

Activités de liaison auprès de personnes en situation d'itinérance :

Portrait du service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU) de l'Hôpital Notre-Dame

Sue-Ann MacDonald, Ph. D.
Chercheure principale
École de travail social, Université
de Montréal

Philippe-Benoit Côté, Ph. D.
Cochercheur, Département de
sexologie, UQAM

Guillaume Renard-Robert, M.A.
Assistant de recherche,
Département de sexologie, UQAM

CREMIS

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales,
les discriminations et
les pratiques alternatives
de citoyenneté

Rapport Final

Activités de liaison auprès de personnes en situation d'itinérance : portrait du service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU) de l'Hôpital Notre-Dame est une production du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

► cremis.ca

Adresse

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 66, rue Sainte-Catherine Est, 6e étage, bureau 611, Montréal (Québec), H2X 1K6

Auteur(e)s du rapport

Sue-Ann MacDonald, Ph.D., Chercheure principale, École de travail social, Université de Montréal, membre du CREMIS

Philippe-Benoit Côté, Ph.D., Cochercheur, Département de sexologie, UQAM, membre du CREMIS

Guillaume Renard-Robert, M.A., Assistant de recherche, Département de sexologie, UQAM

Mise en page

Camille Le Pallec, Stagiaire, CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Référence suggérée

MacDonald, S.-A., Côté, P.-B. et G. Renard-Robert (2021). *Activités de liaison auprès de personnes en situation d'itinérance : portrait du service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU) de l'Hôpital Notre-Dame*. Montréal, Québec : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

ISBN : 978-2-550-93598-8

DÉPÔT LÉGAL BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2021 BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2022 Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition que la source soit mentionné

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	5
CONTEXTE DE L'ÉTUDE	6
ÉTAT DES CONNAISSANCES	8
L'ITINÉRANCE, UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE AFFECTÉ PAR LA SORTIE DES HÔPITAUX	8
ITINÉRANCE, SORTIE HOSPITALIÈRE ET CONTINUITÉ DES SOINS	9
LE MODÈLE DE L'INTERVENTION EN PÉRIODE CRITIQUE : UNE INSPIRATION POUR LES ACTIVITÉS DE LIAISON DU STMU	10
OBJECTIFS DE RECHERCHE	12
CADRE THÉORIQUE	13
LE MODÈLE LOGIQUE COMME OUTIL DE SCHÉMATISATION	13
LE PROCESSUS DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS	14
LA TRAJECTOIRE DES SERVICES ET LA NÉGOCIATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES	14
APPLICATION ET PERTINENCE DU CADRE THÉORIQUE POUR LE PROJET DE RECHERCHE	15
MÉTHODOLOGIE	16
MÉTHODE DE L'ÉTUDE DE CAS	16
COLLECTE DES DONNÉES	16
<i>Entretiens individuels semi-dirigés avec des professionnel.le.s</i>	17
<i>Observation terrain des activités de liaison réalisées par des professionnel.le.s</i>	18
<i>Observation d'une rencontre d'équipe du STMU</i>	18
ANALYSE DES DONNÉES	19
LIMITES DE L'ÉTUDE	20
RÉSULTATS	21
DES ACTIVITÉS DE LIAISON INSCRITES DANS UNE APPROCHE GLOBALE AFIN D'ASSURER UNE FLUIDITÉ DE SOINS	21
<i>Les activités de liaison du STMU servent à assurer une « fluidité de soins » et se fondent sur le processus dialogique avec les partenaires externes</i>	21
<i>Au-delà des critères d'admission centrés sur la dépendance aux substances, les activités de liaison du STMU se déploient à partir d'une approche globale</i>	24
LES CARACTÉRISTIQUES ET LES DÉFIS DES ACTIVITÉS DE LIAISON OFFERTES AU STMU	27
<i>Les demandes de consultation : une pression exercée sur le personnel infirmier de liaison</i>	27
<i>La clinique externe : le partage du travail entre le « biomédical » et le « psychosocial »</i>	30
<i>L'unité de soins du STMU : l'importance du travail d'équipe qui place les usager.ère.s au centre des services</i>	32
RECOMMANDATIONS POUR CONSOLIDER LE PROCESSUS DIALOGIQUE ET RÉPARTIR LA RESPONSABILITÉ DE L'ITINÉRANCE DANS L'ENSEMBLE DES SERVICES DE L'HÔPITAL	35

<i>Consolider le processus dialogique dans l'ensemble des services, dont l'urgence, afin d'assurer une compréhension commune de l'organisation des services.....</i>	<i>35</i>
<i>Répartir la responsabilité de l'intervention sur l'itinérance entre tous les services de l'hôpital par une meilleure sensibilisation à ce phénomène.....</i>	<i>37</i>
DISCUSSION	40
L'EXISTENCE D'UN MODÈLE NOVATEUR D'ACTIVITÉS DE LIAISON : UNE PRATIQUE À INTÉGRER DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS.....	40
« LA FLUIDITÉ DES SOINS », LE DIALOGUE ET LA COORDINATION : UN PROCESSUS CONTINU DE PARTENARIAT AU CŒUR DES ACTIVITÉS DE LIAISON DU STMU.....	42
LA COMPLEXITÉ DU PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE : UNE QUÊTE DE RECONNAISSANCE ET DE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE.....	43
DES ACTIVITÉS DE LIAISON EN TENSION ENTRE LA RECHERCHE D'EFFICACITÉ ET LA NÉCESSITÉ DE PRENDRE SON TEMPS	44
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXE I	52
ANNEXE II :.....	53
CONSULTATION STMU	53
ANNEXE III :.....	54
PORTES D'ENTRÉE DE L'UNITÉ DE SOINS	54
ANNEXE IV :	55
SORTIE DES USAGERS AVEC ACTIVITÉS DE LIAISON	55

RÉSUMÉ

Ce rapport de recherche vise à dresser un portrait du fonctionnement, des obstacles et des éléments qui facilitent les activités de liaison déployées par les clinicien-nes du Service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU) de l'Hôpital Notre-Dame (HND). Ce portrait s'est réalisé à partir d'une étude de cas qualitative menée de février à juin 2019 auprès de l'équipe de professionnel-les du STMU. Trois stratégies de collecte de données ont été déployées, soit des entretiens individuels avec cinq professionnel-les (médecins, travailleuses sociales, infirmières), des périodes d'observation lors d'interventions réalisées par des professionnel-les du STMU et une période d'observation lors d'une rencontre d'équipe du STMU. L'analyse des résultats a révélé que les activités de liaison sont conçues à partir d'une approche globale afin d'assurer une fluidité de soins. La description des caractéristiques et des défis de ces activités illustre l'importance du dialogue avec les partenaires à l'externe, les partenaires à l'interne et les usagers-ères afin, ultimement, d'améliorer la trajectoire de soins et la situation domiciliaire des personnes. Enfin, les professionnel-les recommandent de consolider le processus dialogique afin d'assurer une compréhension commune de l'organisation des services, ainsi que d'assurer une meilleure conscientisation de l'itinérance afin de collectiviser la responsabilité de l'intervention sur ce phénomène à tous les membres de l'hôpital.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

À l'automne 2017, le transfert des activités du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) sur un seul site a entraîné une modification de sa mission. Si le CHUM recevait initialement la majorité des usager.ère.s des refuges, la responsabilité d'offrir des soins hospitaliers et d'urgence aux personnes en situation d'itinérance au centre-ville de Montréal a été transférée à l'Hôpital Notre-Dame (HND). Lors de ce changement organisationnel, il était prévu que la majorité des visites à l'urgence et des hospitalisations pour les problèmes médicaux, chirurgicaux et psychiatriques des personnes en situation d'itinérance auraient lieu à l'HND. Ce changement de mission a interpellé les clinicien.ne.s (médecins, personnel infirmier, travailleuses et travailleurs sociaux) du Service de toxicomanie et de médecine urbaine (STMU) de l'HND, car ce service, par son volet de médecine urbaine, est régulièrement en contact avec des personnes en situation d'itinérance. De plus, la majorité des médecins du STMU font partie de l'équipe itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et sont présents sur le terrain dans différents refuges. L'équipe HND voulait développer une offre de services basée sur l'accompagnement afin de répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance et de s'assurer de l'efficacité des services. C'est dans ce contexte que des clinicien.ne.s du STMU ont contacté le CREMIS afin de documenter, par une démarche de recherche, le fonctionnement de ce programme. Après quelques rencontres préalables entre les clinicien.ne.s du STMU et l'équipe de recherche du CREMIS, un projet de recherche qualitatif a été élaboré pour répondre à cet objectif.

Initialement, le programme de soins en itinérance a été conçu en se fondant sur cinq objectifs :

- 1) Planifier dès l'admission un hébergement adapté à l'état de santé de l'usager.ère et un suivi post-hospitalier par un infirmier ou une infirmière-pivot en itinérance et un médecin ;
- 2) Réduire la durée d'hospitalisation en planifiant la poursuite des traitements en milieu de vie ;
- 3) Réduire le risque de réhospitalisation précoce pour la même condition ;
- 4) Améliorer la qualité et la continuité des soins ;
- 5) Réduire le recours à l'urgence par une meilleure prise en charge dans la communauté.

Ce programme s'est inspiré de la littérature sur l'intervention en période critique (*critical time intervention*) afin d'assurer une liaison, lors des sorties hospitalières, avec les ressources de la communauté, de trouver un hébergement adapté à l'état de santé et de maintenir la continuité des

traitements institués (Herman, 2007, 2011 ; Jones, 2003 ; Susser et al., 1997). Si la plupart des études sur l'intervention en période critique proviennent du domaine de la psychiatrie, certains travaux suggèrent que ce type d'intervention est applicable à un ensemble d'établissements (hôpitaux, refuges, milieu carcéral) pour prévenir l'itinérance (Susser et al., 1997).

Le programme de soins en itinérance de l'HND devait être implanté à l'automne 2018, mais il n'a malheureusement pas vu le jour en raison de différents enjeux administratifs et organisationnels. L'équipe de recherche s'est donc concentrée sur les activités de liaison déployées par les clinicien.ne.s du STMU, activités qui constituent l'un des volets de ce programme de soins en itinérance. Cette nouvelle orientation du projet permettait de mieux comprendre les mécanismes mis en place par un centre hospitalier afin d'assurer la transition de personnes en situation d'itinérance vers les ressources communautaires et institutionnelles pertinentes. Ce projet, cohérent avec les différents travaux scientifiques qui révèlent que la sortie hospitalière constitue un tournant important dans le passage à l'itinérance (Greysen et al., 2012 ; MacDonald et al., 2020 ; Tomita et Herman, 2012), constitue une étude de cas intéressante pour documenter la continuité des soins auprès des personnes en situation d'itinérance en dressant un portrait du fonctionnement, des obstacles et des éléments qui facilitent les activités de liaison déployées par les clinicien.ne.s du STMU de l'HND.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section présente les principaux constats des travaux scientifiques sur la complexité de l'itinérance et la fragilisation occasionnée par la sortie des hôpitaux. Cet état des connaissances montre les effets de la fragmentation des services et de la discontinuité des soins sur les personnes en situation d'itinérance, notamment lors de la transition entre l'hôpital et les services dans la communauté. Il présente également de façon succincte les principaux éléments constitutifs de l'intervention en période critique qui a inspiré les cliniciens de l'HND lors de la conception des activités de liaison du STMU.

L'ITINÉRANCE, UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE AFFECTÉ PAR LA SORTIE DES HÔPITAUX

La Politique nationale de lutte contre l'itinérance définit l'itinérance comme « la combinaison de facteurs structurels, institutionnels et individuels inscrits dans le parcours de vie des personnes, menant à un processus de rupture sociale, qui se manifeste entre autres par la difficulté d'obtenir ou de maintenir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre » (Gouvernement du Québec, 2014b, p. 30). Cette définition met en évidence que l'itinérance est un phénomène multidimensionnel et complexe influencé par des facteurs interpersonnels, systémiques et structurels. En ce qui a trait aux facteurs interpersonnels, plusieurs personnes en situation d'itinérance ont vécu des expériences de violence, de négligence, de maltraitance ou d'agressions à caractère sexuel (Flynn et al., 2017 ; MacDonald et Roebuck, 2018 ; Thrane et al., 2006 ; Tyler et Bersani, 2008 ; Tyler et al., 2001 ; Whitbeck et al., 1999). Ces traumatismes entraînent des difficultés d'apprentissage, des problèmes de santé physique et mentale ou des problèmes de consommation de substances qui contribuent au processus de désaffiliation sociale (Baker-Collins, 2013 ; Karabanow, 2004 ; Rodrigue, 2016 ; Roy et al., 2013). Pour les facteurs systémiques, les portes tournantes entre les différentes institutions (MacDonald et Dumais Michaud, 2015a, 2015b ; Nichols, 2016) constituent des facteurs du passage à l'itinérance. Quant aux facteurs structurels, plusieurs travaux montrent que la précarité économique (Embleton et al., 2016) ainsi que le manque de logement abordable, sécuritaire et permanent (Fleury et Fortin, 2006 ; Gouvernement du Québec, 2009, 2014b ; Pagès, 2011) constituent des points de bascule et de maintien des personnes en situation d'itinérance. Cependant, si les facteurs structurels comme la pauvreté et la crise du logement ont été amplement documentés dans des études sur l'itinérance, peu d'entre elles décrivent les mécanismes mis en place par les hôpitaux du Québec pour assurer la transition des personnes en situation d'itinérance vers d'autres ressources (MacDonald et al., 2020).

ITINÉRANCE, SORTIE HOSPITALIÈRE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Plusieurs études révèlent que, pour des personnes désaffiliées socialement, ou en voie de l'être, une visite à l'urgence ou une hospitalisation peut constituer un événement critique qui risque d'aggraver leurs conditions de vie déjà précaires et instables (Kumar et Klein, 2012 ; Tomita et Herman, 2012). En effet, la sortie de l'hôpital constitue une période de transition particulièrement stressante pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, puisqu'elles doivent s'assurer d'avoir un logement stable et sécuritaire et d'obtenir des soins post-hospitaliers pour répondre à leurs besoins de santé (Tomita et Herman, 2012). Mais les éléments de précarité domiciliaire sont rarement pris en compte lors de leur passage à l'hôpital (MacDonald et al., 2020). Pour plusieurs personnes, l'hospitalisation peut constituer un événement stressant qui peut accélérer la perte de logement (Greysen et al., 2012). Certains travaux expliquent ce passage à l'itinérance par des lacunes dans la continuité des soins et des difficultés de coordination avec les ressources à l'extérieur des hôpitaux (Currie et al., 2018 ; Greysen et al., 2013 ; Karper et al., 2008 ; Kumar et Klein, 2012).

Selon plusieurs études, les services offerts aux personnes en situation d'itinérance sont souvent fragmentés et non coordonnés (Karper et al., 2008 ; Kumar et Klein, 2012), ce qui contribuerait à augmenter les risques de réadmission à l'hôpital (Currie et al., 2018 ; Doran et al., 2013 ; Metraux et al., 2010). À cet effet, l'étude de Doran et al. (2013) montre que la plupart des réadmissions de personnes en situation d'itinérance surviennent rapidement après la sortie hospitalière, soit près de 54 % après 1 semaine et près de 75 % après 2 semaines. Pour expliquer ce manque de continuité dans les services, l'étude qualitative de Greysen et al. (2013) a tenté de comprendre l'expérience de sortie des hôpitaux en interrogeant des personnes en situation d'itinérance. Cette étude révèle que près de la moitié d'entre elles n'ont pas été questionnées sur leur statut résidentiel lors de leur hospitalisation. Le sentiment de honte et la crainte de la stigmatisation font en sorte que les personnes en situation d'itinérance ont tendance à ne pas entamer de discussion avec le personnel médical sur la planification de la sortie de l'hôpital. Toujours selon cette étude, les personnes en situation d'itinérance souhaiteraient toutefois que le personnel médical aborde, avec elles, la sortie de l'hôpital afin de mieux comprendre et organiser les démarches qu'elle nécessite.

Selon certaines études, la planification de la sortie des institutions consiste à déterminer et à organiser les services nécessaires aux personnes en situation de vulnérabilité afin de préserver leur santé et leur qualité de vie lorsqu'elles retournent dans la communauté (Backer et al., 2007 ; Stergiopoulos et al., 2018). Ces travaux documentent le fait que la planification de la sortie des hôpitaux comporte des bénéfices importants pour les personnes en situation d'itinérance, tels qu'une amélioration de leur santé mentale et physique, une diminution de la consommation de substances, une réduction du nombre de réadmissions à l'hôpital et une amélioration de la stabilité résidentielle (Backer et al., 2007 ; Stergiopoulos et al., 2018). Ils révèlent l'importance de la communication, de la création de partenariats et de la participation des personnes en situation d'itinérance tout au long du processus de planification de la sortie de l'hôpital (Backer et al., 2007 ; Stergiopoulos et al., 2018). Pour assurer la continuité des soins, ces études suggèrent de mettre en place des activités de liaison entre les ressources et les hôpitaux afin de coordonner les services et, ainsi, d'éviter le passage à l'itinérance ou son maintien.

