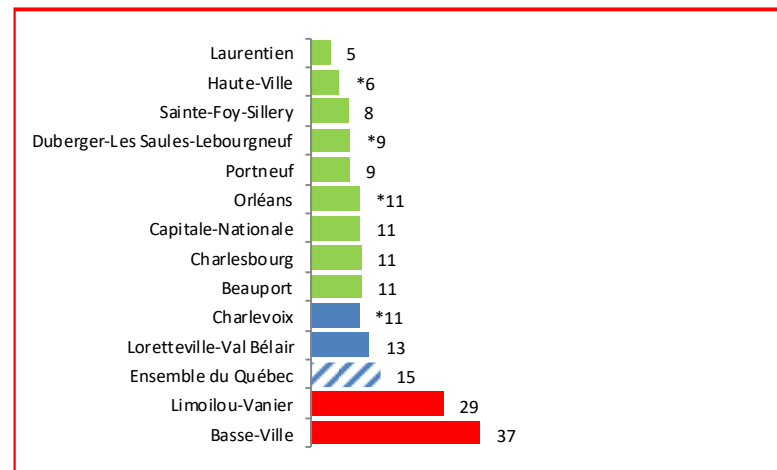
Pourcentage de familles vivant avec un faible revenu en 2010 (MFR)



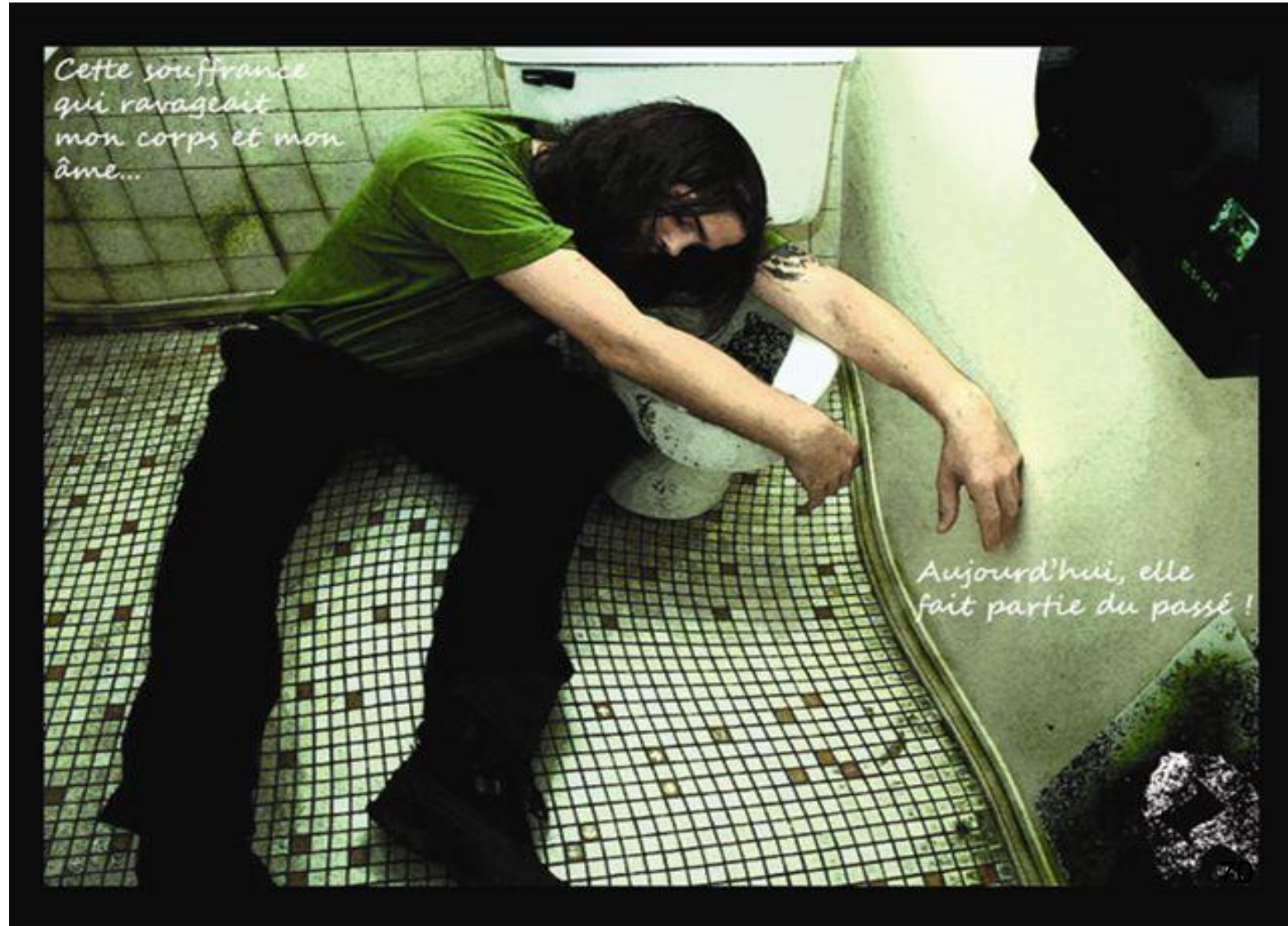
Pourcentage de prestataires d'assistance sociale 0-64 ans en mars 2017



