



ÉQUIPE
DE SOINS
PRIMAIRES
iNTÉGRÉS

Rapport préliminaire

Mission Bon Accueil

mars 2017

Damien Contandriopoulos
Arnaud Duhoux
Mélanie Perroux
Karine Lachapelle
Dominique Laroche
Anne Lardeux

Sommaire

Sommaire	2
Introduction et objectifs du rapport	3
Méthodologie	3
Mission Bon Accueil	4
Origine	4
Valeurs	4
La collaboration	6
Le patient au centre	8
Gouverne	9
L'autonomie dans les partenariats	9
La gouvernance clinique	10
Offre de soins et services	4
Effectifs	10
Rôle et modèle de prise en charge	12
Les infirmières cliniciennes	12
Intervenants communautaires	18
Psychologue	19
Collaboration	21
Collaboration interne	21
Collaboration externe	24
Collaboration avec les partenaires officiels (CLSC, Médecins du Monde...)	25
Collaboration ponctuelle avec d'autres organismes communautaires	26
Collaboration avec le réseau	27
Profil des patients ESPI de Mission Bon Accueil	29

Introduction et objectifs du rapport

Ce rapport est avant tout un outil de partage d'information entre l'équipe de recherche ESPI ([Équipe de Soins Primaires Intégrés](#)), financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), et l'équipe de Mission Bon Accueil et leurs partenaires. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une évaluation sommative, mais d'une première étape d'appréciation formative. Ce document a deux objectifs principaux. Le premier est de contribuer à documenter la nature de Mission Bon Accueil, au temps 0 de notre recherche, comme modèle innovant de soins primaires, son mode de fonctionnement et son potentiel en regard des connaissances scientifiques disponibles. Le second objectif est d'offrir à l'équipe de Mission Bon Accueil une rétroaction de la part de l'équipe de recherche ESPI. Cette rétroaction se veut le point de départ d'un dialogue et n'a pas la prétention d'être exhaustive ou parfaite. Les analyses sont encore en cours, plusieurs informations sont donc incomplètes.

Les opinions exprimées ici et les éventuelles erreurs ou omissions n'engagent que les auteurs du rapport.

Méthodologie

Les données utilisées pour ce présent rapport sont issues de trois sources différentes :

- des entrevues semi-dirigées individuelles (n=5) réalisées auprès de différents informateurs clés choisis pour leur connaissance des origines, du fonctionnement et des services offerts par Mission Bon Accueil;
- un questionnaire sur l'utilisation des services de santé et sur l'expérience de soins a été rempli par les patients ayant accepté de participer à la recherche (soit un échantillon de 179 patients sur lequel portent nos résultats préliminaires). Ces patients ont été recrutés entre le 23 juillet 2015 et le 30 septembre 2016. Ce questionnaire porte sur l'utilisation des services par les patients avant leur suivi à Mission Bon Accueil ainsi que sur leurs perceptions en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité des soins. Il permet aussi de documenter leurs besoins et leur état de santé;
- le même questionnaire sera de nouveau complété dans deux ans par les mêmes patients, ce qui permettra d'évaluer si le fait d'être suivi à Mission Bon Accueil entraîne une amélioration de l'accessibilité, de la globalité et de la continuité des soins dans le temps.



Toutes les données utilisées ont été collectées et traitées en conformité avec les procédures approuvées par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique à la recherche du CSSS de la Montagne en tant que Comité central pour l'évaluation multicentrique.

Mission Bon Accueil

Origine

La Mission Bon Accueil a été créée en 1892 par Thomas Basset Macaulay, le troisième président de la compagnie d'assurance Sun Life. Ce sont plus de 130 employés à temps plein et plusieurs centaines de bénévoles qui travaillent dans quatre bâtiments répartis dans Montréal afin d'offrir une vaste gamme de services gratuits tels qu'une banque alimentaire desservant les familles qui sont dans le besoin, un programme d'aide aux jeunes filles-mères et leurs bébés, une clinique dentaire, un service à l'enfance et un service aux jeunes. Mission Bon Accueil dispose d'un centre de traitement pour les hommes aux prises avec des dépendances et un refuge pour personnes en situation d'itinérance¹. Le financement provient majoritairement de dons privés, d'entreprises et de fondations, et de dons en nature.