LE MODÈLE DE L'INTERVENTION EN PÉRIODE CRITIQUE : UNE INSPIRATION POUR LES ACTIVITÉS DE LIAISON DU STMU

Hwang (2014) présente une diversité de modèles de soins intégrés (*managed care*) pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, comme la gestion de cas et l'intervention en période critique. Ces modèles visent à assurer une continuité des soins par la création d'une équipe multidisciplinaire et la participation des personnes en situation d'itinérance au processus décisionnel (Althaus et al., 2011 ; Kumar et Klein, 2012 ; Sadowski et al., 2009). Comme les personnes en situation d'itinérance présentent souvent une variété de problèmes médicaux, psychiatriques, sociaux et judiciaires, plusieurs types de services sont requis et doivent être intégrés pour répondre à l'ensemble de leurs besoins. Les modèles de soins intégrés impliquent qu'un.e intervenant.e-pivot soit au centre de ces interventions afin d'assurer la liaison entre les différentes ressources et les personnes en situation d'itinérance (Kumar et Klein, 2012). L'objectif de ces modèles est de réduire le nombre d'interlocuteur.trice.s afin que les usager.ère.s puissent s'adresser à une seule personne pour l'ensemble des services. Depuis maintenant plusieurs années, ces modèles de soins intégrés font partie de la philosophie d'intervention des services en itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et ont montré qu'ils étaient pertinents pour intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance (Thibaudeau et Fortier, 2000).

Pour plusieurs chercheur.e.s et clinicien.ne.s, le modèle d'intervention en période critique, qui constitue l'un de ces modèles intégrés de soins, est une piste prometteuse pour intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance. Ce modèle a été développé au début des années 1990 à la suite d'une collaboration

entre des clinicien.ne.s en santé mentale et des chercheur.e.s travaillant dans les refuges pour les hommes en situation d'itinérance à New York (Kasprow et Rosenheck, 2007 ; Herman et al., 2007). Cette forme de gestion de cas limitée dans le temps met l'accent sur le maintien des soins offerts à une personne pendant la période cruciale de transition entre l'hospitalisation et la vie dans la communauté (Hwang, 2014). Selon les différentes études, l'intervention en période critique vise à prévenir l'itinérance chronique (Herman et al., 2007 ; Susser et al., 1997) en favorisant la continuité des soins (Kasprow et Rosenheck, 2007 ; Lako et al., 2013) et la transition entre les établissements lors de la sortie des hôpitaux (Stergiopoulos et al., 2017 ; Susser et al., 1997). Selon l'étude d'Herman et al. (2007), ce modèle d'intervention s'appuie sur deux principales stratégies, soit 1) la réaffiliation des personnes en favorisant les liens avec les intervenant.e.s, leur famille et leurs ami.e.s et 2) le soutien émotionnel et pratique pendant la période critique de la sortie des institutions. Le modèle d'intervention en période critique nécessite la création de relations de confiance entre les intervenant.e.s et les usager.ère.s afin d'assurer la cohésion des services lors de la sortie hospitalière (Herman et al., 2007 ; Susser et al., 1997).

Plusieurs études évaluatives montrent l'efficacité du modèle d'intervention en période critique auprès des personnes en situation d'itinérance. Elles révèlent que ce modèle permet d'améliorer la stabilité résidentielle des personnes (Baumgartner et al., 2012 ; de Vet et al., 2013 ; Kasprow et Rosenheck, 2007) en diminuant, notamment, le nombre de nuits passées à dormir dans la rue, dans les refuges ou dans l'espace public (Herman et al., 2011 ; Jones et al., 2003 ; Susser et al., 1997). L'intervention en période critique tend également à améliorer la santé mentale des personnes en réduisant la consommation de substances (Kasprow et Rosenheck, 2007), en augmentant le soutien social (de Vet et al., 2017) et en diminuant la détresse psychologique (de Vet et al., 2013). Ce modèle semble aussi faciliter l'accès aux services pour les personnes en situation d'itinérance, tout en favorisant la continuité des soins (Lamanna et al., 2018 ; Tomita et Herman, 2015). Enfin, l'intervention en période critique réduit le taux de réadmission hospitalière chez les personnes en situation d'itinérance (Baumgartner et al., 2012 ; Tomita et Herman, 2012 ; Tomita et Herman, 2015). Ces résultats mettent en évidence la pertinence de ce modèle d'intervention pour assurer la continuité des soins auprès de personnes en situation d'itinérance lors de la sortie de l'hôpital.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Dans ce contexte, le projet de recherche a été structuré afin de dresser un portrait du fonctionnement, des obstacles et des éléments qui facilitent les activités de liaison déployées par les clinicien.ne.s du STMU de l'HND. Il s'articule autour de cinq objectifs spécifiques :

- 1) Décrire le fonctionnement et les rôles des services de liaison ;
- 2) Expliquer le processus d'intervention et la trajectoire de services mis en place ;
- 3) Dresser le portrait des caractéristiques des usager.ère.s des services de liaison : profil démographique (genre, orientation sexuelle, identité de genre) ; situation d'instabilité résidentielle ; prise en charge thérapeutique antérieure ; santé physique, mentale et sexuelle (dépistage d'ITSS, épisodes de violences intimes, travail du sexe) ;
- 4) Décrire le partenariat intersectoriel et évaluer le niveau de satisfaction du personnel et des usager.ère.s à son égard ;
- 5) Entamer un processus de réflexion sur le programme de santé en itinérance afin d'assurer la bonification, la consolidation et la pérennisation des services de liaison.

CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique de ce projet s'est inspiré du modèle logique pour schématiser l'organisation des activités de liaison du STMU. Pour soutenir théoriquement cette schématisation, ce projet s'est également appuyé sur la combinaison des notions de la continuité des soins et des trajectoires de services afin de documenter les mécanismes institutionnels déployés par le STMU pour favoriser, chez les personnes en situation d'itinérance, la transition vers les ressources dans la communauté.

LE MODÈLE LOGIQUE COMME OUTIL DE SCHÉMATISATION

Afin de schématiser les activités de liaison du SMTU, ce projet s'est inspiré du modèle logique qui constitue un outil conceptuel et méthodologique pour comprendre l'organisation des interventions (Champagne et al., 2011 ; Poncet et al., 2017). Selon Champagne et al. (2011, p. 71), une intervention « peut être conçue comme un système organisé d'action qui comprend, dans un environnement donné : des agents (les acteurs) ; une structure (l'ensemble des ressources et des règles, qui échappent au contrôle des acteurs) ; des processus (relations entre les ressources et les activités) ; et un but (l'état futur vers lequel le processus d'action est orienté) ». L'avantage de la modélisation, c'est qu'elle permet de tracer des liens entre le sens donné aux interventions, les structures, les processus et les résultats (Champagne et al., 2011). Par conséquent, le modèle logique propose de « schématiser le contexte dans lequel sont implantés le programme, le problème ciblé par ce dernier, ses composantes ainsi que les effets escomptés (c'est-à-dire les objectifs de production) ». Se fondant sur le travail de Champagne et al. (2011), ce projet de recherche s'est inspiré du modèle logique pour schématiser les activités de liaison en documentant, notamment, le lien entre les structures (environnement, logistique, acteurs) et les processus mis en œuvre (les activités et stratégies proposées). Également, à partir du modèle logique, il a été possible « de faire une analyse théorique du cheminement » (Poncet et al., 2017, p. 12) des trajectoires de services en décrivant la façon dont les activités de liaison se déploient dans les différentes unités et départements de l'HND afin d'assurer la continuité des soins.

LE PROCESSUS DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS

Selon Haggerty et al. (2003), la notion de continuité des soins est définie comme « le degré auquel les soins sont perçus par le patient comme étant cohérents, reliés et conformes à ses besoins médicaux et à sa situation personnelle » (p. 1221, traduction libre). La continuité des soins renvoie à un processus qui implique à la fois la façon dont les usager.ère.s font l'expérience de la coordination des soins et la façon dont les services sont déployés dans le temps. En ce sens, la continuité des soins touche trois dimensions : 1) la continuité informationnelle, soit l'utilisation de l'information sur des événements et des circonstances antérieures afin d'adapter les soins courants à l'usager.ère ; 2) la continuité relationnelle, soit la relation thérapeutique suivie entre un.e usager.ère et un.e ou plusieurs intervenant.e.s ; 3) la continuité d'approche, soit la prestation de services complémentaires et opportuns dans le cadre d'un plan d'intervention commun (Haggerty et al., 2003 ; Reid et al., 2002).

La notion de continuité des soins renvoie à des expériences différentes pour les usager.ère.s et les intervenant.e.s étant donné leur statut dans l'organisation des soins. Pour les usager.ère.s, la continuité des soins renvoie à « l'expérience des soins reliés entre eux et cohérents dans le temps » tandis que, pour les intervenant.e.s, elle dépend du fait d'avoir « assez d'information et de connaissances sur un patient pour pouvoir appliquer au mieux leurs compétences professionnelles, et l'assurance que les soins qu'ils prodiguent sont reconnus et recherchés par d'autres intervenants » (Reid et al., 2002, p. iv). Cette notion de continuité des soins offre une conceptualisation théorique intéressante pour le présent projet et permet de tenir compte de l'idée de processus dans les activités de liaison déployées par le STMU, tout en portant attention à la diversité des expériences selon le statut des différent.e.s acteur.trice.s.

LA TRAJECTOIRE DES SERVICES ET LA NÉGOCIATION DES ACTIVITÉS MÉDICALES

Cette notion de continuité des soins n'est pas sans évoquer l'étude d'Anselm Strauss (1992) qui a analysé le travail du personnel hospitalier auprès d'usager.ère.s atteints de maladies chroniques ou en fin de vie. Son analyse montre que les activités médicales forment un processus complexe qui s'inscrit dans la durée et qui s'articule sur la base d'interactions entre un grand nombre de personnes qui ont des conceptions différentes de la situation dans laquelle elles sont engagées. Pour rendre compte du processus d'organisation du travail effectué lors d'activités médicales, Strauss (1992) utilise le concept de « trajectoire » qui lui permet d'étudier l'évolution et les interactions entre les différentes personnes. Pour lui, la trajectoire fait référence au « développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992, p.

143). Selon cette conception, la trajectoire des activités médicales se complexifie par le processus incessant de négociation entre les intervenant.e.s et les usager.ère.s, qui tentent de coordonner leurs efforts afin, ultimement, d'améliorer l'état des usager.ère.s. Cette analyse interactionniste symbolique montre que les trajectoires des activités médicales s'ajustent constamment en fonction du processus de négociation entre les usager.ère.s et le personnel hospitalier, et ce, en se conformant à différentes contraintes structurelles, telles que l'organisation hospitalière et les règlements professionnels, qui encadrent le déploiement des services. Ces notions théoriques permettent de tenir compte des interactions entre les différent.e.s acteur.trice.s dans le déploiement des activités de liaison du STMU.

APPLICATION ET PERTINENCE DU CADRE THÉORIQUE POUR LE PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de ce projet, les notions de continuité des soins et de trajectoire des activités médicales permettent d'aborder théoriquement les activités de liaison du STMU comme un processus fondé sur les interactions entre les différent.e.s acteur.trice.s. Dans cette optique, ce projet vise à décrire et à analyser le fonctionnement des activités de liaison du STMU en tenant compte des stratégies de négociation déployées par les acteur.trice.s et des enjeux organisationnels de l'HND qui structurent la trajectoire des services offerts aux personnes en situation d'itinérance. Le modèle logique s'ajoute à ces outils théoriques afin de schématiser les activités de liaison dans une organisation cohérente qui permet de décrire leur fonctionnement, mais aussi les éléments qui favorisent la continuité des soins ou les obstacles qui y nuisent lors de la période de transition à la sortie de l'hôpital. Ce projet veut contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes institutionnels mis en place par un centre hospitalier pour assurer la continuité des soins chez les personnes en situation d'itinérance qui sont hospitalisées dans le cadre d'un programme spécialisé en toxicomanie.

MÉTHODOLOGIE

Ce projet présente une analyse qualitative tirée d'une étude de cas réalisée auprès d'une équipe de professionnel.le.s de l'HND. Comme le propose Poncet et al. (2017), cette stratégie d'aller à la rencontre des acteur.trice.s est particulièrement importante dans des contextes où il existe peu d'écrits sur les interventions à l'étude. Tel qu'indiqué par Champagne et al. (2011), il existe de nombreuses situations où les interventions découlent d'un savoir implicite. « La modélisation doit alors permettre d'explicitier le cheminement logique des acteurs et de mettre au jour leurs objectifs. Elle doit se faire en interaction avec ces acteurs, car le modèle d'action à l'origine n'existe probablement que dans leur tête. La modélisation peut donc permettre d'améliorer l'intelligibilité d'un système complexe. » (Champagne, 2011, p. 73-74)

MÉTHODE DE L'ÉTUDE DE CAS

Ce portrait a été dressé à partir d'une étude de cas réalisée auprès de professionnel.le.s d'une équipe du STMU au sein de l'HND. Selon Alexandre (2013), l'étude de cas est une méthode qui s'appuie sur l'analyse de cas spécifiques, choisis de façon non aléatoire, afin d'en dégager un niveau d'abstraction supérieur et de saisir des liens unissant les dimensions rapportées. Dans cette méthode, un cas fait référence « à un phénomène, un évènement, un groupe ou un ensemble d'individus » qui présente certaines qualités pertinentes pour assurer une représentativité sur le plan théorique (Roy, 2009, p. 215). À partir d'une analyse en profondeur des mécanismes et des enjeux contextuels d'un cas spécifique, l'étude de cas constitue un outil méthodologique rigoureux qui permet de tirer une description précise et une interprétation théorique qui dépasse ses limites (Anthony et Jack, 2009 ; Roy, 2009). Dans la présente étude, le cas implique les activités de liaison déployées par une équipe du STMU au sein de l'HND.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte a été réalisée de février à juin 2019. Au début du processus, l'équipe de recherche a été invitée, lors d'une rencontre de suivi d'une équipe du STMU, à présenter le projet de recherche et à discuter de la collecte de données avec les professionnel.le.s. Avec l'accord des gestionnaires, trois stratégies ont été déployées pour documenter les activités de liaison du STMU : 1) des entretiens individuels semi-dirigés avec des professionnel.le.s ; 2) une observation terrain de professionnel.le.s ; 3) une observation d'une rencontre d'équipe. Les entretiens et les différentes périodes d'observation

visaient à assurer la triangulation des données afin de présenter le portrait le plus complet possible de la complexité des activités de liaison déployées par le STMU. En d'autres mots, cette triangulation vise à procurer des éclairages différents sur les pratiques et les perceptions des activités de liaison du STMU afin de dresser un portrait des activités de liaison nuancé et fidèle aux différentes perceptions et compréhensions de ces activités.

Des entretiens individuels semi-dirigés étaient également prévus avec des usager.ère.s de l'unité de soins du STMU, mais cette stratégie a été mise de côté après deux tentatives, car les personnes rencontrées n'avaient pas la concentration nécessaire pour répondre aux questions. Après une dizaine de minutes d'entrevue, l'intervieweur a été contraint de mettre fin aux rencontres, car les usager.ère.s manifestaient une grande fatigue et un désintérêt évident pour le sujet de l'étude. Par respect pour l'état de santé des usager.ère.s admie.s à l'unité de soins du STMU, cette stratégie de collecte de données a malheureusement dû être abandonnée dans le cadre du présent projet.

Entretiens individuels semi-dirigés avec des professionnel.le.s

Pour réaliser les entretiens individuels semi-dirigés avec des professionnel.le.s, l'assistant de recherche a contacté, dans un premier temps, l'un des gestionnaires de l'équipe du STMU afin de solliciter la participation des professionnel.le.s au projet de recherche. Les personnes intéressées ont été invitées à contacter directement, soit par courriel soit par téléphone, l'assistant de recherche responsable de mener les entretiens afin de planifier le moment et le lieu de la rencontre. Au total, l'assistant de recherche a rencontré cinq professionnel.le.s afin de mettre en lumière leur compréhension des visées des activités et du travail effectué, ainsi que les obstacles et éléments facilitateurs des activités de liaison du STMU. L'échantillon était constitué de personnes exerçant différentes professions, soit le travail social (1), la médecine (2) et les soins infirmiers (2). Les personnes interrogées possédaient une grande expertise auprès des populations marginalisées, puisqu'elles comptaient en moyenne 9,2 années d'expérience (de 3 à 19 ans) en médecine d'urgence, en traitement des dépendances, en toxicomanie, en santé mentale et en itinérance.