Pourcentage de décrochage scolaire au secondaire en 2012-2013



LES INÉGALITÉS SOCIALES RENDENT MALADES ET TUENT






LE SOCIAL PÉNÈTRE SOUS LA PEAU



LA SANTÉ EST LARGEMENT UN PRODUIT SOCIAL



**LES GROUPES LES PLUS TOUCHÉS PAR LES
INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SONT AUSSI
LES MOINS BIEN DESSERVIS PAR LE SYSTÈME
DE SANTÉ ET SES PROFESSIONNELS**

PAUVRETÉ ET MARGINALISATION
QUELS EFFETS SUR LA SANTÉ?

Parmi les personnes qui vous consultent, lesquelles vivent en situation de pauvreté ou sont marginalisées? Le savez-vous? Savez-vous par quels mécanismes la pauvreté et la marginalisation agissent sur la santé? Savez-vous quels obstacles rencontrent ces personnes pour être en santé et pour avoir accès à des services de santé et des services sociaux de qualité? Faisons le point ensemble!

Shelley-Rose Hyppolite et Josette Castel

**M^{ME} DUBÉ NE PEUT SUIVRE
VOS RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES**

M^{me} Dubé, 28 ans, vous consulte pour son suivi d'hypertension artérielle et pour sa fille asthmatique et obèse. Vous la suivez depuis trois ans. Lorsque vous lui faites des recommandations pour l'alimentation de sa fille, M^{me} Dubé vous informe qu'elle a recours

(15,2% en 2013 selon la mesure du faible revenu) et à Montréal (14,7% en 2013)¹. La pauvreté touche donc des milliers de personnes qui ne parviennent pas à se nourrir convenablement, à se déplacer facilement et à se vêtir adéquatement puisqu'elles doivent consacrer une part très importante de leur revenu pour se loger. En 2016, près de 172 000 personnes ont eu recours chaque mois aux banques alimentaires québécoises pour manger, dont plus de 59 000 enfants². Il s'agit d'une hausse de 34,5% du recours aux banques alimentaires au Québec entre 2008 et 2016².



LES BARRIÈRES À L'ACCÈS ET À LA RÉTENTION DANS LES SERVICES

-
PROPOSITION 2



PROPOSITION

2

Démocratiser l'accès
au traitement [...]

Proposition 2 – Démocratiser l'accès au [...]

Les personnes [...] ont facilement accès au traitement [...] à proximité de leur domicile. Les obstacles à l'accès et à la rétention au traitement sont réduits au minimum. L'ensemble des équipes du Québec offrant le traitement [...] vise à le rendre flexible et individualisé. Les molécules agonistes opioïdes sont initiées à divers endroits, dont les services spécialisés, mais aussi les urgences, les **services psychiatriques**, les centres de détention et les GMF.