En 2011, le directeur, voyant que les clients n'avaient pas d'accès aux services publics de santé, décide d'embaucher une infirmière et de développer une clinique dentaire en collaboration avec des professeurs de l'Université McGill qui assument les salaires des dentistes. Fin 2014, Mission Bon Accueil a obtenu une subvention de la *Greenshield Canada Foundation*, fondation d'une compagnie d'assurance pharmaceutique sans but lucratif, afin d'embaucher deux infirmières et un psychologue pendant 2 ans, étendue pour une troisième année. Un partenariat a alors été établi avec Médecins du Monde qui assure l'embauche d'une psychologue spécialisée sur les populations en situation de grande vulnérabilité. À l'automne 2016, un nouveau directeur général a pris ses fonctions.

Offre de soins et services

Mission Bon Accueil offre de multiples services sociaux et d'hébergement. Nous décrivons dans ce rapport exclusivement l'offre de soins de santé.

¹ Pour en savoir plus : <https://missionbonaccueil.com/a-propos-de-nous/>

Les clients du refuge (hommes itinérants), du programme jeunes de la rue (hommes ou femmes de 15-30 ans), du programme de traitement pour dépendances et du programme de réinsertion sociale peuvent obtenir des soins de santé des infirmières ou de l'aide pour s'orienter dans le système de santé et des services sociaux. Il s'agit surtout d'évaluation de santé physique et de santé mentale, de soins de plaies, de prise de sang, de références auprès d'autres professionnels de santé, d'adaptation de médication surtout pour les personnes en thérapie concernant les dépendances. Les infirmières développent aussi des outils de promotion et prévention concernant l'alimentation, les maladies chroniques, la santé sexuelle, la santé mentale, les dépendances, les maladies infantiles et l'hygiène.

La recherche de ressources au sein du système de santé et leur coordination est une tâche importante des infirmières pour garantir une globalité de la prise en charge qui ne se limite pas aux problèmes ponctuels mais peut aller jusqu'à l'organisation de soins palliatifs dans l'hébergement d'un patient en fin de vie. Elles assurent aussi le lien avec les ressources spécialisées en santé mentale et en déficience intellectuelle.

L'achalandage évolue en fonction des périodes de l'année mais durant l'hiver, jusqu'à 250 personnes peuvent utiliser le refuge exclusivement. Les consultations peuvent se faire sur rendez-vous pour les patients ayant besoin de suivis, ou lors de rencontres plus spontanées. En effet, les infirmières ne sont pas toujours présentes dans chaque lieu de service d'une part, d'autre part elles assurent des services auprès de personnes vulnérables ou marginalisées, souvent en situation d'itinérance qui ont plusieurs fois été « abandonnées » ou jugées et qui ont besoin de temps pour accorder leur confiance. C'est pourquoi, les infirmières se promènent dans les espaces communs des bâtiments, ou sont présentes pendant les heures de repas, afin de favoriser une prise de contact informelle.

Les psychologues suivent des clients de la banque alimentaire (environ 1100 personnes par années, principalement immigrantes ou nouvellement arrivées), du programme de traitement pour les dépendances et du programme de réinsertion. De plus, ils offrent des services avec ou sans rendez-vous au client du refuge. Les personnes ayant plus de stabilité ou de revenus peuvent être évaluées par les infirmières ou les psychologues puis être référées vers les ressources du réseau public, avec une coordination des infirmières de Mission Bon Accueil.

La clinique dentaire est ouverte pour la population vivant sous le seuil de pauvreté, ce qui représente une majorité de la clientèle suivie. Ce sont des services gratuits de base, des nettoyages, des petits plombages et des extractions simples.