La plupart des entretiens individuels semi-dirigés, d'une durée d'environ 1 h 30 chacun, ont été réalisés dans les locaux de recherche de l'UQAM. Après s'être fait présenter le projet et expliquer la procédure des entretiens, les participant.e.s ont rempli un formulaire de consentement. Les entretiens ont porté sur le fonctionnement des activités de liaison (but, objectifs, critères, approches, stratégies), la collaboration, les obstacles, les éléments facilitateurs, ainsi que les effets sur l'arrimage des ressources et la continuité des services. Avec l'accord des participant.e.s, les entretiens ont été enregistrés et transcrits

intégralement. Afin de respecter la confidentialité des personnes rencontrées, leurs noms ont été remplacés dans les transcriptions par des codes anonymes.

Observation terrain des activités de liaison réalisées par des professionnel.le.s

Une observation terrain a été réalisée d'avril à juin 2019 afin de suivre différents membres du personnel du STMU lors de leurs activités quotidiennes (interventions auprès des usager.ère.s, réunions d'équipe, etc.). Au total, quatre périodes d'observation terrain ont été réalisées et ont permis d'assister à des rencontres entre un.e ou des professionnel.le.s et un.e usager.ère du STMU d'une durée moyenne de deux heures chacune. Durant ces périodes d'observation, l'assistant de recherche a pris des notes afin de documenter différents aspects : la nature de l'intervention effectuée, le sens donné aux interventions et le climat de collaboration et d'intervention selon ses interprétations. Plus précisément, l'observation a servi à répondre aux questions suivantes : comment les personnes sont-elles accueillies et accompagnées ? Comment les personnes répondent-elles à l'accompagnement ? Comment les différentes interventions se passent-elles ? Comment la collaboration (avec la personne, mais aussi avec les personnes-ressources et les autres membres du personnel) est-elle négociée ?

Avant les périodes d'observation, les membres du personnel ont signé un formulaire de consentement permettant aux chercheur.e.s de les observer pendant leurs activités quotidiennes. Par ailleurs, avant les interventions avec des usager.ère.s, le personnel du STMU demandait aux usager.ère.s leur consentement verbal à ce qu'un membre d'une équipe de recherche assiste à l'intervention. L'assistant de recherche se retirait alors afin de permettre aux professionnel.le.s de parler seuls avec les usager.ère.s et d'obtenir leur consentement. Après avoir accepté que l'assistant de recherche observe l'intervention, les usager.ère.s ont reçu un document d'information présentant le projet de recherche, les mesures de confidentialité, la liberté de participation et le droit de retrait ainsi que les personnes à contacter en cas de plainte ou de questions.

Observation d'une rencontre d'équipe du STMU

L'observation d'une rencontre d'équipe du STMU a été réalisée par l'assistant de recherche au mois de mai 2019. Des membres de l'équipe de différentes disciplines – médecine, neuropsychologie, soins infirmiers, travail social et ergothérapie – ainsi que l'assistant du chef de service ont participé à la rencontre. Tout comme pour l'observation terrain, l'observation de la rencontre d'équipe a permis à l'assistant de recherche de prendre des notes pour documenter différents aspects : la nature de l'intervention effectuée, le sens donné aux interventions et le climat de collaboration et d'intervention. Cette collecte de données avait comme unique objectif d'offrir une vision d'ensemble du fonctionnement des rencontres et non de documenter les réalités individuelles des professionnel.le.s et des usager.ère.s.

Lors de l'observation d'une réunion d'équipe, chaque membre de l'équipe de recherche a signé au préalable un formulaire d'engagement à la confidentialité. Aucune information permettant d'identifier des praticien.ne.s ou des usager.ère.s n'a été consignée lors de l'observation des rencontres d'équipe.

ANALYSE DES DONNÉES

Pour l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse thématique des transcriptions des entretiens (Paillé et Mucchielli, 2008 ; Paillé, 1996). Dans un premier temps, le matériel recueilli a fait l'objet d'une codification exhaustive, phrase par phrase, afin d'identifier systématiquement les thèmes et les unités de sens de chacun des témoignages. Dans un deuxième temps, les unités de sens ont été regroupées par thèmes en fonction de leur proximité symbolique. À cette étape, 14 thèmes ont été établis et ont permis de classer l'ensemble du matériel :

- 1) conception et caractéristique des personnes nécessitant des activités de liaison ;
- 2) création du STMU ;
- 3) description générale des services du STMU ;
- 4) porte d'entrée pour les services de l'unité de soins du STMU ;
- 5) rôle des différent.e.s professionnel.le.s du STMU ;
- 6) demandes de consultation au STMU ;
- 7) travail d'équipe, partenariat et STMU ;
- 8) activités de liaison ;
- 9) congé des usager.ère.s ;
- 10) sentiment d'être outillé.e ou non pour intervenir ;
- 11) défis et obstacles du STMU ;
- 12) éléments facilitateurs des services du STMU ;
- 13) succès ou échec d'une activité de liaison ;
- 14) points forts du STMU.

Dans un troisième temps, un travail de restructuration des thèmes par une comparaison constante entre les données a permis d'élaborer différentes catégories conceptuelles, c'est-à-dire des descriptions analytiques succinctes visant à désigner le plus fidèlement possible l'orientation générale des messages livrés par les participant.e.s (Glaser et Strauss, 1967). Dans un quatrième temps, les notes d'observation

ont été intégrées à ces différentes catégories conceptuelles afin d'éclaircir certaines lacunes dans la compréhension des activités de liaison du STMU. Afin de s'assurer de la fiabilité du processus d'analyse de données, la codification des entretiens et l'élaboration des catégories conceptuelles ont été validées en évaluant la fidélité interjuges auprès de tous les auteur.trice.s. La fidélité interjuge consiste en une technique utilisée en recherche qualitative pour s'assurer de la fiabilité des résultats. Il s'agit de faire vérifier, par les différentes personnes impliquées dans le processus de recherche, l'ensemble des interprétations développées au fur et à mesure de l'analyse qualitative (Drapeau, 2004). Dans la présente étude, les auteur.trice.s du rapport ont participé à plusieurs réunions pour codifier les données et développer les catégories conceptuelles afin de faire émerger les thèmes centraux.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Il importe de présenter certaines limites de cette étude, notamment celles associées à la taille réduite des échantillons lors des études de cas (Roy, 2009). Dans le contexte de cette étude, seulement cinq personnes ont décidé de participer aux entretiens individuels semi-dirigés, et ce, malgré les nombreuses démarches entreprises par l'équipe de recherche, en collaboration avec les gestionnaires des programmes, pour susciter leur participation. De plus, l'impossibilité de réaliser des entretiens individuels avec des usager.ère.s réduit la finesse de l'analyse des activités de liaison en raison de l'absence de points de vue des principaux acteur.rice.s impliqués dans la démarche mise en place par l'établissement. Également, les personnes qui ont décidé de participer aux entretiens individuels étaient possiblement soit très intéressées par la poursuite des activités de liaison au sein du STMU ou peu intéressées par ce type d'initiative, ce qui a pu engendrer une analyse de cas extrême (Alexandre, 2013). Enfin, en l'absence de documents officiels produits par le STMU sur les activités de liaison, il n'a pas été possible d'utiliser la documentation du service pour mieux comprendre ce type d'intervention. L'analyse proposée dans ce rapport est donc une conceptualisation théorique des activités de liaison déployées par le STMU au sein de l'HND et non une représentation statique de ce type d'intervention. Il faut donc considérer ce rapport comme une étude exploratoire et descriptive, mais potentiellement partielle, des activités de liaison du STMU.

RÉSULTATS

L'analyse des résultats a permis d'identifier trois principaux thèmes pour décrire les activités de liaison du STMU :

- 1) des activités de liaison inscrites dans une approche globale afin d'assurer une fluidité de soins ;
- 2) les caractéristiques et les défis des activités de liaison offertes par le STMU ;
- 3) des recommandations pour consolider le processus dialogique avec les partenaires et répartir la responsabilité de l'itinérance entre tous les services de l'hôpital.

DES ACTIVITÉS DE LIAISON INSCRITES DANS UNE APPROCHE GLOBALE AFIN D'ASSURER UNE FLUIDITÉ DE SOINS

Cette section présente comment les professionnel.le.s conçoivent les activités de liaison déployées par le STMU. D'une part, les professionnel.le.s décrivent des activités de liaison qui permettent d'assurer la fluidité des soins avec les partenaires externes de l'HND. D'autre part, les professionnel.le.s indiquent que ces activités de liaison s'inscrivent dans une approche globale qui tient compte de l'ensemble des conditions de vie des usager.ère.s, notamment leur situation domiciliaire, et pas seulement leur dépendance aux substances.

Les activités de liaison du STMU servent à assurer une « fluidité de soins » et se fondent sur le processus dialogique avec les partenaires externes

Selon les personnes rencontrées, les activités de liaison du STMU consistent à s'occuper de « l'après-institutionnalisation », c'est-à-dire à planifier la sortie hospitalière et la prise en charge des usager.ère.s à l'extérieur de l'HND. Ces activités se mettent en place en collaboration avec des partenaires externes, tels que le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), Relais Méthadone, le programme *Cran*, l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) et l'Équipe itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. La collaboration avec les partenaires externes vise à assurer la continuité des soins entre les différentes ressources d'aide afin de répondre aux besoins des usager.ère.s lors de leur sortie de l'HND. Ultimement, ces activités de liaison ont pour objectif de prévenir le

phénomène des portes tournantes, soit le retour des usager.ère.s à leur situation initiale sans suivi adéquat, les amenant à franchir de nouveau les portes de l'hôpital.

« On s'occupe de "l'après", mais on prévoit "l'après", comme ça, la prise en charge va être continuée. C'est d'avoir des partenaires pour bien répondre aux besoins de cette personne-là et éviter aussi que cette personne-là se retrouve au point de départ à chaque fois. » (N° 4)

Les activités de liaison s'appuient sur un processus dialogique avec les partenaires externes pour assurer le partage d'informations sur la situation et les dossiers des usager.ère.s. Ces activités permettent de mieux orchestrer le déploiement des soins lors de la sortie de l'hôpital, mais elles permettent également aux professionnel.le.s du STMU d'établir un plan de traitement cohérent à partir des informations obtenues des partenaires externes. L'un des principaux objectifs des activités de liaison serait la « fluidité de soins », soit d'offrir des soins adaptés au rythme et aux réalités des usager.ère.s, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'HND. Comme le mentionne l'une des personnes interrogées, les activités de liaison visent à prendre en compte la « globalité non fractionnée » des réalités des usager.ère.s afin d'assurer la cohérence des soins qu'ils peuvent être amenés à recevoir :

« [Les activités de liaison] sont souvent [là] pour faciliter un congé et pour retourner le patient à la bonne place. S'assurer que son équipe à l'extérieur a la bonne information et qu'il va avoir le bon suivi. [...] C'est [pour assurer] la continuité des soins quand il retourne dans son milieu ou, au contraire, pour m'aider à donner des soins à l'hôpital s'il y a de l'information ou un suivi qui était à l'extérieur auparavant. » (No 1)

Les participant.e.s rapportent que le processus dialogique avec les partenaires externes peut s'établir en amont de l'admission des usager.ère.s au STMU en préparation de leur transition, si cela est possible. Ce processus de négociation et de navigation permet aux professionnel.le.s du STMU d'avoir l'impression « de ne pas travailler pour rien » en évitant le dédoublement des démarches déjà entamées par d'autres ressources d'aide. Par exemple, les professionnel.le.s du STMU expliquent que la prise de contact avec certains partenaires à l'externe permet d'éviter de chercher une thérapie pour un.e usager.ère quand une ressource d'aide a déjà été identifiée lors d'interventions antérieures. Selon les témoignages recueillis, ce processus dialogique est bilatéral, car les professionnel.le.s du STMU peuvent contacter les partenaires externes et vice versa, ce qui permet à l'ensemble des acteurs d'être au courant des développements de la situation des usager.ère.s.

« On se parle pour ne pas travailler pour rien. Pour diriger la personne le mieux possible, parce qu'on a plus de connaissances par rapport au dossier et pour permettre à l'autre équipe de savoir ce qui se passe. » (N° 4)

Les participant.e.s indiquent que ce processus dialogique avec les partenaires externes a été difficile à implanter lors de la mise sur pied du STMU. Depuis, des ajustements ont toutefois été apportés pour améliorer les procédures de communication, surtout avec les organismes communautaires. Maintenant, les participant.e.s font parvenir, avec l'accord des usager.ère.s, les notes de suivi aux ressources d'aide à l'extérieur de l'hôpital. Aussi, des communications téléphoniques régulières avec les partenaires externes leur permettent de s'entendre sur les procédures lors de la sortie de l'HND.

« Au tout début, on avait un peu de la "broue dans le toupet" et on n'était pas super bons à communiquer la conclusion de l'histoire à nos partenaires, surtout les partenaires de la communauté qui nous avait référé des patients. On a fait un gros *mea culpa*, on n'était pas bons et c'était un peu gênant. Alors, on essaye d'écrire des notes et de les faxer, quand on a l'accord du patient. Mais, au-delà de ça, on essaye de prendre le téléphone et de faire une conclusion avec les gens dans la communauté, et je pense que c'est apprécié. » (N° 5)

Selon les participant.e.s, le processus dialogique entre les professionnel.le.s du STMU et les partenaires externes se fait principalement avec les intervenant.e.s qui s'investissent déjà dans le dossier des usager.ère.s et qui connaissent bien leur réalité. Ces discussions se font en grande partie par contact personnalisé entre les professionnel.le.s du STMU et les intervenant.e.s des ressources d'aide après avoir établi un lien lors de communications antérieures. Selon leurs propos, cette importante collaboration permet de faciliter et d'accélérer les procédures, puisque ces personnes partagent une compréhension commune de l'itinérance et des actions à déployer.

« Après, il faut donner le chapeau à quelqu'un d'autre. On essaie que l'équipe centrale de cette personne-là reste centrale. Si la personne est connue par le travailleur social, par exemple à [une ressource communautaire] qui le connaît, c'est cette personne-là qui est vue comme la personne significative. S'il le faut, on fait des réunions, on se parle tout le monde ensemble pour qu'on ait la même compréhension. » (N° 4)

« Certaines fois, la personne significative c'est, je ne sais pas moi, la travailleuse sociale de l'équipe X qui s'était beaucoup investie dans le dossier d'un patient. Alors, ça se peut que ce soit la travailleuse sociale qui va l'appeler ou lui laisser un message ou, d'autres fois, c'est le médecin qui l'appelle... C'est assez variable selon notre charge de travail, mais ça

repose aussi beaucoup sur les liens entre les individus. Par exemple, moi, je travaille à [une ressource d'aide externe], alors, quand il y a de la liaison à faire avec eux, je les connais, on se parle tout le temps, alors je vais dire : "Oh, c'est ma gang de [une ressource d'aide à l'externe], je vais les appeler". » (N° 5)

Bref, les activités de liaison sont conçues comme un ensemble d'actions posées par les professionnel.le.s du STMU et les partenaires externes pour favoriser un continuum de services auprès des usager.ère.s lors de leur sortie de l'HND. Ces activités de liaison demandent la mise en place d'un processus dialogique qui se traduit, entre autres, par un travail important de collaboration et de discussion avec les différents partenaires externes afin de soutenir adéquatement la transition des usager.ère.s du STMU vers l'extérieur de l'établissement hospitalier.

Au-delà des critères d'admission centrés sur la dépendance aux substances, les activités de liaison du STMU se déploient à partir d'une approche globale

Selon les personnes interrogées, les personnes qui sont admissibles au STMU doivent présenter une problématique de dépendance aux substances qui nécessite un sevrage pouvant entraîner des risques pour la santé. Dans ce contexte, l'accès au STMU serait déterminé prioritairement en fonction de la « toxicomanie », sans renier pour autant l'aspect de la « médecine urbaine » qui constitue l'un des éléments clés de la désignation de ce service. L'utilisation du terme médecine urbaine renvoie aux services de première ligne offerts spécifiquement aux populations vulnérables. Par leur multidisciplinarité, ces services permettent d'appréhender les problématiques vécues par les usager.ère.s dans leur globalité, à un rythme et dans un espace qui répondent à leurs besoins. La clientèle de la « médecine urbaine » est définie par l'une des personnes interrogées comme « des gens super marginalisés qui sont en bris de relation avec le système de santé et qui refusent de consulter ailleurs ». Si l'enjeu de médecine urbaine est central dans la réflexion des professionnel.le.s, les usager.ère.s ne peuvent toutefois pas bénéficier des services de liaison du STMU uniquement sur la base de leur situation d'itinérance, car elles et ils doivent avant tout présenter une dépendance aux substances.