Source: [Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes \(TUO\)](#) (ESCODI, Mars 2020)



**Pourquoi les personnes UDI ou marginalisées
consultent peu le réseau de la santé et des services
sociaux ?**

Obstacles

- Les obstacles géographiques
- Les obstacles économiques
- Les obstacles organisationnels
- Les obstacles relationnels
- Les obstacles socioculturels

Obstacles

- **Les obstacles géographiques**
 - Services éloignés
- **Les obstacles économiques**
 - Directs
 - Soins de santé et services sociaux non couverts
 - Indirects
 - Transport
 - Garde des enfants
 - Impossibilité de manquer une journée de travail
- **Les obstacles organisationnels**
 - Manque d'informations sur les services
 - Inaccessibilité physique
 - Difficulté de prendre RDV
 - Manque d'accès et de coordination
 - Horaires restreints
 - Etc.
- **Les obstacles relationnels**
 - Être traité avec manque de respect
 - Être traité différemment des autres
 - Refus de traitement
- **Les obstacles socioculturels**
 - Non-reconnaissance ou le délai de reconnaissance d'un besoin de santé par la personne ou la croyance en l'efficacité limitée d'un service




Qu'est-ce que vous pourriez faire pour réduire les obstacles?

Réduire les obstacles

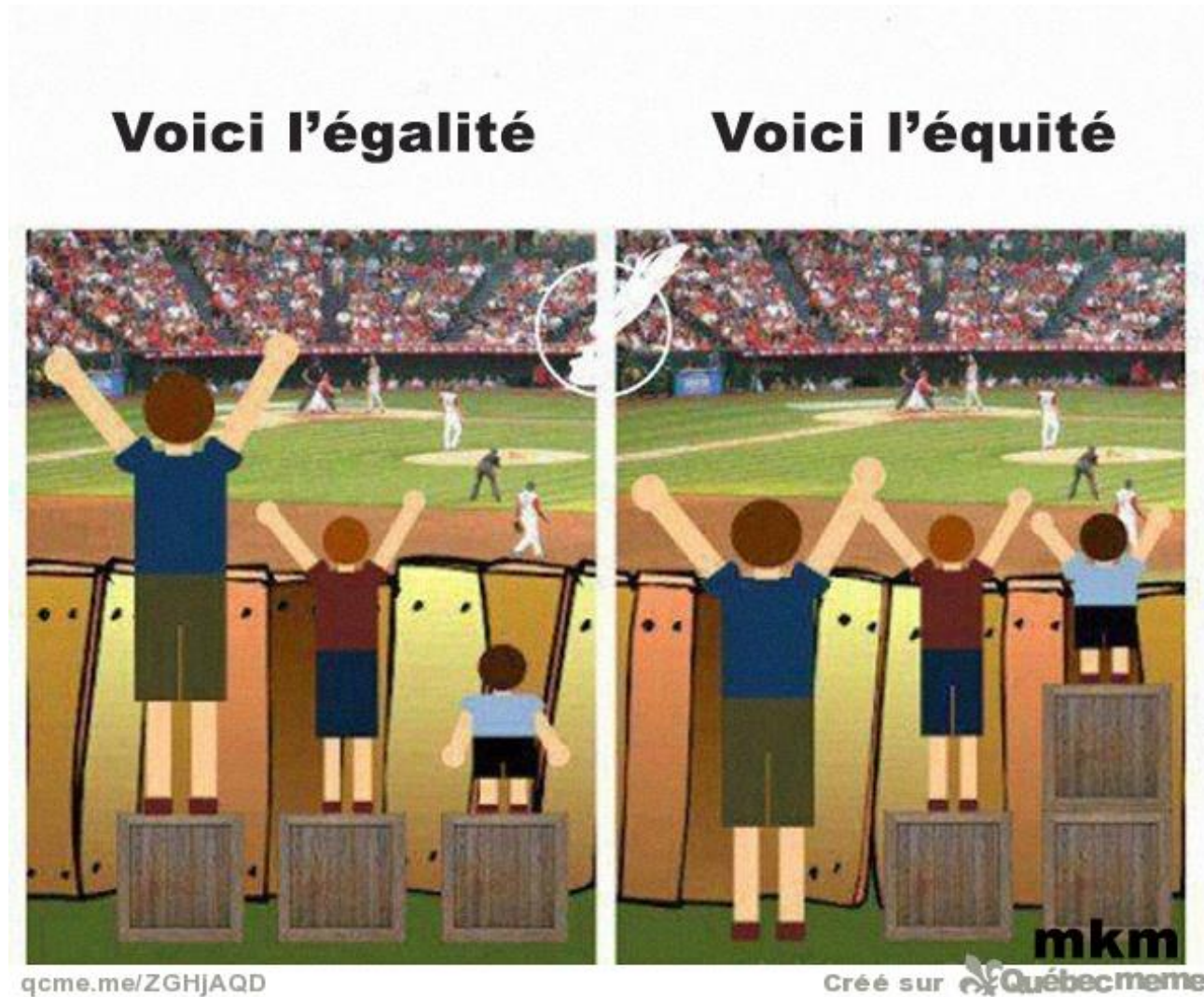
- **Les obstacles géographiques**
 - Services à des points fixes dans la communauté
 - Services mobiles dans la communauté
- **Les obstacles économiques**
 - Services gratuits
- **Les obstacles organisationnels**
 - Avec et sans rendez-vous
 - Heures flexibles
 - Prise de RDV facilitée
 - Pas exigence RAMQ
 - Informations accessibles sur les services offerts
 - Trajectoire de référence facilitée
 - Accès rapide aux services
 - Services en plusieurs langues
 - Services accessibles aux personnes ayant une limitation fonctionnelle physique
- **Les obstacles relationnels**
 - Accueil (respect, chaleureux, amical)
 - Pair aidant
 - Écoute
 - Capacité à adapter voire modifier les recommandations pour tenir compte du contexte
- **Les obstacles socioculturels**
 - Informations