Valeurs

La mission ultime des Services de Santé de Mission Bon Accueil est de permettre aux clients de retrouver leur autonomie et de réintégrer le réseau public de santé et de services sociaux. L'idée est dans un premier temps de les stabiliser au niveau de la santé physique et mentale pour ensuite les soutenir dans leur réintégration (thérapie de plus long terme, démarches administratives...): *« Le partenariat [avec Médecins du Monde] est né de cette pensée commune-là : à la fois de vouloir prendre la responsabilité parce qu'on voit bien qu'il y a un manque, que le réseau n'est pas rendu pour pogner la balle. Mais à la fois dans un désir de maintenir une pression sur ce réseau-là en rappelant qu'on pense tout de même que ça devrait être de leur ressort. [...] C'est cette approche-là, de dire : " Bien, on va le faire. " On va compiler des statistiques. Parce que nous, dans le fond, on le voit, le besoin. Il est criant, il est dans notre face. On va le faire, on va compiler. On va proposer des rapports[...]. Puis après ça, c'est d'aller solliciter le réseau, puis de dire : " On voit qu'il y a tant de besoins. Puis [voici les résultats] quand on y répond. " C'est un peu toujours ce modèle-là. »* (MBA3)²

La collaboration pour favoriser la globalité

La collaboration a été placée comme une valeur centrale au sein de Mission Bon Accueil afin d'assurer à la fois un arrimage interne entre tous les programmes et les professionnels mais aussi externe dans la coordination des cas : *« [on essaye] de trouver une façon de standardiser un petit peu l'intervention pour que les intervenants de services aux jeunes, du refuge, de la réinsertion utilisent une approche similaire pour que si [...] un jeune transfère dans un programme ici, ce n'est pas complètement différent. »* (MBA1)

Cet arrimage doit aussi s'effectuer avec le réseau de la santé et des services sociaux puisque Mission Bon Accueil est un vaste organisme communautaire qui n'a toutefois pas suffisamment d'effectifs pour faire face aux nombreux besoins des populations desservies. *« Je ne couperai jamais le lien avec les CSSS. C'est très important parce que c'est eux qui ont le lien avec le système, plus que moi. Moi, je peux les guider, les clients, mais c'est [le CSSS] qui peut référer dans tous les autres services de santé et sociaux. »* (MBA1)

C'est pourquoi les partenariats sont nécessaires pour assurer la prise en charge globale des

² Certain-e-s employé-e-s interviewé-e-s de Mission Bon Accueil peuvent être de langue maternelle anglaise. Les citations ont été remaniées afin de corriger les erreurs de langage et les traces d'oralité.

usagers sans duplication avec des services accessibles ailleurs, mais adaptés aux situations spécifiques des populations desservies : « C'est sûr que des fois, c'est difficile de penser que la première ligne du réseau, avec des épisodes de services hyper courts puis de l'attente, c'est l'idéal. Les gens ne vont pas assez bien. Mais des fois, ils ne vont juste assez pas bien pour se ramasser en deuxième. » (MBA3). Il est donc nécessaire de bien comprendre quel corridor de services utiliser pour répondre aux besoins.

L'idée de Mission Bon Accueil n'est pas tant de remplacer le système de santé mais bien d'être complémentaire pour certains besoins, d'orienter les usagers selon leurs besoins puis d'assurer le suivi de l'épisode de soin :

« C'est facile de glisser dans les craques du système. C'est facile de ne pas avoir de suivi approprié, de suivi proche. C'est un peu une des facettes un peu difficile de notre système de santé pour tout le monde. Dans ma position, c'est faire des suivis, puis de s'assurer que la personne a eu ses besoins satisfaits, a eu la rassurance nécessaire pour continuer à prendre soin d'elle-même. C'est voir les trous, les manques en éducation, puis essayer de subvenir à ça. C'est de faire une évaluation continue, puis de voir d'autres besoins qui s'établissent. Puis à force de connaître cette personne-là, il y a d'autres besoins qui viennent par la suite, puis qui requièrent d'autres expertises. » (MBA2)

Les professionnels de Mission Bon Accueil sont aussi conscients qu'ils pourraient embaucher depuis leurs fonds propres d'autres professionnels, mais le fait d'utiliser les ressources du réseau permet d'avoir accès à des équipes plus interdisciplinaires avec des rôles infirmiers plus élargis grâce à la présence de médecins ou des programmes différents et plus complets, tout en permettant à l'utilisateur de progressivement se réintégrer dans le réseau public.