« C'est sûr que nous, au STMU, nous traitons des gens qui ont des problèmes de dépendance. Donc, on ne rejoint pas nécessairement une clientèle itinérante qui n'a pas de problème de dépendance. À ce moment-là, ils vont être hospitalisés sur d'autres étages de l'hôpital. » (N° 2)

Bien que le critère d'admission au STMU soit la présence d'une problématique de toxicomanie, les personnes rencontrées ne considèrent pas les usager.ère.s uniquement en fonction de la

consommation de substances. Pour décrire les caractéristiques des personnes qui nécessitent des activités de liaison au sein de leur service, les participant.e.s rapportent que ce sont des personnes vulnérables, démunies, désaffiliées et, parfois, en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Elles nécessitent un accompagnement personnalisé et un « plan solide d'intervention » afin de les aider à surmonter les difficultés auxquelles elles font face au quotidien, et ce, sans se limiter uniquement à l'aspect de la toxicomanie.

« C'est une clientèle vulnérable et démunie qui, des fois, est désaffiliée et qui n'a pas d'équipe [de professionnel.le.s] dans la communauté. Ces personnes sont désorganisées. Il faut les accompagner et avoir un plan solide pour ne pas que le cercle vicieux "consommation, retour à la rue, retour à l'urgence" se produise éventuellement. » (N° 3)

D'ailleurs, les participant.e.s reconnaissent l'importance d'organiser des services spécifiques pour une population marginalisée, puisque le système de santé n'est pas toujours facilement accessible et adapté aux personnes en situation d'itinérance. Dans ce contexte, la désignation de la médecine urbaine pour le service du STMU semble constituer, selon les participant.e.s, un apport notable au réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux joindre les personnes en rupture avec les services réguliers de l'assistance publique. D'ailleurs, l'aspect de la médecine urbaine a été intégré dans le STMU en ayant en tête les personnes qui sont souvent sans domicile fixe et qui se retrouvent sans milieu de soins auquel elles peuvent adhérer à cause de leurs multiples vulnérabilités et de la stigmatisation associée à leur situation. Selon les participant.e.s, le STMU a été créé pour combler cette lacune, car les médecins trouvaient qu'il manquait une offre de services en santé pour les personnes en rupture avec le système de santé.

« Moi et d'autres collègues, on s'est vraiment battus pour qu'il y ait la MU, la médecine urbaine, car c'était important l'aspect urbain. Même si ce qui est prédominant, c'est la toxicomanie, on voit dans les cliniques à l'extérieur de l'hôpital que tous ces patients-là sont sans domicile fixe, font du travail du sexe, de la vente de drogue. Il n'y a aucun autre milieu de soins auquel ils sont capables d'adhérer, pour plein de raisons, plein de vulnérabilités, mais aussi plein de préjugés dans la société et dans les milieux de soins. Pour ces patients-là, quand ils ont des problèmes de santé physique, on n'avait aucun endroit pour les hospitaliser, parce qu'ils ne toléraient jamais l'hospitalisation ailleurs pour plein de raisons. » (N° 5)

Les professionnel.le.s du STMU disent percevoir les usager.ère.s dans leur globalité et tentent de mettre en place des activités de liaison qui tiennent compte de cette conception holistique. Lors d'une

observation terrain d'une intervention à l'unité de soins du STMU, il a été possible de constater que les professionnel.le.s questionnent les usager.ère.s à propos de différentes sphères de leur vie en se basant sur un ensemble de déterminants sociaux qui peuvent influencer leur quotidien. Ces questions ne se limitent pas à la consommation de substances, elles renvoient surtout aux conditions de vie des usager.ère.s afin d'en saisir l'incidence sur le processus de sortie de l'hôpital. Par exemple, les professionnel.le.s questionnent les usager.ère.s sur leur revenu, leur situation familiale, leur fonctionnement au quotidien (avoir accès à un endroit pour se nourrir, dormir, se laver, se vêtir, etc.), et ce, afin de leur assurer une sortie sécuritaire de l'HND. En ce sens, les propos des personnes rencontrées lors des entrevues individuelles mettent en lumière cette approche globale des usager.ère.s du STMU :

« Quand l'utilisateur arrive, tous les matins, on se rencontre avec l'équipe [...]. On le sait pas mal d'emblée si la personne a un logement ou pas. Rapidement, c'est détecté [...]. Et si on n'a pas l'info, on pose la question et rapidement on le sait. Ça nous aide aussi à déterminer à qui on va offrir une plus grande intensité de services ou pas. » (No 2)

« On est les champions de l'histoire sociale. Moi, je le fais comme médecin avant même que l'utilisateur ait vu la travailleuse sociale. Même que, des fois, on demande des choses comme : "Avez-vous fait vos impôts?" On est très complets. » (No 5)

Cette approche globale permet aux professionnel.le.s d'identifier des personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être et, ainsi, de développer des activités de liaison qui permettent de répondre à leurs besoins, notamment en ce qui a trait au logement. Si le personnel à l'urgence a tendance à définir la situation d'itinérance à partir de la domiciliation (absence d'adresse, ne pas avoir d'adresse fixe, se déplacer d'ami.e en ami.e, être en logement supervisé, demeurer dans un refuge), les membres de l'équipe du STMU ont plutôt tendance à concevoir l'itinérance comme un processus de désaffiliation sociale qui comprend les notions de travail, de chez-soi et de réseau social. D'après leurs propos, cette approche globale permet de relativiser les informations au dossier des usager.ère.s qui portent uniquement sur l'absence d'une adresse et de tenir plutôt compte de l'instabilité et de l'insécurité domiciliaires des personnes afin de mieux comprendre l'ensemble des enjeux sociaux et relationnels de leur histoire de vie.

« Ce n'est pas automatique que, parce que tu n'as pas une adresse au dossier, tu es en situation d'itinérance. À l'inverse, ce n'est pas parce que tu as une adresse à ton dossier que tu es stable en logement... Nos patients qui sont confus, qui arrivent à l'urgence et qui n'ont pas de réseau, ils ne savent pas toujours où ils demeurent. Nous avons aussi des

patients qui ont des logements subventionnés ou des logements à eux... Alors, les médecins ou les infirmières, quand ils font leur évaluation initiale, ils vont s'attarder à tout ce qui est médical, mais ils vont quand même aborder un peu le psychosocial, certaines personnes plus que d'autres. On sait pas mal toujours quand le patient arrive ici, s'il travaille, s'il a un toit sur la tête, s'il a des gens autour de lui. » (N° 2)

D'ailleurs, cette approche globale leur permet de mettre en œuvre des activités de liaison pour répondre à une diversité de besoins des usager.ère.s lors de leur sortie de l'HND, et ce, même si ces activités n'ont pas un lien direct avec leur problème de toxicomanie. Les professionnel.le.s du STMU disent déployer des activités de liaison pour aider les personnes, par exemple, à chercher un logement ou à obtenir des papiers d'identité.

« On essaye de voir si la sortie, c'est le domicile ou la rue. Donc, on propose un refuge, une ressource d'hébergement communautaire ou un centre de thérapie, ce qui nous donne un petit peu plus de temps pour essayer de faire d'autres démarches d'hébergement. » (N° 5)

L'aspect de la « médecine urbaine » serait donc mis de l'avant lorsque les usager.ère.s sont admie.s au STMU en raison de leur dépendance aux substances. Une fois les personnes admises au STMU, les professionnel.le.s déploieraient les activités de liaison en se fondant sur une approche globale de la réalité des usager.ère.s et en tenant compte d'une diversité de besoins, notamment ceux liés à leur domicile (voir l'annexe I pour mieux comprendre les portes d'entrée et de sortie du STMU).

LES CARACTÉRISTIQUES ET LES DÉFIS DES ACTIVITÉS DE LIAISON OFFERTES AU STMU

Les activités de liaison offertes au STMU découlent de trois principaux services de l'HND : 1) les demandes de consultation provenant de l'urgence et des autres départements de l'hôpital ; 2) la clinique externe ; et 3) l'unité de soins. Afin de décrire les différents contextes dans lesquels les usager.ère.s de l'hôpital peuvent bénéficier des activités de liaison, cette section présente les caractéristiques et les défis de chacun de ces services.

Les demandes de consultation : une pression exercée sur le personnel infirmier de liaison

Comme le montrent les annexes I et II, les activités de liaison peuvent être mises en place dès que les personnes se présentent à l'urgence de l'HND ou lorsqu'elles sont hospitalisées dans un autre département. Dans ces deux cas, la procédure pour que les personnes puissent bénéficier d'activités de liaison débute, la plupart du temps, par une demande de consultation du STMU de la part du médecin traitant. À l'urgence, ces demandes proviennent des urgentologues qui rencontrent les usager.ère.s. Dans

les autres départements de l'hôpital, les demandes proviennent principalement des médecins traitants qui suivent les usager.ère.s, bien que les demandes puissent parfois être faites par d'autres professionnel.le.s de la santé, comme des travailleuses ou travailleurs sociaux ou des infirmières ou infirmiers.

« Des fois, si j'ai un patient qui est itinérant, il consomme, mais il dit qu'il veut cesser de consommer et il n'a pas besoin d'un sevrage à l'interne, je vais juste me dire, qui peut m'aider là-dedans? J'ai l'infirmière de liaison, j'ai la TS de l'urgence, mais c'est vraiment toxico et, en plus, je veux qu'il ait un suivi avec quelqu'un de toxico, peut-être qu'en termes de liaison, l'intervenant du STMU est plus outillé pour m'aider. Donc, je vais juste demander à l'intervenant du STMU. » (N° 1)

Ce sont les médecins et le personnel infirmier de liaison du STMU qui répondent à l'ensemble des demandes de consultation nécessitant la mise en place d'activités de liaison. Les demandes de consultation du STMU, qu'elles proviennent de l'urgence ou des autres étages, se font lorsque les professionnel.le.s identifient chez les usager.ère.s des enjeux de toxicomanie et d'itinérance qui nécessitent la mise en place d'activités de liaison afin de leur offrir une sortie sécuritaire de l'hôpital. Le personnel infirmier de liaison, qui fait de la consultation sur les autres étages et à l'urgence, se retrouve à jouer davantage un rôle à caractère social, en tenant compte de l'histoire de vie des personnes. Il doit faire la liaison avec les partenaires externes pour répondre aux besoins des usager.ère.s, comme les aider à se trouver un endroit où dormir à leur sortie de l'hôpital, ce qui l'oblige à redéfinir et à ajuster continuellement ses tâches, généralement axées sur des enjeux biomédicaux.

« Vu que ça part du médecin qui fait la référence, c'est sûr que nous, on va être plus amenés à aller gratter, explorer, comprendre. Le médecin à l'urgence qui doit déceler les priorités, il ne va pas aller faire l'histoire de vie au complet. C'est pour ça que nous, quand on arrive, on a des informations, mais, des fois, on découvre, suite à la rencontre, pas mal d'affaires que le médecin ne savait pas lors de la référence. » (N° 3)

Si le personnel infirmier de liaison rapporte qu'il se sent outillé pour répondre aux nombreuses demandes à caractère social, il mentionne toutefois devoir porter la responsabilité des activités de liaison pour les autres étages de l'hôpital. Comme les médecins du STMU donnent priorité aux usager.ère.s de l'unité de soins, ils semblent prendre assez peu en charge les activités de liaison provenant de l'urgence et des autres étages de l'hôpital.

D'ailleurs, l'un des obstacles majeurs pour les activités de liaison du STMU est la charge de travail trop élevée des médecins qui arrivent difficilement à répondre à la fois aux besoins des usager.ère.s de l'unité de soins et aux demandes de consultation de l'urgence ou des autres étages.

« [Les infirmières de liaison] se plaignent de porter un peu ça toutes seules et que nous [les médecins de l'unité de soins], c'est rarement notre priorité. Je suis assez d'accord avec elles, c'est rarement notre priorité, parce que ce ne sont pas des patients hospitalisés à notre nom ; ils sont hospitalisés au nom d'un autre médecin et, à la fin de la journée, c'est quand même lui qui est supposé être le chef d'orchestre de tout ça [...] et de regarder le patient dans son ensemble. Nous, on a des patients vraiment instables, on a plein d'autres feux à éteindre, fait que c'est vrai que les patients des autres étages, ce n'est jamais notre priorité. » (N° 5)

En plus de mentionner cette charge de travail trop élevée, les participant.e.s indiquent que le manque de personnel, notamment l'insuffisance de médecins, nuit aux activités de liaison. Pour éliminer cet obstacle, le STMU tente de recruter davantage de médecins pour qu'une partie d'entre eux se concentrent sur les consultations des autres services en collaboration avec le personnel infirmier de liaison. De l'avis de certaines personnes interrogées, cet ajout de personnel permettrait de libérer des médecins qui pourraient travailler uniquement à l'unité de soins du STMU.

« Un des obstacles majeurs, c'est qu'on se rend compte que c'est trop pour un seul médecin de faire l'étage [l'unité de soins] et les consultations [...]. Alors, je pense que c'est l'un des obstacles majeurs. Il faut avoir plus de bras. » (N° 5)

De leur côté, le personnel infirmier de liaison rapporte manquer de temps pour répondre à toutes les demandes de consultation et devoir en « porter le poids », car les médecins de l'unité de soins ont tendance à les reléguer au second plan et à privilégier les usager.ère.s dont ils ont déjà la responsabilité (les usager.ère.s qui sont « à leur nom »). Alors que l'urgence et les autres étages ont des professionnel.le.s qui devraient être en mesure de répondre aux besoins des usager.ère.s associé.e.s aux enjeux de toxicomanie, d'itinérance et de médecine urbaine, les médecins des différents services tendent à se décharger de cette responsabilité sur le STMU..

« Ce qu'elles [les infirmières de liaison] n'aiment pas, c'est de sentir que les autres équipes traitantes se déchargent de leur rôle social sur elles... Je pense que tant qu'on ne s'investira pas pleinement pour former le reste de l'hôpital, l'urgence, les autres

départements, sur la façon de faire de la liaison, en itinérance et en toxico, je pense que les infirmières de liaison vont porter un poids. » (N° 5)

Cette déresponsabilisation vient multiplier les demandes de consultation auprès du personnel infirmier de liaison, tout en augmentant sa charge de travail. Le poids porté par le personnel infirmier de liaison ne découlerait pas uniquement du manque de personnel au sein du STMU, mais surtout d'un désinvestissement généralisé de la part des professionnel.le.s de l'hôpital à l'égard des enjeux associés à la toxicomanie, à l'itinérance et à la médecine urbaine. Quelques personnes interrogées ont d'ailleurs soulevé l'incohérence entre le mandat centré sur les soins auprès des populations marginalisées qui a été donné à l'HND et l'incompréhension de certain.e.s professionnel.le.s de la complexité des réalités des personnes en situation d'itinérance.

« Il faudrait que les gens soient plus sensibilisés à notre clientèle. Je veux dire, on travaille dans un CIUSS, un hôpital qui s'est donné comme mission d'aider des gens qui ont des problèmes d'itinérance, est-ce qu'on peut être sensibles aux enjeux que ces personnes-là vivent? Est-ce qu'on peut être sensibles au fait qu'il y a des gens qui ont des problèmes de consommation? On veut vous aider et on veut pouvoir être là encore après s'il y a des besoins, mais, à un moment donné, il faut arriver à *dealer* avec ces personnes-là, il faut comprendre que ces personnes-là ont des besoins. » (N° 2)

Dans l'ensemble, les activités de liaison effectuées à la suite des demandes de consultation de l'urgence et des autres départements reposent principalement sur les épaules du personnel infirmier de liaison du STMU. Cette situation s'explique notamment par le manque de médecins au STMU, mais surtout par un désinvestissement de la part des professionnel.le.s de l'ensemble de l'hôpital à l'égard des enjeux liés à la toxicomanie et à l'itinérance.