Qu'est-ce que cela exige de vous et de votre organisation ?


- 
- Volonté ferme de rejoindre les personnes actuellement non rejointes
 - Droit des personnes
 - Responsabilité organisationnelle d'agir pour réduire les ISS (principe équité)
 - Inclusion sociale, participation citoyenne, empowerment

Principe équité





Inclure les personnes concernées

- 
- Volonté ferme de rejoindre les personnes actuellement non rejointe
 - Droit des personnes
 - Responsabilité organisationnelle d'agir pour réduire les ISS (principe équité)
 - Volonté d'amener son organisation au-delà de champ d'action habituel
 - Volonté et capacité d'innover
 - Approche avec plusieurs acteurs
 - Espaces d'échanges et d'innovation

Cliniques innovantes

Cliniques

SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement

Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières
(UMF-GMF CSSS de Trois-Rivières)

Santé urbaine Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal /
Maison du Père
(UMF-GMF des Faubourg)

SPOT-CCSE

Historique

- OBNL avec services depuis 2014

Mission: Améliorer l'état de santé des personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante, et former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de ces personnes.

Déroulement:

- Clinique sans rendez-vous 5 demi-journées par semaine au sein de 5 groupes communautaires
- Accueil par le pair aidant puis référence à l'infirmière accompagnée parfois d'un étudiant et d'un médecin (ou médecin accessible par téléphone)
- Personne revue au départ par le pair aidant
- Accompagnement

Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières

Structure et gouvernance: Plateforme inter-organisationnelle sans structure enregistrée. Cette organisation relève administrativement du CIUSSS-MCQ, mais les responsabilités opérationnelles sont partagées entre le CIUSSS-MCQ et les organismes communautaires Centre Le Havre et Point de Rue.

Mission: Rejoindre les personnes les plus vulnérables vivant des enjeux d'inclusion sociale à l'aide d'une offre de services interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle et ce dans une optique de santé globale. L'objectif est la réaffiliation par la quête de sens et la santé globale.

Déroulement: Personnes ciblées par les OC et partenaires. Référées si besoin à l'infirmière de l'équipe deux jours par semaine. Personne référée au besoin à l'équipe (l'infirmière, le médecin, des intervenants de Point de Rue et du Centre Le Havre, l'infirmière en dépendance et la travailleuse sociale de l'équipe itinérance) avec évaluation un jour par semaine.

Santé urbaine Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal / Maison du Père (MDP)


Structure et gouvernance: Clinique créée et organisée par les médecins du CLSC des Faubourgs et l'équipe de la MDP.


Mission: Offrir des soins aux personnes désaffiliées du réseau de la santé et graduellement les réaffilier. L'objectif final n'est pas le soin comme tel, mais la réaffiliation par les soins et les soins aux personnes réaffiliées.