Cette recherche de collaboration, malgré la durée nécessaire à son développement a été profitable :

« [mon conseil est de] travailler beaucoup avec les partenaires. Puis ne soyez pas gênés, on va faire des fautes, puis ça arrive. Il faut bien réfléchir là-dessus puis apprendre de tout ça. [...] Avoir confiance dans ce qu'on pense comme professionnel de la santé, puis consulter les autres quand on a besoin. Donc j'ai trouvé une équipe large, là-bas. Il n'y avait pas d'équipe ici, mais je connais une équipe, je sais qu'il y a là-bas des travailleurs sociaux, puis des infirmières que je peux appeler quand j'ai besoin de conseils. Je ne me gêne jamais. Donc c'est de faire ça, de ne jamais rester toute seule dans sa petite bulle, parce que ça n'aide personne quand on fait ça. » (MBA1)

C'est aussi suite à la collaboration avec des professeurs en dentisterie de McGill que l'idée d'intégrer des infirmières a émergé initialement.

Le patient au centre de l'offre de soins

Les usagers de Mission Bon Accueil ont des profils et des situations de vie très différentes : familles immigrantes, hommes âgés itinérants, jeunes utilisateurs de drogues... Certains utilisent les services sur le long terme, d'autres pour quelques jours d'affilée seulement, aussi les modèles de prise en charge ont du être adaptés pour arrimer ensemble une prise en charge sanitaire et sociale. L'idée est de prendre la personne comme elle est au moment de la rencontre, tout en visant à terme à susciter un désir de sortie d'une situation chronique d'itinérance, de consommation ou de pauvreté. Il existe donc une tension entre la réponse à un besoin immédiat et l'amélioration sur le long terme qui transparait dans les discussions liées aux fonctionnements de la prise en charge : *« D'un sens, on veut donner des services, mais on ne veut pas pré-trier puis que ça ne finisse plus. Ça fait violence aux gens qui doivent raconter leur histoire, puis qui se font juste référer, puis référer. De l'autre, on veut quand même les inviter à utiliser les services du réseau. Ça fait qu'on est toujours sur cette ligne de tension-là. C'est pour ça que je trouve que c'est constamment à repenser. »* (MBA3)

Cliniquement, les infirmières abordent les besoins de santé rapides pour petit à petit créer la confiance et faire émerger les besoins plus complexes : *« des fois, c'est une question de quelques minutes, puis le problème est réglé avec le peu de matériel que j'ai, puis les ressources que j'ai. Puis une petite éducation sur le problème de santé et c'est réglé. Mais juste l'écoute active que tu as donnée, non seulement ça répond au besoin initial, mais ça crée aussi comme un [lien de confiance] »* (MBA2).

Malgré un manque de données sur les résultats et les impacts obtenus, les professionnels sont sensibles à une amélioration continue de la prise en charge et de la qualité des services, afin de répondre au mieux aux besoins des usagers : *« L'intérêt premier de la Mission, c'est le client. Donc cette réflexion-là de constamment tenter de s'améliorer, de constamment rechercher l'excellence pour le bien du client est toujours là. C'est la raison d'être de la mission. [...] Pendant qu'on aide les clients, la question " Qu'est-ce qu'on peut faire de mieux? Qu'est-ce qu'on peut ajouter? Comment on peut mieux répondre aux besoins? "... cette question-là est toujours là »* (MBA5).