La clinique externe : le partage du travail entre le « biomédical » et le « psychosocial »

Comme illustré à l'annexe III, les usager.ère.s de la clinique externe du STMU peuvent avoir accès à des activités de liaison. Lors de leur passage à la clinique externe, les usager.ère.s peuvent rencontrer différent.e.s professionnel.le.s (personnel infirmier, travailleuses et travailleurs sociaux) qui ont la possibilité de mettre en place des activités de liaison. Lors de leur premier rendez-vous, les usager.ère.s rencontrent d'abord le personnel infirmier de la clinique externe. Il importe de préciser qu'il s'agit du même personnel qui travaille au STMU, car il effectue une rotation entre l'unité de soins et la clinique externe. Selon le personnel infirmier, les défis ne sont pas les mêmes à la clinique externe, puisque les usager.ère.s sont habituellement plus organisé.e.s et n'ont pas nécessairement besoin d'un plan ou d'une

orientation immédiate. Par conséquent, la pression de devoir agir en urgence pour répondre aux besoins des usager.ère.s est moins forte à la clinique externe.

« Ici, en ambulatoire, quand un patient vient sur rendez-vous, il a quand même une organisation quelconque. Il a pu se déplacer, se présenter au rendez-vous, et il ne demande pas nécessairement un plan, une orientation immédiate. » (N° 3)

Le travail du personnel infirmier à la clinique externe consiste principalement à évaluer si les usager.ère.s doivent être hospitalisé.e.s à l'unité de soins du STMU pour un sevrage. Le personnel vérifie également leur statut de vaccination, effectue le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et s'assure qu'ils ont de bonnes pratiques de consommation de substances, et ce, dans une optique de réduction des méfaits. Contrairement aux activités de liaison exercées à l'urgence ou sur les étages, celles qui sont déployées à la clinique externe impliquent souvent des communications avec des professionnel.le.s ou des partenaires externes qui ont référé les usager.ère.s. Ce processus dialogique permet au personnel infirmier de clarifier les demandes des usager.ère.s et de mieux planifier les services à leur offrir.

« Souvent, on a déjà parlé au référent au téléphone pour connaître la nature du problème et savoir ce que l'on peut apporter, nous au STMU. Des fois, les demandes ne sont pas claires et, d'autres fois, on doute qu'on soit les bonnes personnes pour offrir le service demandé. Donc, on va discuter de ça et, souvent, ça se clarifie beaucoup mieux au téléphone. » (N° 3)

Bien que le motif principal de consultation à la clinique externe soit en lien avec une consommation de substances, le personnel infirmier évalue aussi les besoins psychosociaux des usager.ère.s ainsi que les conditions de vie dans lesquelles ils et elles se retrouvent à la fin des rencontres. Il s'assure notamment que, lorsque les rencontres de suivi se terminent, les usager.ère.s ont accès à un logement sécuritaire. Dans ce contexte, le personnel infirmier offre au minimum une référence vers un refuge afin de permettre aux usager.ère.s d'avoir un endroit où dormir à la fin des rencontres de la clinique externe.

« Notre souci, c'est que, lorsque la rencontre se termine [...], il y ait quand même un lieu sécuritaire, que ce soit juste une référence à un refuge. Ça nous est arrivé aussi d'appeler un refuge pour réserver un lit, même pour la soirée. [...] C'est notre principal souci là, le temps de la rencontre d'une heure, mais après qu'est-ce qui se passe? » (N° 3)

Cette prise de contact avec des partenaires externes ne constitue pas la principale tâche du personnel infirmier de la clinique externe. Lorsque les usager.ère.s nécessitent des démarches psychosociales plus

importantes, comme la recherche d'un logement, le personnel infirmier demande l'aide des travailleuses et travailleurs sociaux de la clinique externe. Cette collaboration entre ces deux types de professionnel.le.s est considérée comme essentielle, car le personnel infirmier rapporte qu'il n'est pas le mieux outillé pour répondre à l'ensemble des demandes psychosociales. Cette collaboration permet au personnel infirmier de se concentrer sur l'aspect « biomédical » de la consultation et de passer le flambeau aux travailleuses et travailleurs sociaux pour les demandes à caractère « psychosocial ».

« C'est sûr que ce n'est pas le créneau majeur de l'infirmière. Elle va dépister, elle va essayer de trouver ou de s'assurer qu'il y a un lieu sécuritaire, mais elle voit surtout la santé. Après ça, pour faire des démarches de relocalisation, trouver un appartement, tout ça, on va demander l'aide de notre collègue en travail social. [...] Je nous trouve bonnes parce qu'on jongle un peu, on essaye de trouver les infos. [...] Je trouve que l'une des limites du travail, c'est qu'on n'est pas beaucoup outillées. C'est pour ça que je compte sur l'appui de mon collègue pour continuer. Je collabore bien avec lui. On essaye juste d'emboîter nos interventions et de se passer la puck. » (N° 3)

En somme, les activités de liaison mises en place à la clinique externe sont partagées entre le personnel infirmier qui prend en charge la santé physique des usager.ère.s et les travailleuses et travailleurs sociaux qui s'occupent des demandes psychosociales. La complémentarité de ces expertises semble permettre aux professionnel.le.s de déployer des activités de liaison répondant à l'ensemble des besoins des usager.ère.s qui fréquentent la clinique externe du STMU.

L'unité de soins du STMU : l'importance du travail d'équipe qui place les usager.ère.s au centre des services

Comme présenté à l'annexe IV, les activités de liaison sont au cœur des services de l'unité de soins du STMU. Les hospitalisations à l'unité de soins se démarquent des hospitalisations dans les autres départements, car les médecins planifient le processus de congé des usager.ère.s dès leur admission. Selon les participant.e.s, la réflexion sur la sortie de l'hôpital fait partie de la prise en charge des usager.ère.s au sein de l'unité de soins du STMU. Le plan de sortie est personnalisé et adapté à la situation de l'usager.ère en fonction de différents facteurs : son état mental, ses connaissances des ressources d'aide, son réseau social, ses conditions de vie à l'extérieur de l'hôpital et l'existence d'un suivi externe avec des professionnel.le.s. À partir de ces informations, les professionnel.le.s du STMU mettent en place des activités de liaison qui respectent leur capacité de se débrouiller par eux-mêmes ou elles-mêmes.

« Il y a beaucoup à voir : comment tu donnes congé au patient, quelle information tu lui donnes, c'est quoi son filet de sécurité, il se tourne vers qui, est-ce que cette personne-là

est au courant, est-ce qu'il y a un rendez-vous de pris, où est-ce qu'il va dormir, qu'est-ce qui se passe quand il quitte notre regard. » (No 5)

L'une des particularités des activités de liaison au sein de ce service est que les usager.ère.s peuvent demeurer à l'unité de soins du STMU, même s'ils ou elles n'ont plus besoin de soins médicaux, et ce, afin que leur sortie de l'hôpital soit sécuritaire. Par exemple, dans le cas d'une transition vers un centre de thérapie et de traitement des dépendances, l'usager.ère peut demeurer à l'unité de soins jusqu'à ce qu'une place se libère. Cette situation particulière serait toutefois influencée par les exigences administratives de l'hôpital quant à la durée des séjours. En effet, les participant.e.s rapportent que « le mot d'ordre à l'hôpital, c'est le temps de séjour » et que les médecins du STMU subissent une pression pour que « l'unité de soins roule ». Devant cette exigence de l'établissement, les médecins doivent naviguer entre leur souhait de respecter le rythme d'intervention auprès des usager.ère.s et les demandes administratives de libérer rapidement les lits de l'hôpital. Un médecin peut aussi être tenté de donner congé à ces usager.ère.s pour ne pas alourdir le fardeau du médecin qui prendra la relève.

« Une de nos particularités, c'est que l'on accepte de garder des patients hospitalisés, même s'il n'y a plus rien de médicalement actif, pour faire de beaux transferts. Admettons qu'une personne veuille aller en thérapie et qu'il a de la place seulement dans cinq jours. Même si elle n'a plus besoin d'un médecin, même si elle est bien physiquement et mentalement, je vais la garder à l'unité, parce que si elle retourne chez elle, ou dans la rue, ou dans un refuge, mon arrimage ne va pas marcher, et ça, on le sait... [Mais en même temps], je ressens une pression de faire ça [lui donner son congé] pour que mon collègue, quand il reprend l'étage, n'hérite pas de tous les cas que je n'ai pas réussi à conclure. Cela fait que, oui, il y a cette pression-là. » (N° 5)

Bien que le choix des activités de liaison soit parfois décidé par un ou une professionnel.le du STMU, les participant.e.s mentionnent que les décisions découlent généralement d'une réflexion en équipe. Si des partenaires externes collaborent déjà avec des usager.ère.s, les professionnel.le.s de l'unité de soins du STMU favorisent leur participation au processus de décision puisque les ressources d'aide extérieures prendront le relais lors du congé. Bien que le terme « activités de liaison » soit surtout employé pour parler de la sortie de l'hôpital, cette notion comprend aussi les communications avec les partenaires externes pour aider les usager.ère.s pendant leur hospitalisation.

« Dans mon langage à moi, c'est surtout de la liaison en vue du congé, mais communiquer entre partenaires pour aider un patient pendant une hospitalisation, qu'il y ait une suite ou pas après, on le fait beaucoup, beaucoup, beaucoup. » (N° 2)

Ce travail d'équipe prend également la forme de rencontres quotidiennes à l'unité de soins qui permettent aux professionnel.le.s de discuter du cas des usager.ère.s hospitalisé.e.s. Selon les témoignages recueillis et les observations réalisées, ces réunions permettent d'échanger des idées et des réflexions sur les différent.e.s usager.ère.s, ce qui favorise le partage des responsabilités et du poids porté par chaque professionnel.le. En effet, selon les personnes interrogées, les membres de l'équipe du STMU ont des forces différentes et des connaissances complémentaires en fonction de leur parcours professionnel. Si un ou une professionnel.le n'a pas les outils pour régler une situation ou a des questions sur l'orientation à privilégier, il ou elle peut en discuter avec les membres de l'équipe pour faire progresser sa démarche d'intervention. Les activités de liaison sont également discutées avec les usager.ère.s afin de s'assurer qu'elles répondent à leurs besoins.

« Tous les jours, on se rencontre pour discuter des cas des patients hospitalisés, pour dire où on est rendus, c'est quoi la chose à faire pour l'orientation, etc. On en discute, et les idées émergent de tout le monde : "Ah, ce serait une bonne idée de faire telle affaire !" On partage nos instructions. [...] Je ne pense pas que ça peut être fait en individuel, c'est un travail qui se fait en équipe. S'il y a une chose dont on n'est pas certains, on la travaille ensemble, on partage les idées, les réflexions. On voit avec la personne aussi ce qui pourrait marcher le mieux. [...] Ça ne veut pas dire que tous les outils sont à l'intérieur de moi, mais je sais que les ressources existent et, en travaillant ensemble, on peut aller chercher ce qui nous manque pour [proposer] le meilleur à la personne. » (N° 4)

Cet exercice de coconstruction des activités de liaison avec les personnes en situation d'itinérance est toutefois plus exigeant pour les professionnel.le.s de l'unité de soins du STMU. En effet, selon les personnes interrogées, cette démarche demande beaucoup de discussion, de concertation et de réflexion pour parvenir à élaborer et à mettre en place un processus de sortie de l'unité de soins qui convient aux usager.ère.s, aux partenaires externes, aux autres professionnel.le.s et respecte les exigences administratives de l'HND. Ce processus dialogique permet toutefois de créer des activités de liaison personnalisées et de rompre avec une conception standardisée de l'intervention.

« On y va selon les besoins du patient et selon son objectif à lui. Ça demande de réfléchir tout le temps. C'est du cas par cas, il faut réfléchir, se rencontrer, se concerter, être sûrs. Alors, c'est beaucoup d'énergie, on a besoin de beaucoup d'énergie et de se parler beaucoup. Et se parler, ça prend du temps ! Donc, c'est un gros défi pour nous. » (N° 4)

Dans l'ensemble, les activités de liaison mises en œuvre à l'unité de soins du STMU placent les usager.ère.s au cœur des services. Les professionnel.le.s mettent l'accent sur une prise en charge globale

et continue des usager.ère.s, tout en impliquant les partenaires externes susceptibles d'intervenir auprès d'eux ou d'elles. Cette prise en charge serait toutefois influencée par des pressions administratives quant à la durée des séjours, ce qui incite les médecins à libérer les lits le plus rapidement possible. Enfin, les activités de liaison déployées à l'unité de soins du STMU bénéficient d'un travail d'équipe multidisciplinaire où l'expertise des professionnel.le.s est mise à profit afin de planifier des activités de liaison adaptées aux usager.ère.s.

RECOMMANDATIONS POUR CONSOLIDER LE PROCESSUS DIALOGIQUE ET RÉPARTIR LA RESPONSABILITÉ DE L'ITINÉRANCE DANS L'ENSEMBLE DES SERVICES DE L'HÔPITAL

L'analyse des témoignages met au jour les recommandations des participant.e.s pour bonifier les activités de liaison déployées par le STMU au sein de l'HND. Dans un premier temps, les professionnel.le.s recommandent de consolider le processus dialogique dans l'ensemble des services, dont l'urgence, afin d'assurer une compréhension commune de l'organisation des services de liaison et une sensibilisation aux enjeux de l'itinérance. Dans un deuxième temps, les professionnel.le.s recommandent de répartir la responsabilité de l'intervention en itinérance entre tous les services de l'hôpital.

Consolider le processus dialogique dans l'ensemble des services, dont l'urgence, afin d'assurer une compréhension commune de l'organisation des services

Depuis sa création, le STMU voit à améliorer la communication et les échanges avec les partenaires externes afin que les différentes organisations apprennent à mieux connaître leur vision et leur fonctionnement respectifs. Selon les personnes interrogées, ce processus dialogique, basé sur l'établissement de mécanismes de communication, favorise la collaboration entre les différentes organisations afin de mieux planifier les sorties hospitalières.

« Je pense que c'est le souci de communication avec les équipes extérieures. [Quand] on est arrivés ici, on s'est dit : "Nous autres, on veut pouvoir jaser avec les gens et travailler en collaboration." On le sait que, sinon, ça donne des congés mal organisés et des hospitalisations. On ne veut pas ça. On a fait attention à ça et on essaie fort. » (N° 2)

Cette communication constante avec les partenaires externes permet aux professionnel.le.s du STMU d'avoir une vue d'ensemble de l'organisation des services, tant institutionnels que communautaires, ce qui facilite l'arrimage avec les ressources d'aide lors de la planification de la sortie de l'HND. Cette vision globale se construit grâce au travail d'équipe du STMU qui permet aux professionnel.le.s de mettre en commun leurs connaissances personnelles des ressources externes, puis de déterminer les ressources d'aide les plus adaptées aux besoins des usager.ère.s et de les diriger vers les services appropriés.

« On a une vue d'ensemble des réseaux de santé et communautaires. On a une vue d'ensemble de toutes nos options et, là, on regarde nos patients, ce qu'ils veulent, les options qui s'offrent eux et ce qui serait une bonne idée. » (N° 5)

Toutefois, cette mise en commun se fait principalement entre l'unité de soins et la clinique externe. Selon des participant.e.s, cette concertation laisse de côté l'urgence qui, pourtant, constitue souvent l'un des premiers services à établir des contacts avec les personnes en situation d'itinérance. En effet, les médecins de l'urgence rapportent ne pas avoir de connaissances approfondies des ressources d'aide à l'extérieur de l'HND et, plus particulièrement, des organismes communautaires. L'un des médecins rencontrés rapporte d'ailleurs que les organismes communautaires constituent, pour lui, un « monde à part », puisqu'il n'a jamais établi de lien personnel avec les intervenant.e.s œuvrant dans ces ressources d'aide.

« On dirait que, moi, je m'y intéresse un peu, alors je commence à connaître un peu plus le nom des ressources, mais je n'ai jamais visité ces ressources-là. C'est comme un monde à part, on dirait, le monde communautaire. Je n'ai jamais vu ces gens-là, ça reste flou. Pour moi, quel service tu peux avoir? Où? Si c'était plus clair [de savoir] quel service tu peux avoir dans quelles ressources, probablement que ça m'aiderait. » (N° 1)

Cette exclusion de l'urgence dans le partage des connaissances sur l'organisation des soins fait en sorte que les médecins qui travaillent à l'urgence sont peu outillés pour référer des personnes en situation d'itinérance à des partenaires externes. Les médecins de l'urgence se trouvent donc dans une situation où ils ont davantage besoin du soutien de l'équipe du STMU pour mieux comprendre l'organisation des ressources d'aide en itinérance.

« [Ce serait bien] d'avoir quelqu'un juste en itinérance qui, aussitôt que quelqu'un serait "flaggé" itinérant, viendrait mettre le nez dans le dossier et voir, avec ces intervenants, comment on pourrait organiser un éventuel congé. Ce sont peut-être des choses qui sont déjà en place à l'étage, mais pas à l'urgence. Vu que c'est souvent ici qu'ils consultent les personnes en situation d'itinérance, je pense que ce serait utile. » (N° 1)

Dans ce contexte, il semble pertinent que l'équipe du STMU travaille davantage en collaboration avec les services de l'HND, notamment l'urgence, afin de mieux diffuser leurs connaissances sur l'organisation des soins en lien avec l'itinérance. Le partage de ces informations permettrait à l'ensemble des professionnel.le.s de l'hôpital de mettre en place, de façon autonome, des activités de liaison avec des partenaires externes afin d'assurer une fluidité de soins pour les personnes en situation d'itinérance.