Déroulement: Identification des personnes par un intervenant de la MDP. Chaque semaine, l'intervenant de la Maison du Père, l'infirmière de la Maison du Père et l'infirmier du CIUSSS échangent sur les personnes vues par l'intervenant et identifient celles qui seront vues à la clinique médicale.

Éléments communs

- Trois initiatives avec une historique différente, mais toutes offrent des soins et services de santé aux personnes désaffiliées.
- Trois initiatives marquées par une collaboration étroite entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire.
- Trois initiatives qui ne semblent pas avoir répondu à une commande ou à des exigences contraignantes avec résultats précis, circonscrits et définis d'avance.
- Trois initiatives ont comme cible les personnes désaffiliées non rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux.
- Volonté d'amener son organisation en dehors du champ habituel d'action.
- Approche globale de la santé.
- Approche axée sur la collaboration interprofessionnelle
- Infirmière clinicienne ayant un rôle élargi et étant une intervenante pivot
- Les trois initiatives ont cherché à réduire différents obstacles

- 
- La proximité est nécessaire.
 - Pas de solutions simples mais plusieurs solutions possibles.



QUESTIONS
ET
ÉCHANGES



Outils et activités à venir

Nouveaux outils pour soutenir l'intervention en itinérance

Guide des bonnes pratiques en itinérance

Entrevues et
témoignages vidéo

En savoir plus

Principes clés: un
premier pas dans le
Guide

En savoir plus

Pratiques de base à
adopter

En savoir plus

Situations défi
rencontrées dans
l'intervention
[disponibles bientôt]

En savoir plus

<https://www.cremis.ca/publications/dossiers/e-guide-des-bonnes-pratiques-en-itinerance/>

Objectifs du projet: Soutien à l'identification des barrières d'accès et de rétention dans les services offrant le TAO (2021-2024)

- 1) Accompagner les équipes à l'identification des barrières d'accès et de rétention dans les services offrant le TAO.
- 2) Soutenir les gestionnaires et cliniciens à l'implantation des modalités qu'ils auront identifiées dans leur région respective, afin d'améliorer l'accès et la rétention en traitement du TUO, développer la pharmacothérapie de remplacement (approvisionnement plus sécuritaire) et améliorer les pratiques en TUO.

Propositions de soutien

- ❖ Accompagnement personnalisé à chaque équipe qui le souhaite
- ❖ Outils d'aide à l'identification des barrières d'accès et de rétention et à la planification des interventions à mettre en place
- ❖ Développement de formations et d'outils sur des thématiques se rapportant aux propositions du Guide TUO

Club de lecture – nos recommandations



INNOVER DANS LA PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES MARGINALISÉES

VOLET 2 : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DE TROIS INITIATIVES QUÉBÉCOISES QUI VISENT À OFFRIR DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ AUX PERSONNES MARGINALISÉES

Projet financé par le Réseau de connaissance en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1)



Janvier 2019


[Hyppolite et al. \(2019\). Favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées - Volet 2 : Étude descriptive et comparative de trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de santé de proximité aux personnes marginalisées.](#)



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

International Journal of Drug Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugpo



Research paper

From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID

Rozalyn Milne^{a,*}, Morgan Price^b, Bruce Wallace^c, Anne Drost^a, Irene Haigh-Gidora^a, Frank A. Nezil^a, Chris Fraser^b

^a Cool Aid Community Health Centre, 1st Floor 713 Johnson Street, Victoria, BC, Canada V8W 1M8
^b UBC Department of Family Practice, Cool Aid Community Health Centre, 1st Floor 713 Johnson Street, Victoria, BC, Canada V8W 1M8
^c School of Social Work, University of Victoria, Box 1700 STN CSC, Victoria, BC, Canada V8W 2Y2

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 2 January 2015
 Received in revised form 9 July 2015
 Accepted 13 July 2015

Keywords:
 Hepatitis C
 HCV
 Drug use
 PWID
 Community health centre
 Primary care
 Health

ABSTRACT

Background: Knowledge is increasing regarding effective models of HCV care for people who inject drugs (PWID). However, examples implementing such models in primary care are lacking, leaving a gap in our applied understanding of how practically we best scale-up such care: this is critical and urgent if the benefits of treatment advances are to be realized for PWID.

A case study: The Cool Aid Community Health Centre (CHC) provides HCV programming for PWID, putting recent advances into practice. A case study of the CHC's HCV programming describes the practice experience and outcomes of its novel, multidisciplinary, primary care, inner-city HCV treatment program for PWID. This paper describes how this model of care functions to address the many barriers to treatment and successfully facilitate adherence to treatment.

Conclusion: Medical advances for HCV will be ineffectual without effective management of complex barriers to care related to substance use, mental health, trauma, poverty, homelessness, criminalization, cultural issues, stigma and marginalization. HCV treatment for PWIDs benefits from low-threshold settings which are culturally appropriate and where trusting relationships between clients and providers are nurtured. Public investment in primary care treatment for PWID living with HCV, including investments in supports that address the social barriers faced by these vulnerable populations would build on existing evidence and improve HCV outcomes for PWID.

© 2015 Elsevier B.V. All rights reserved.

In this paper, we present a case study of a current program for treatment of Hepatitis C in marginalized peoples attending a multidisciplinary, primary care community health centre, the Cool Aid Community Health Centre in Victoria, British Columbia, Canada where comprehensive in-house primary care has proven successful in diminishing commonly experienced barriers to treatment in this population.

People impacted by structural inequities, including poverty and homelessness, criminalization, and stigmatization of substance use and mental illness, experience both poorer health and significant barriers in accessing primary healthcare services (Browne et al., 2012). While Hepatitis C (HCV) rates may be decreasing amongst the general population (Myers, Krajden, & Bilodeau, 2014), certain groups experiencing severe economic hardships, problematic substance use and social exclusion

experience increasing incidence and prevalence of HCV and persistent barriers to care (Grebely, Bruggmann, Backmund, & Dore, 2013; Grebely & Dore, 2014; Klein et al., 2013). People who inject drugs (PWID) specifically have a high risk of infection, a high incidence of HCV and HIV co-infection, and low-uptake, adherence and efficacy of HCV treatment (Grebely, Bruggmann, et al., 2013).


Illicit drug use and other barriers to care are frequently exacerbated by poverty and homelessness. Inner-city populations experiencing unstable housing or homelessness specifically have extremely poor health status (Hwang et al., 2011), and barriers of access to primary care exist despite universal health insurance (Hwang et al., 2010). These populations also have high rates of HIV and HCV infection, low rates of access to testing and care, lower rates of treatment adherence, and poorer treatment outcomes (Gelberg et al., 2012; Milloy, Marshall, Montaner, & Wood, 2012).

New treatment advances hold promise of substantial reductions in morbidity and mortality related to both HIV and HCV

[Milne, R., et al. \(2015\). From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. *International Journal of Drug Policy*.](#)

98

Activités à venir



Discussion clinique sur l'utilisation du Sevelong^{MC} (équivalent du Kadian^{MC}) dans le traitement par agonistes opioïdes en Suisse avec :

Dr Gerard Calzada
Médecin psychiatre et psychothérapeute, spécialiste des addictions.
Médecin adjoint au Service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève.
Médecin responsable du Programme de prescription d'héroïne médicale à Genève.

Activité qui s'adresse aux pharmaciens, médecins, infirmières et intervenants psychosociaux

Le lundi 31 mai de 12 h à 13 h

Pour vous inscrire: <https://www.eventbrite.ca/e/billets-discussion-clinique-sur-lapprovisionnement-plus-securitaire-150934337667>