Répartir la responsabilité de l'intervention sur l'itinérance entre tous les services de l'hôpital par une meilleure sensibilisation à ce phénomène

Un autre élément recommandé par les participant.e.s consiste à sensibiliser l'ensemble des professionnel.le.s de l'hôpital aux réalités de l'itinérance afin de développer une responsabilité collective à l'égard de ce phénomène. Les professionnel.le.s du STMU, qui considèrent les personnes en situation d'itinérance comme des citoyennes et citoyens à part entière, constatent toutefois que cette conception ne semble pas partagée par l'ensemble des professionnel.le.s de l'HND. Pour l'équipe du STMU, il est important, pour assurer de meilleures interventions, de faire comprendre à tous et toutes que l'itinérance s'inscrit dans une trajectoire de vie marquée par des difficultés personnelles et des obstacles systémiques et structurels. Dans cette optique, il est essentiel d'enquêter sur l'histoire de vie des usager.ère.s afin de comprendre leur passage à l'itinérance, tout en considérant que cela peut être causé par de multiples facteurs qui s'enchevêtrent. Selon les témoignages recueillis, cette méthode d'intervention, qui est utilisée par l'équipe du STMU, permet d'appréhender l'itinérance comme une phase et non comme une réalité immuable et inhérente aux personnes.

« Nous, comme équipe, ce qu'on enseigne, c'est que l'itinérance, c'est des fois le symptôme de quelque chose d'autre. Par exemple, si quelqu'un nous dit : "Là, je suis itinérant depuis deux ans", nous, on lui demande : "Qu'est-ce qui s'est passé il y a deux ans?". "Ma mère est morte..." "OK, vous êtes en dépression majeure depuis deux ans et, dans le fond, ça a précipité l'itinérance." Donc, on voit vraiment ça comme un signal de quelque chose, un signe et symptôme, et on essaye d'aller creuser un petit peu plus. Je pense que, ça aussi, c'est l'une de nos forces, de nos spécificités. On trouve plein de choses là. Des gens qui ont eu des accidents d'autos, qui ont eu des traumatismes crâniens, et c'est ça qui a précipité la situation, comme des points tournants dans leur vie. » (N° 5)

Toutefois, l'un des défis rencontrés par les participant.e.s, c'est que les professionnel.le.s du STMU doivent déployer une énergie considérable pour sensibiliser les autres professionnel.le.s de l'hôpital et d'autres organisations à la réalité de l'itinérance. La sensibilisation à la réalité de l'itinérance reposerait sur les épaules des professionnel.le.s du STMU qui doivent partager leur vision et leurs connaissances. Les participant.e.s ont l'impression qu'avec la transformation de l'HND en hôpital communautaire, l'équipe du STMU a maintenant la responsabilité de former et de sensibiliser les autres professionnel.le.s, voire de leur insuffler leur conception de l'itinérance.

« Quand Notre-Dame est devenu un hôpital communautaire, c'était un peu ça le discours : tous les étages allaient devenir un peu spécialistes là-dedans [l'itinérance] et ça allait être

ça notre couleur. Je pense que les gens pensent que c'est notre mandat, comme département, d'insuffler ça un peu partout dans l'hôpital. » (N° 5)

Cette sensibilisation à la réalité de l'itinérance n'est pas toujours bien reçue de la part des autres professionnel.le.s de l'hôpital. En effet, les membres de l'équipe du STMU témoignent de situations où ils se sont « cognés à des murs » lorsqu'ils ont tenté de transmettre leur approche globale de l'itinérance aux autres professionnel.le.s. Pour contourner cette résistance ou cette méconnaissance, les membres du STMU mentionnent qu'ils doivent militer pour faire reconnaître l'importance de la réalité de l'itinérance, et ce, au sein même de l'HND qui se décrit comme un hôpital communautaire avec un service de médecine urbaine. Cette incohérence semble provoquer de l'irritation, voire un essoufflement, chez les professionnel.le.s du STMU qui ont l'impression de devoir prendre continuellement la défense des personnes en situation d'itinérance en raison de leur invisibilité à l'intérieur même de l'établissement qui devrait les reconnaître et les aider.

« C'est justement de se cogner à des murs et à des restrictions. C'est difficile, surtout dans un hôpital qui se dit communautaire en médecine urbaine, de voir que tout le monde n'emboîte pas le pas. Alors, on doit *fighter* à chaque fois et militer pour cette clientèle-là, c'est... essoufflant. » (N° 3)

Les personnes interrogées mentionnent être prêtes à faire leur « bout de chemin » pour partager leur compréhension de l'itinérance. Toutefois, elles rapportent qu'il faut que les autres professionnel.le.s montrent aussi un peu de motivation à mettre en place des interventions adaptées aux personnes en situation d'itinérance, et ce, de façon horizontale afin que cela ne repose pas seulement sur les épaules des professionnel.le.s du STMU.

« Je pense qu'il y en a quelques-uns que ça n'intéresse pas, mais je ne sais pas trop dans quelle proportion. Je pense qu'il faudrait faire valoir à tout le monde que ce n'est pas juste pour être gentil avec les patients en situation d'itinérance, c'est pour donner des soins plus sécuritaires. C'est aussi pour diminuer le temps de séjour, rendre le séjour plus *smooth* et transitionner plus vite vers l'externe. » (N° 1)

« C'est une réalité qui existe [l'itinérance], faut que quelqu'un fasse quelque chose. On va faire notre bout, mais les autres aussi doivent faire leur petit bout là-dedans. Ça, c'est un défi. » (N° 2)

Bref, les participant.e.s font état de la nécessité de mieux faire comprendre l'itinérance à l'ensemble des acteurs œuvrant à l'HND afin que tous et toutes puissent intervenir, de façon globale, auprès des

personnes qui vivent cette réalité. Les professionnel.le.s du STMU souhaitent que leur équipe ne soit pas l'unique responsable des personnes en situation d'itinérance, mais que cette responsabilité soit partagée par l'ensemble des professionnel.le.s de l'hôpital et que ces personnes, malgré un contexte de désaffiliation sociale, soient reconnues comme des citoyennes et citoyens à part entière.

DISCUSSION

À la lumière des travaux scientifiques théoriques, nous discutons dans cette section des principaux constats de cette étude, soit la perception des activités de liaison au STMU, les caractéristiques et les défis de ces activités, ainsi que les recommandations pour consolider ces activités. À titre de rappel, le projet de recherche s'articule autour de cinq objectifs spécifiques : 1) décrire le fonctionnement et les rôles des services de liaison ; 2) expliquer le processus d'intervention et la trajectoire de services mis en place ; 3) dresser le portrait des caractéristiques des usager.ère.s des activités de liaison ; 4) décrire le partenariat intersectoriel et évaluer le niveau de satisfaction du personnel et des patients à son égard ; 5) entamer un processus de réflexion sur le programme de santé en itinérance afin d'assurer la bonification, la consolidation et la pérennisation des services de liaison.

Il importe de préciser que, étant donné la difficulté à rejoindre les usager.ère.s en état de participer adéquatement au projet de recherche, nous avons peu répondu aux objectifs 3 et 4 qui portent sur le portrait des usager.ère.s et leur niveau de satisfaction. Néanmoins, les personnes qui ont participé au projet ont partagé une vision commune des activités développées au sein du STMU. En effet, elles décrivent l'importance des activités de liaison du STMU pour répondre à des lacunes majeures du système de soins et tenter d'intégrer les personnes les plus désaffiliées de nos sociétés, notamment les personnes en situation d'itinérance.

L'EXISTENCE D'UN MODÈLE NOVATEUR D'ACTIVITÉS DE LIAISON : UNE PRATIQUE À INTÉGRER DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS

Le portrait dressé par les personnes interrogées montre comment les activités de liaison réalisées par des professionnel.le.s de l'HND permettent d'assurer la transition post-hospitalière. Il met aussi en lumière le besoin de mieux coordonner les services afin d'éviter le passage à l'itinérance ou son maintien, comme le documentent certains travaux (Currie et al., 2018 ; Doran et al., 2013 ; Karper et al., 2008 ; Kumar et Klein, 2012 ; Metraux et al., 2010). Le fait de reconnaître la précarité domiciliaire et de l'inclure comme levier d'intervention dans l'offre de services hospitaliers constitue un élément remarquable de ces activités de liaison. Comme l'ont démontré plusieurs études (Currie et al., 2018 ; Greysen et al., 2013 ; Karper et al., 2008 ; Kumar et Klein, 2012), le fait que les hôpitaux négligent de prendre en considération la situation domiciliaire des usager.ère.s lors de la sortie est l'un des facteurs qui expliquent le passage à l'itinérance.

La démarche de l'HND permet aux professionnel.le.s d'engager la discussion avec les usager.ère.s sur leur situation domiciliaire, ce qui peut réduire les sentiments de honte et la stigmatisation que les personnes en situation d'itinérance peuvent ressentir dans le système de soins, comme l'a montré Greysen et al. (2013). Ainsi, la création d'une démarche systématisée pour planifier la transition post- hospitalière représente un changement de paradigme notable dans la façon de penser et d'intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance. Ces activités de liaison ouvrent une réflexion importante sur la coordination des soins pour prévenir l'itinérance et non pas seulement pour gérer les situations d'urgence liées à l'absence de domicile stable et permanent.

Les témoignages recueillis rendent compte du fait que ces activités de liaison sont en adéquation avec la logique du modèle d'intervention en période critique. À l'instar de certaines études (Herman et al., 2007; Susser et al., 1997), les participant.e.s ont parlé de l'importance de créer des relations de confiance entre les professionnel.le.s et les usager.ère.s afin d'assurer la cohésion des services lors de la sortie hospitalière. Cette relation de confiance est mobilisée par les professionnel.le.s du STMU pour établir un dialogue avec des ressources et des organismes à l'extérieur de l'HND en prévision d'une prise en charge post-hospitalière. En plus d'être cohérente avec le modèle d'intervention en période critique (Kasprow et Rosenheck, 2007; Herman et al., 2007), l'équipe du STMU ajoute à son fonctionnement des activités de liaison intrahospitalières qui permettent aux professionnel.le.s d'établir rapidement, par exemple lors de l'entrée à l'urgence, une réflexion sur les démarches à mettre en place pour accompagner les personnes en situation d'itinérance lors de leur sortie de l'HND. Cet ensemble d'activités de liaison, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, révèle l'ampleur de la démarche entreprise par l'HND afin d'adapter le modèle d'intervention en période critique à la réalité de l'itinérance montréalaise.

Bien que certain.e.s professionnel.le.s de l'HND réalisent des activités de liaison, cette démarche ne semble pas être une pratique institutionnalisée à l'hôpital. Le fait que les médecins de l'urgence, par exemple, ne semblent pas bien saisir le fonctionnement de ces activités de liaison témoigne de la nécessité de mieux ancrer cette démarche dans un programme qui pourrait détailler la procédure à suivre. Le portrait réalisé dans cette étude montre plutôt que ces activités de liaison reposent sur la responsabilité d'un petit groupe de professionnel.le.s qui doivent faire connaître la complexité de l'itinérance, mais aussi l'esprit et le fonctionnement des activités de liaison. À l'instar des personnes interrogées, nous sommes d'avis que cette démarche gagnerait à être mieux balisée par des procédures formelles qui permettraient une meilleure compréhension et utilisation de ces activités de liaison par les différents services de l'HND. Ultimement, l'instauration d'un programme institutionnel d'activités de liaison à l'HND permettrait certainement de prévenir le passage à l'itinérance ou son maintien chez plusieurs usager.ère.s.

« LA FLUIDITÉ DES SOINS », LE DIALOGUE ET LA COORDINATION : UN PROCESSUS CONTINU DE PARTENARIAT AU CŒUR DES ACTIVITÉS DE LIAISON DU STMU

Comme l'a présenté Haggerty et al. (2003), la continuité des soins nécessite une communication continue entre les différent.e.s professionnel.le.s pour adapter la relation thérapeutique aux besoins des usager.ère.s. La perspective des personnes interrogées correspond à cette notion de continuité du fait que les activités de liaison du STMU visent une « fluidité des soins », tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'HND. Par exemple, elles témoignent de l'importance du dialogue avec les partenaires externes avant même l'admission des usager.ère.s afin d'assurer le succès de la transition à la fin de leur séjour à l'hôpital. L'importance accordée au processus dialogique avec les partenaires externes fait écho à certains travaux scientifiques (Backer et al., 2007 ; Stergiopoulos et al., 2018) qui soulignent l'importance des communications et des partenariats tout au long du processus de planification de la transition. En ce sens, le processus dialogique est considéré comme un élément incontournable de la transition post-hospitalière, mais il est également présenté comme une étape valorisante du processus d'intervention qui donne l'impression aux professionnel.le.s « de ne pas travailler pour rien ». D'ailleurs, la notion de « dialogue » utilisée pour décrire le processus de communication avec les partenaires rappelle les interactions entre les membres de l'équipe du STMU et les professionnel.le.s des organismes à l'extérieur de l'HND lors de l'échange d'informations. Inspiré de l'analyse de Strauss (1992), ce processus dialogique révèle que l'échange d'informations sur les usager.ère.s permet à la fois de préparer leur sortie de l'hôpital et d'outiller les professionnel.le.s du STMU qui pourront mieux adapter leurs interventions aux réalités et conditions de vie des usager.ère.s. Bref, ces activités de liaison sont considérées comme essentielles pour coordonner l'action, autant à l'interne qu'à l'externe, et pour favoriser une continuité des services auprès des usager.ère.s lors de leur sortie de l'HND.

Les témoignages recueillis à propos des activités de liaison du STMU font écho à la conception de Strauss (1992) sur la complexification des trajectoires de soins en raison du processus incessant de négociation entre les différents acteurs, soit les intervenant.e.s et les usager.ère.s. L'établissement d'un dialogue soutenu avec les partenaires et les usager.ère.s permet aux professionnel.le.s du STMU de coordonner leur action et, ultimement, d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des usager.ère.s. Cette analyse montre les ajustements constants que les professionnel.le.s du STMU doivent effectuer pour composer avec les différentes contraintes structurelles, telles que l'organisation hospitalière et les règlements professionnels, afin de produire des interventions « sur mesure ». Par exemple, la pression que l'hôpital exerce pour que les lits soient libérés le plus rapidement possible fait en sorte que les médecins ont peu de temps pour accompagner les usager.ère.s et les autres professionnel.le.s lors de la

mise en place des activités de liaison, reléguant ainsi une partie des responsabilités au personnel infirmier et aux intervenant.e.s en travail social du SMTU. La notion de trajectoires de soins de Strauss (1992) met ainsi en lumière les différentes tensions que vivent ces professionnel.le.s dans le déploiement des activités de liaison, dont les enjeux liés à la compréhension de l'itinérance et à la reconnaissance institutionnelle des efforts déployés par les professionnel.le.s. Si les personnes interrogées soulignent l'importance de recourir à une vision globale pour comprendre les conditions de vie des usager.ère.s en prévision de la transition post-hospitalière, elles mentionnent néanmoins être confrontées à une organisation parfois rigide qui ne favorise pas toujours le respect du rythme et des réalités des usager.ère.s du SMTU. Cette tension semble être amplifiée par le fait que les professionnel.le.s du SMTU ont le sentiment de porter un fardeau supplémentaire, soit de sensibiliser leurs collègues à la complexité du phénomène de l'itinérance.

LA COMPLEXITÉ DU PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE : UNE QUÊTE DE RECONNAISSANCE ET DE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE

Les personnes interrogées ont le sentiment d'être seules à porter la responsabilité des activités de liaison au sein de l'HND. En particulier, les médecins sont confrontés à une charge de travail trop élevée. Par conséquent, ils ont de la difficulté à répondre à la fois aux besoins des usager.ère.s du SMTU et aux demandes de consultation de l'urgence ou des autres étages. Ces demandes deviennent la responsabilité du personnel infirmier de liaison qui subit ainsi une pression accrue en raison du manque d'effectifs à l'HND. Les activités de liaison effectuées à la suite des demandes de consultation de l'urgence et des autres départements reposent principalement sur les épaules d'un petit groupe d'acteur.trice.s au sein du SMTU. Cette situation s'explique notamment par le manque de médecins au SMTU, mais aussi par un désinvestissement de la part des professionnel.le.s de l'hôpital à l'égard des enjeux liés à la toxicomanie et à l'itinérance. Cette tension a fréquemment été soulevée par les participant.e.s, qui soulignent l'incohérence entre le mandat de l'HND de prodiguer des soins à des populations marginalisées et l'incompréhension de certain.e.s professionnel.le.s des réalités des personnes en situation d'itinérance. Cette incohérence est notamment marquée par des difficultés de coordination, voire la déconnexion, entre l'urgence, la clinique externe et l'unité de soins du SMTU. Les participant.e.s ont d'ailleurs suggéré de mieux faire connaître les activités de liaison du SMTU afin d'assurer une meilleure cohérence des services de l'hôpital.