CRI CONVERGENCE
RECHERCHE | RESEARCH
INTERVENTION

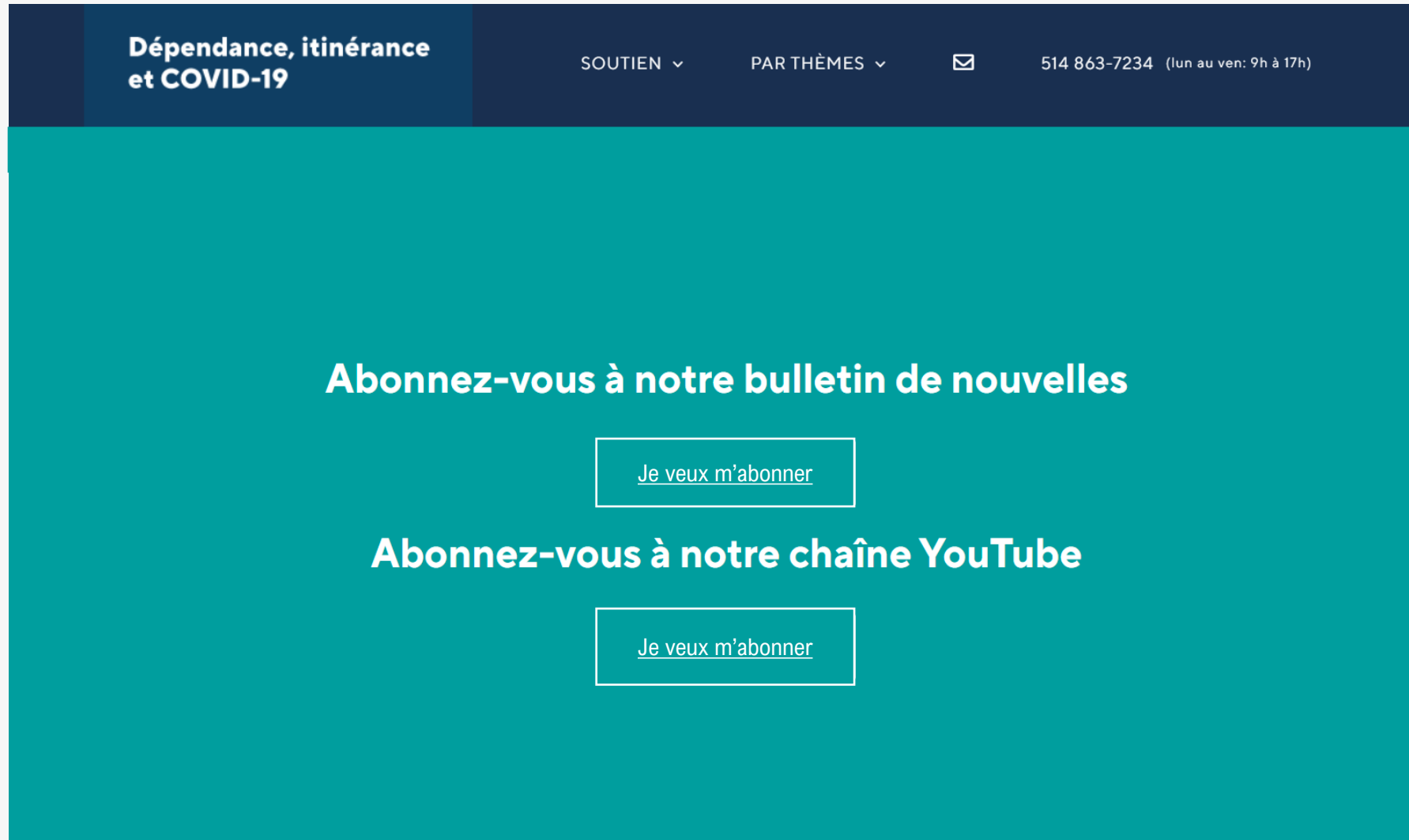
Séminaire annuel en ligne | **Annual online seminar**
25 mai au 3 juin 2021 | *May 25th to June 3rd 2021*

RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec
IUD INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES
HERMES
AQCID ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'INTERVENTION EN DÉPENDANCE
aidq ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC


2021

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=212&owa_bottin

Suivez l'Équipe!



**Dépendance, itinérance
et COVID-19**

SOUTIEN ▾ PAR THÈMES ▾  514 863-7234 (lun au ven: 9h à 17h)

Abonnez-vous à notre bulletin de nouvelles

[Je veux m'abonner](#)

Abonnez-vous à notre chaîne YouTube

[Je veux m'abonner](#)



MERCI

Prochaine rencontre 14 juin 13 h à 15 h

- **Le panier minimal de services**

**L'Équipe de soutien clinique et organisationnel
en dépendance et itinérance**

Téléphone ou textos: 514 863-7234

Courriel:

soutien.dependance.itinerance.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Site web: <http://dependanceitinerance.ca/>