Un autre obstacle aux activités de liaison du SMTU est que le principal critère d'admission au SMTU est la dépendance aux substances. Bien que les professionnel.le.s s'appuient sur une vision globale des usager.ère.s lors de la mise en place des activités de liaison du SMTU, le critère de la dépendance aux substances constitue une limite importante puisqu'il tend à réduire le phénomène de l'itinérance à la

consommation de drogues et d'alcool. Or, l'itinérance est un phénomène multidimensionnel et complexe influencé par différents facteurs interpersonnels et structurels qui ne comprend pas uniquement la dépendance aux substances (Gouvernement du Québec, 2014). En effet, les travaux scientifiques montrent que l'itinérance implique, entre autres, des expériences de violence et de négligence (Flynn et al., 2017 ; MacDonald et Roebuck, 2018 ; Thrane et al., 2006 ; Tyler et Bersani, 2008 ; Tyler et al., 2001 ; Whitbeck et al., 1999), des problèmes de santé physique et mentale (Baker-Collins, 2013 ; Rodrigue, 2016 ; Roy et al., 2013) ainsi que des enjeux de précarité économique (Embleton et al., 2016). En s'intéressant à la précarité domiciliaire uniquement chez les personnes qui présentent une dépendance aux substances, on néglige de nombreux autres usager.ère.s qui fréquentent l'HND et qui pourraient bénéficier des activités de liaison déployées par le STMU. Bien que la dépendance aux substances soit la porte d'accès principale aux activités du STMU, ce critère peut constituer un obstacle à la responsabilité collective des professionnel.le.s de l'HND d'intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance et d'assurer leur transition post-hospitalière.

DES ACTIVITÉS DE LIAISON EN TENSION ENTRE LA RECHERCHE D'EFFICACITÉ ET LA NÉCESSITÉ DE PRENDRE SON TEMPS

Les témoignages sur la pression exercée par l'HND pour faire « rouler » l'unité de soins du STMU évoquent le paradigme de gestion étatique appelé la « nouvelle gestion publique » (Bellot et al., 2013). Ce paradigme, issu de la gestion des entreprises privées, propose une logique d'intervention centrée sur l'efficacité et l'efficacé des services (Merrien, 1999 ; Turcotte et Bastien, 2011). Le discours des participant.e.s illustre comment ce paradigme s'inscrit à contre-courant du travail d'accompagnement et de création de liens de confiance sur lequel se fonde le modèle de l'intervention en période critique, documenté par certaines études (Herman et al., 2007 ; Susser et al., 1997). La quête d'efficacité au sein du système de soins est confrontée aux problématiques complexes, comme l'itinérance. Ces situations requièrent des interventions qui « prennent du temps » en raison, notamment, de la concertation nécessaire entre les différents partenaires pour bien articuler la continuité des services (Backer et al., 2007 ; Stergiopoulos et al., 2018). À cet effet, les personnes interrogées ont indiqué que le travail de concertation et de collaboration était primordial pour élaborer des plans d'intervention personnalisés qui permettent d'assurer la transition cohérente des usager.ère.s, mais que cette démarche exige beaucoup de temps de la part des professionnel.le.s, tant à l'interne qu'à l'externe. Comme nous l'avons déjà mentionné dans d'autres travaux, « prendre son temps » est un ingrédient essentiel à l'accompagnement des personnes hautement marginalisées et stigmatisées, plus particulièrement les personnes en situation d'itinérance marquées par de multiples ruptures sociales (MacDonald et al., 2020). Prendre le temps de

connaître la situation de vie des usager.ère.s est essentiel pour intervenir de façon globale et adéquate en tenant compte de la diversité des expériences qui marque le phénomène de l'itinérance. Cela permet aussi de se préoccuper des ruptures et de la méfiance des personnes envers les institutions publiques. Enfin, cela permet d'établir un véritable lien de confiance, un contact de qualité, nécessaire à la mise en place d'une relation bienveillante dans le cadre d'un accompagnement social.

CONCLUSION

Le projet initial d'offrir un programme de soins aux personnes en situation d'itinérance à l'HND ne s'est pas concrétisé en 2018. Malgré cette situation, les professionnel.le.s du STMU ont poursuivi les activités de liaison auprès des personnes vulnérables. Ce rapport fait état de leur vision et de leurs initiatives pour faciliter la transition vers les ressources communautaires et institutionnelles et améliorer la santé des personnes en situation d'itinérance. Nous reconnaissons toutefois que notre portrait est limité par son interprétation partielle des activités de liaison. En effet, l'analyse met de l'avant les perspectives des professionnel.le.s et non celles des cibles des interventions, soit les usager.ère.s. Malheureusement, malgré toutes nos tentatives, nous n'avons pas pu obtenir leur coopération. L'absence du point de vue des usager.ère.s donne donc un portrait restreint des expériences et de l'appréciation de la trajectoire de soins des activités de liaison du STMU.

S'appuyant sur différents travaux scientifiques qui révèlent que la sortie hospitalière constitue un point tournant important dans le passage à l'itinérance (Greysen et al., 2012 ; MacDonald et al., 2020 ; Tomita et Herman, 2012), ce projet constitue une étude de cas intéressante qui documente la continuité des soins auprès des personnes en situation d'itinérance. En conclusion, nous suggérons d'encadrer les activités de liaison par un programme formel afin de pérenniser son déploiement et de consolider ses acquis. Il serait également intéressant de repenser le critère de la toxicomanie comme seule porte d'entrée au STMU afin d'élargir la conception de l'itinérance et de ne pas la limiter à la dépendance aux substances. L'instauration de ce programme permettrait de combler les besoins criants des usager.ère.s, mais aussi de mieux reconnaître les efforts et l'expertise des professionnel.le.s.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-57.
- Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daepfen, J. B., Peytremann-Bridevaux, I. et Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-52.
- Anthony, S. et Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1171-1181.
- Baker-Collins, S. (2013). From homeless teen to chronically homeless adult: A qualitative study of the impact of childhood events on adult homelessness. *Critical Social Work*, 14(2), 61-81.
- Baumgartner, J. N. et Herman, D. B. (2012). Community integration of formerly homeless men and women with severe mental illness after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(5), 435-437.
- Backer, T. E., Howard, E. A. et Moran, G. E. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 229-243.
- Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. (dir.) (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 264 p.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie : perspective ethnosociologique*. Paris : Armand Colin, 128 p.
- Champagne, F., Brouselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A.P. (2011). Modéliser les interventions, pp. 71-84. Dans Brouselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et Hartz, Z. (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 336 p.
- Clément, M., Gélinau, L. et McKay, A.-M. (dir.) (2009). *Proximités. Lien, accompagnement et soin*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 386 p..
- Clément, M. et Gélinau, L. (2009). Introduction : Figures, voies et tensions de la proximité, pp. 1-13. Dans Clément, M., Gélinau, L. et McKay, A.-M. (dir.), *Proximités. Lien, accompagnement et soin*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 386 p.
- Currie, L. B., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., McCandless, L. C. et Somers, J. M. (2018). Continuity of care among people experiencing homelessness and mental illness: Does community follow-up reduce rehospitalization? *Health Services Research*, 53(5), 3400-3415.
- de Vet, R., van Luijelaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D. et Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
- Doran, K. M., Ragins, K. T., Iacomacci, A. L., Cunningham, A., Jubanyik, K. J. et Jenq, G. Y. (2013). The revolving hospital door: hospital readmissions among patients who are homeless. *Medical Care*, 51(9), 767-773.

- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Embleton, L., Lee, H., Gunn, J., Ayuku, D. et Braitstein, P. (2016). Causes of child and youth homelessness in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 170(5), 435-444.
- Fleury, D. et Fortin, M. (2006). *Lorsque travailler ne suffit pas afin d'échapper à la pauvreté : une analyse de la pauvreté chez les travailleurs au Canada*. Groupe de recherche sur les politiques. Ottawa, Ontario : Ressources humaines et Développement social Canada, 206 p.
- Flynn, C., Lapierre, S., Couturier, P. et Brousseau, M. (2017). Agir avec les jeunes femmes de la rue pour une praxis de l'intersectionnalité – Réflexion autour du projet PARVIS. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 23(2), 109-140.
- Fontaine, A. et Wagner, G. (2017). *La négociation du sens et des usages des pratiques en travail de rue après des jeunes : rapport de recherche*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR), Université Laval, 98 p.
- Giuliani, F.E. (2015). Pactes et arrangements dans l'accompagnement. Qualités sociales et tensions d'un schème relationnel, pp. 75-90. Dans Soulet, M.-H. (éd.). *Les nouveaux visages du travail social*. Academic Press Fribourg, 257 p.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine, 271 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir. Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Québec : Gouvernement du Québec, 74 p.
- Greysen, S. R., Allen, R., Lucas, G. I., Wang, E. A. et Rosenthal, M. S. (2012). Understanding transitions in care from hospital to homeless shelter: a mixed- methods, community-based participatory approach. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1484-1491.
- Greysen, S. R., Allen, R., Rosenthal, M. S., Lucas, G. I. et Wang, E. A. (2013). Improving the quality of discharge care for the homeless: a patient-centered approach. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 444-455.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Herman, D., Conover, S., Felix, A., Nakagawa, A. et Mills, D. (2007). Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3), 295-312.
- Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L. et Susser, E. S. (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713-719.
- Hwang, S. W., Guirguis-Younger, M. et McNeil, R. (dir.) (2014). *Homelessness & health in Canada*. University of Ottawa Press/Les Presses de l'Université d'Ottawa, 331 p.

- Jones, K., Colson, P. W., Holter, M. C., Lin, S., Valencia, E., Susser, E. et Wyatt, R. J. (2003). Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 54(6), 884-890.
- Karabanow, J. (2004). *Being young and homeless: Understanding how youth enter and exit street life*. New York : Peter Lang, 107 p.
- Karper, L., Kaufmann, M., Millspaugh, G., Vega, E., Stern, G., Stern, G., ... et Lynch, M. (2008). Coordination of care for homeless individuals with comorbid severe mental disorders and substance-related disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(2), 142- 157.
- Kaspro, W. J. et Rosenheck, R. A. (2007). Outcomes of critical time intervention case management of homeless veterans after psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*, 58(7), 929-935.
- Kumar, G. S. et Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729.
- Lako, D. A., de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Herman, D. B., van Hemert, A. M. et Wolf, J. R. (2013). The effectiveness of critical time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: Study protocol of two randomised controlled trials. *BMC Public Health*, 13(1), 1-12.
- Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D. et Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), 56-64.
- MacDonald, S.-A., Côté, P.-B., Fontaine, A., Greissler, E. et Houde, S. (2020). *Démarche qualitative du Deuxième portrait de l'itinérance au Québec : Regards croisés et approfondissement des connaissances*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/12/Rapport-final_2020-05-26_Version-finale_murale.pdf
- MacDonald, S. A. et Dumais Michaud, A. A. (2015a). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciairisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161-177.
- MacDonald, S. A. B., & Michaud, A. A. D. (2015b). Social exclusion in a mental health court? *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 4(2), 51-75.
- MacDonald, S.-A. et Roebuck, B. (2018). *Staying alive while living the life: Adversity, strength, and resilience in the lives of homeless youth*. Halifax : Fernwood Press, 212 p.
- Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- Metraux, S., Byrne, T. et Culhane, D. P. (2010). Institutional discharges and subsequent shelter use among unaccompanied adults in New York City. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 28-38.
- Nichols, N. (2016). Development in context: Housing instability, homelessness, and youth work, pp. 35-50. Dans Mizzi, R., Rocco, T. et Shore, S. (dir.). *Disrupting Adult and Community Education: Teaching, Learning, and Working on the Periphery*. Albany, NY : SUNY Press, 352 p.
- Morin, P., Allaire, J.-F. et Bossé, P.-L. (2015). *Intervention de proximité en CSSS. Une pratique de pointe du CSSS-IUGS. Guide d'accompagnement*. Direction du centre affilié universitaire,

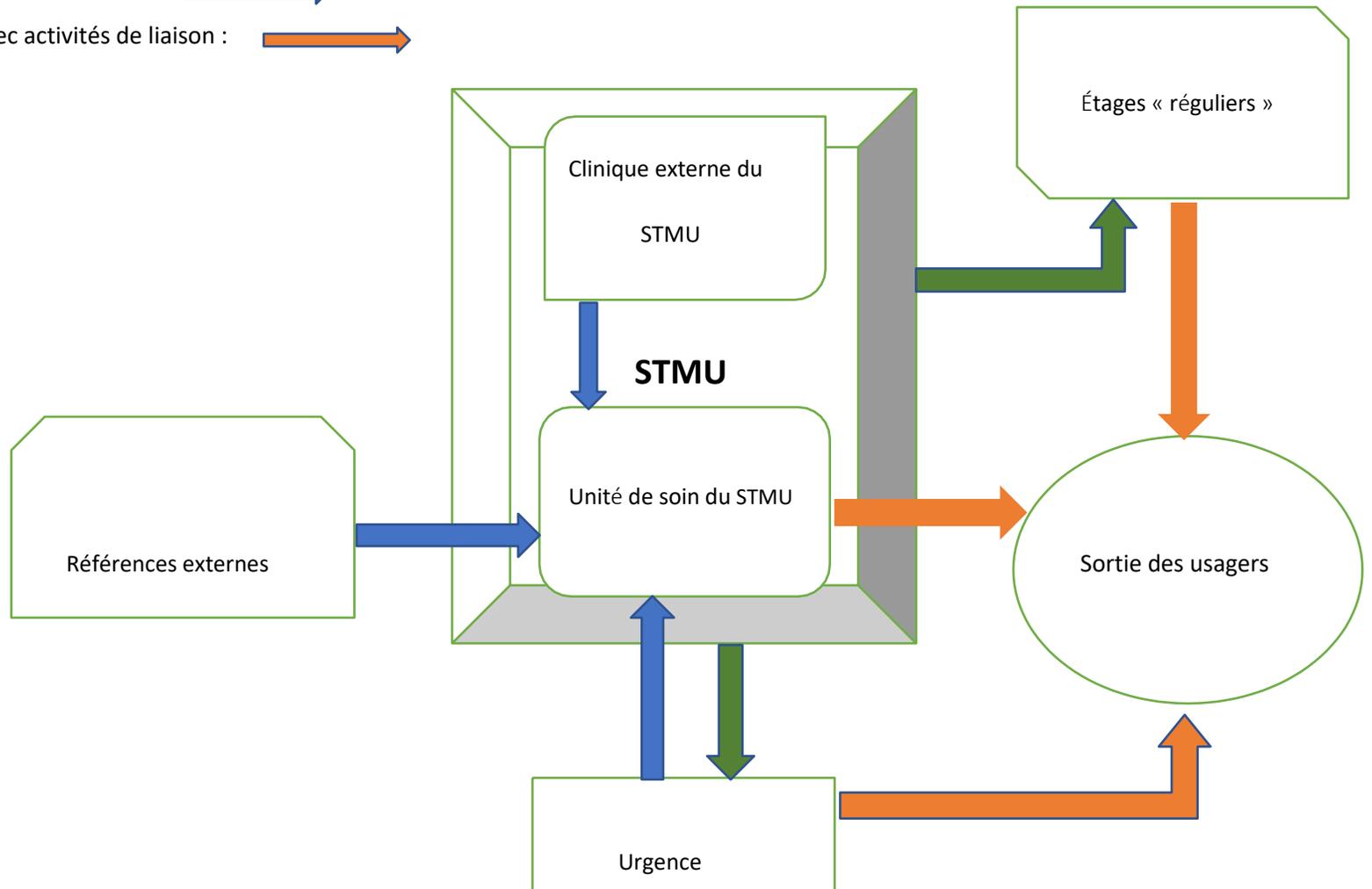
CSSS-IUGS, 48 p.

- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*, 15, 179-194.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 315 p.
- Pagès, A. (2011). Exclusions et vulnérabilités, solidarités et dépendances. *Informations sociales*, 2, 87-96.
- Poncet, F., Swaine, B. et Pradat-Diehl, P. (2017). Documenter un programme de réadaptation en référence au modèle logique théorique : un atout dans la démarche évaluative. *Santé publique*, 29, 7-19.
- Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 18 p.
- Rodrigue, S. (2016). *L'itinérance cachée au Canada*. Ottawa : Regards sur la société canadienne, Statistique Canada, 11 p.
- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas, p. 199-225. Dans Benoît Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 780 p.
- Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. et Mottard, J.-P. (2013). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: A comparative qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 515–527.
- Sadowski, L. S., Kee, R. A., VanderWeele, T. J. et Buchanan, D. (2009). Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: A randomized trial. *JAMA*, 301(17), 1771-1778.
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Durbin, J., Hwang, S. W., O'Campo, P., ... et Wasylenki, D. (2018). Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: Outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 774-784.
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Lamanna, D., Hwang, S. W., Tepper, J. et Wasylenki, D. (2017). Integrating hospital and community care for homeless people with unmet mental health needs: Program rationale, study protocol and sample description of a brief multidisciplinary case management intervention. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(2), 362-378.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Harmattan, 319 p.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W. Y. et Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256-262.
- Thibaudeau, M. F. et Fortier, J. (2000). Le suivi systématique clinique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 155-178.

- Thrane, L. E., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B. et Yoder, K. A. (2006). Impact of family abuse on running away, deviance, and street victimization among homeless rural and urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1117-1128.
- Tomita, A. et Herman, D. B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935-937.
- Tomita, A. et Herman, D. B. (2015). The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness following hospital discharge. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 65.
- Turcotte, L. et Bastien, R. (2011). Services publics, gestion axée sur les résultats et regards ethnographiques : Utopie ou dystopie ? *Revue Altérité*, 7(2), 9-26.
- Tyler, K. A. et Bersani, B. E. (2008). A longitudinal study of early adolescent precursors to running away. *The Journal of Early Adolescence*, 28(2), 230-251.
- Tyler, K. A., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B. et Cauce, A. M. (2001). The impact of childhood sexual abuse on later sexual victimization among runaway youth. *Journal of Research on Adolescence*, 11(2), 151-176.
- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R. et Yoder, K. A. (1999). A risk-amplification model of victimization and depressive symptoms among runaway and homeless adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 27(2), 273-296.

ANNEXE I

Consultation STMU : 
Portes d'entrée de l'unité de soins : 
Sortie des usagers avec activités de liaison : 



ANNEXE II :

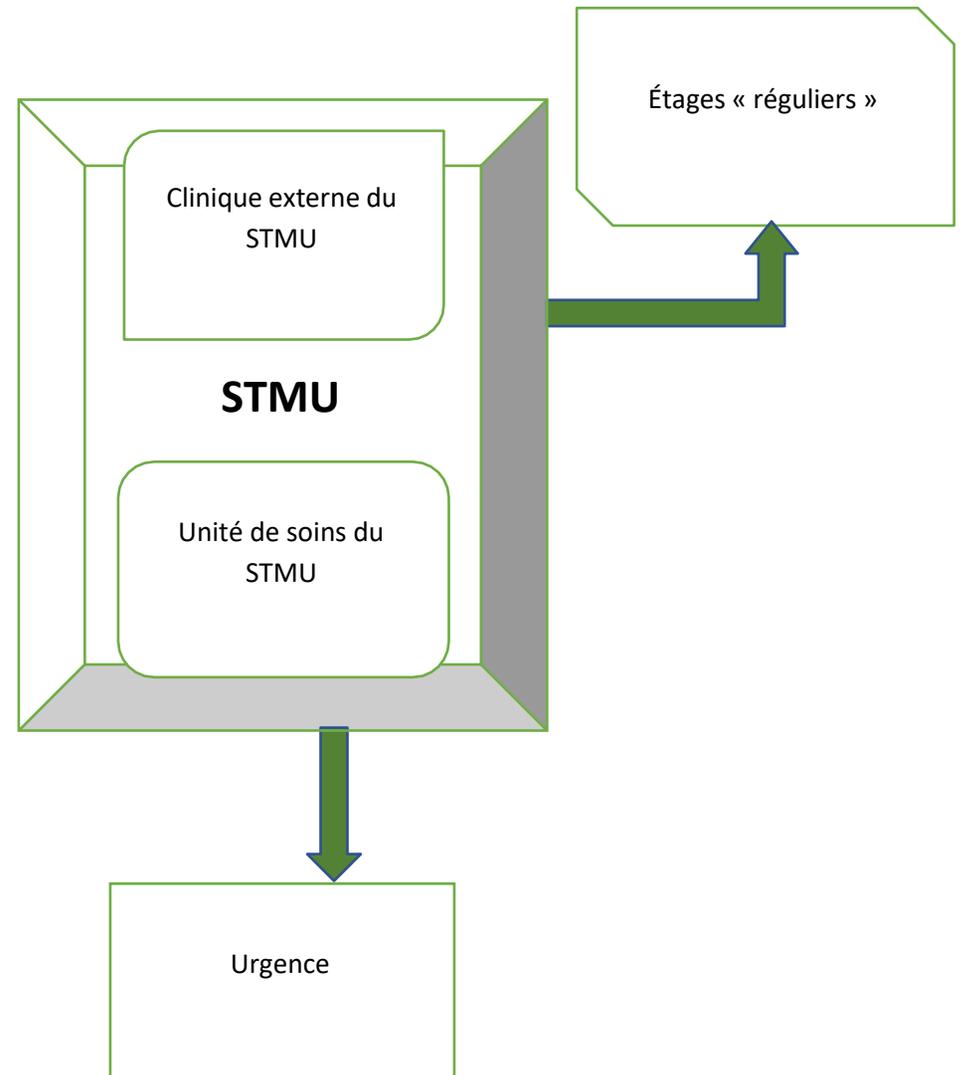
CONSULTATION STMU

Demande de consultation à partir de l'urgence :

Les demandes de consultation sont faites par l'urgentologue quand il détecte des enjeux de toxicomanie et que l'utilisateur pourrait potentiellement être admis à l'unité de soins du STMU. Si l'utilisateur ne peut être admis à l'unité de soins, le personnel infirmier de liaison répond à la demande de consultation afin de régler la crise psychosociale de la personne (par exemple, en trouvant un endroit où manger ou dormir), mais il en profite aussi pour faire des interventions en matière de santé (par exemple, en vérifiant si la personne est vaccinée). Si la personne est ouverte, le personnel infirmier de liaison peut même proposer un suivi à la clinique externe du STMU. En général, ce sont les médecins du STMU qui répondent aux demandes de consultation pour les personnes qui seront hospitalisées au STMU et le personnel infirmier de liaison répond aux demandes de consultation pour les usagers qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Demandes de consultation à partir des étages réguliers :

Le personnel infirmier de liaison peut être appelé à se rendre sur les étages réguliers à la demande de professionnel.le.s – le plus souvent le médecin traitant – qui souhaitent une consultation du STMU. Quand ces professionnel.le.s constatent des problèmes de toxicomanie ou d'itinérance avec lesquels ils sont moins à l'aise, ils peuvent demander une consultation du STMU. Le personnel infirmier de liaison fait la collecte de données, des hypothèses infirmières et élabore un plan de match qui sera complété par les médecins du STMU.



ANNEXE III :

PORTES D'ENTRÉE DE L'UNITÉ DE SOINS

Urgence :

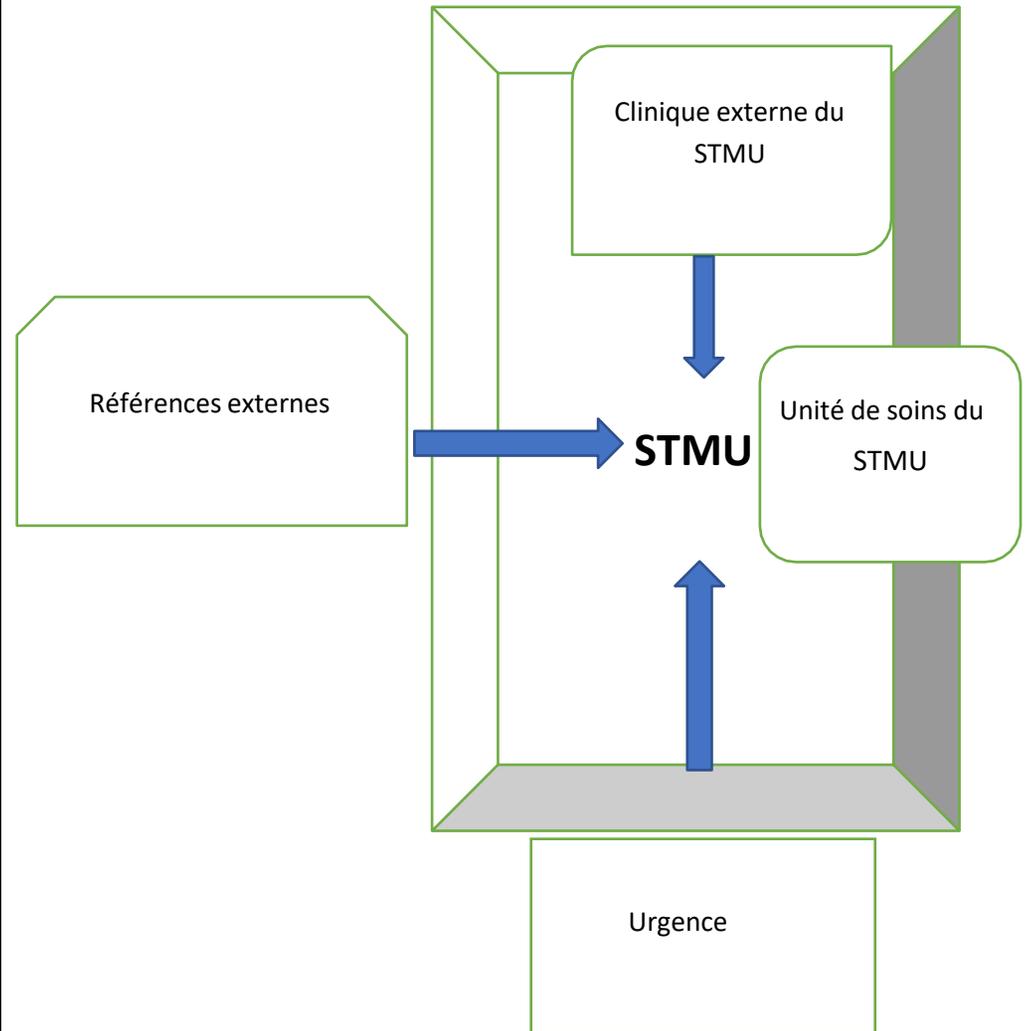
Le STMU est le seul service dont le personnel infirmier de liaison ou le médecin vient rencontrer de l'utilisateur à l'urgence avant qu'il soit admis à l'unité de soins, et ce, à la suite de la demande de consultation de l'urgentologue. L'utilisateur doit avoir un problème actif de toxicomanie et vouloir entamer des démarches de sevrage qui nécessitent un suivi médical. C'est le médecin de garde du STMU qui décide si l'utilisateur sera hospitalisé ou non à l'unité de soins.

Clinique externe du STMU :

Les services de la clinique externe sont offerts par admission élective (liste d'attente) aux personnes qui ont pris rendez-vous ou ont été référées. Les usagers sont tout d'abord évalués en clinique externe, par le personnel infirmier, et s'ils ont besoin d'une hospitalisation pour le sevrage (si le sevrage ne peut être fait à l'externe), ils seront inscrits sur la liste d'attente. Ce sont les médecins de l'unité de soins qui décident qui sera hospitalisé à l'unité de soins ainsi que l'ordre de priorité, qui peut être modifié malgré la liste d'attente.

Références externes :

Ces personnes sont admises à l'unité de soins par un médecin du STMU qui cible des usagers lorsqu'il travaille à l'extérieur, dans d'autres organisations (par exemple, Relais Méthadone). Un médecin peut ainsi rencontrer un usager dans le cadre de son travail à l'extérieur du STMU et décider de l'admettre à l'unité de soins du STMU sans passer par la clinique externe.



ANNEXE IV :

SORTIE DES USAGERS AVEC ACTIVITÉS DE LIAISON

Urgence :

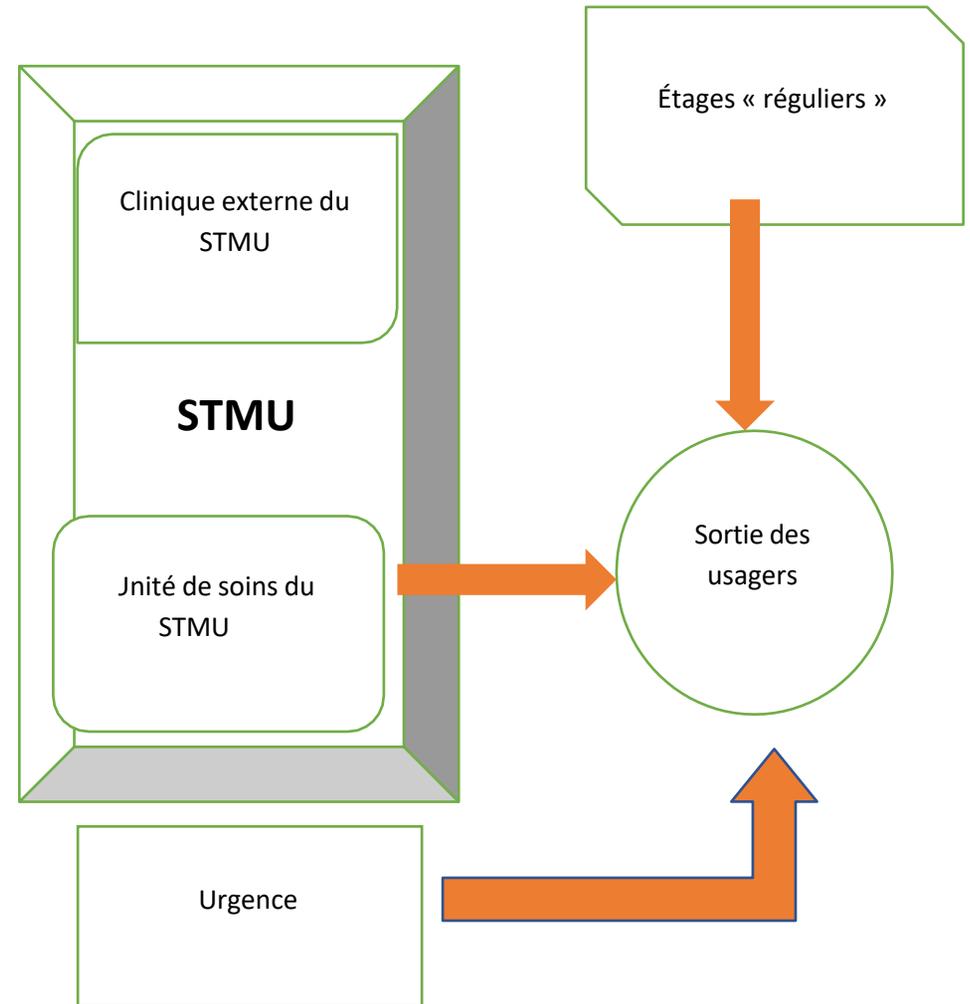
C'est le médecin de l'urgence qui donne le congé aux usagers de l'urgence. L'encadrement donné à un usager dépend du moment de son séjour à l'urgence. Comme le personnel infirmier de liaison n'est présent que le jour et que la nuit le médecin de l'urgence doit se débrouiller seul, les congés sont moins encadrés et plus « rapides » la nuit, car le médecin ne sait généralement pas à quels organismes externes faire parvenir l'information sur l'usager.

Étages réguliers :

Ce sont les médecins traitants des étages réguliers qui donnent le congé aux usagers. Le congé sera plus ou moins encadré selon les consultations du STMU et les besoins des usagers.

Unité de soins du STMU :

Dès que le médecin admet un usager à l'unité de soins du STMU, il planifie déjà où, quand et comment il va donner congé à l'usager. Cela fait partie de la prise en charge. Bien que la décision finale du congé revienne au médecin de garde de l'unité de soins, elle se prend habituellement en équipe. Le plan de sortie ou d'intervention est personnalisé et adapté à la situation de la personne, et tient compte d'un ensemble de facteurs comme ses mécanismes de protection, sa connaissance des ressources, son filet social, les professionnels qui le suivent à l'externe, son état mental, sa sécurité et ses besoins. Ainsi, si le STMU sait qu'une équipe externe sera amenée à travailler avec un usager à sa sortie, il souhaite que l'équipe externe soit impliquée



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

Québec 