Étant donné le vieillissement de la population en situation d'itinérance et les comorbidités avec lesquelles ils vivent, Mission Bon Accueil se questionne sur comment aider ces personnes à sortir de l'itinérance chronique alors que la réinsertion ne peut se faire à travers le travail :

« Comment fait-on pour réduire l'itinérance chronique? Est-ce qu'on va être capable de la réduire avec un refuge? Ou [...] avec des programmes précis, puis avec des offres de logement, de studio, des appartements supervisés? » (MBA5)

Étant donné le temps pour construire une relation de confiance avec les usagers et leur histoire de vie très différente, il est demandé aux employés un engagement sur le long terme même si le financement grâce à des subventions ne garantit pas les postes : *« Travailler avec les personnes qui sont en itinérance, c'est une population pas mal marginalisée, puis vulnérable. On ne peut pas juste travailler pour trois mois, puis quitter. Ça prend un engagement long terme. Ça a pris à peu près un an avant que beaucoup de clients commencent seulement à me parler puis dire : "Bonjour madame" quand je travaillais au refuge. Parce que c'est une population qui a eu tellement d'abandons que ça prend longtemps avant qu'ils viennent vous dire : "OK. Maintenant, je sais que vous êtes ici pour m'aider, puis pas pour vous aider. ". Ça prend long longtemps. » (MBA1)*

Grâce à cette relation individuelle, les employés de Mission Bon Accueil restaurent un lien de confiance des personnes désaffiliées envers les professionnels et le réseau de la santé. De plus, ils s'assurent que les programmes ou organismes vers lesquels la personne est référée ont une attitude d'ouverture envers les personnes consommatrices ou en situation d'itinérance. Tout ceci contribue à la fois à réduire les inquiétudes des personnes pour réintégrer le réseau et à la fois à sensibiliser les professionnels du réseau à ces situations de vie particulières : *« Pourquoi ne pas utiliser le fait que j'ai un rôle en tant qu'infirmière de l'urgence? Et la population qui fréquente les deux services, la mission et l'urgence, pourquoi ne pas m'utiliser comme pont? [...] Quitte à juste sensibiliser mes collègues à l'hôpital sur leur réalité. » (MBA2)*

La gouverne

L'autonomie dans les partenariats

À travers les partenariats, Mission Bon Accueil tente de protéger ses propres orientations et modes de travail. Mission Bon Accueil profite d'une subvention attribuée par la Ville de Montréal au CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal concernant l'allocation d'infirmières pour les refuges de personnes en situation d'itinérance. Mais bien que l'infirmière soit du CLSC, Mission Bon Accueil souhaite qu'elle soit complètement intégrée à son équipe plutôt que de rester une intervenant extérieure. Ce type de partenariat ne répond toutefois pas toujours adéquatement aux besoins, puisque seul des postes infirmiers ont été pourvus alors que les



besoins de Mission Bon Accueil se situent aussi beaucoup autour du travail social.

Enfin, Mission Bon Accueil a été confrontée initialement à la réticence des professionnels du réseau public qui craignaient les doublons et ne comprenaient pas en quoi les services rendus allaient être différents mais complémentaires des services publics.

L'infirmière coordinatrice et les infirmières des autres refuges ont donc rencontré la coordinatrice des projets itinérance du CSSS afin d'arrimer les services et s'assurer qu'il n'y aurait pas trop de turn-over des infirmières du CLSC pour assurer la continuité organisationnelle et relationnelle : *« J'ai vraiment été claire au début : mes attentes comme coordonnatrice de service de santé, c'était que les infirmières venaient, mais qu'elles travaillaient en équipe pour le bien-être des clients. »* (MBA1)

La gouvernance clinique

Au sein de Mission Bon Accueil, la gouvernance clinique est valorisée. En effet, suivant les orientations et les valeurs de Mission Bon Accueil, ce sont aux professionnels eux-mêmes, d'organiser les services selon les besoins : *« [mon gestionnaire] m'a dit, la première journée : " Je vous embauche comme professionnelle. J'attends de vous que vous travailliez comme une professionnelle. Puis si jamais j'entends des choses qui ne vont pas bien, on va s'en parler. Mais sinon, fais ce que tu penses qui est le mieux pour les clients, puis pour la Mission. " [...] Puis j'aimerais faire la même chose avec les nouvelles infirmières. Les deux personnes qu'on a embauchées sont très autonomes, sont très motivées. Je veux qu'elles viennent, puis qu'elles commencent dans les services, puis qu'elles développent des choses qu'elles pensent qui sont intéressantes de leur côté. Parce que si on donne un peu de liberté à faire ça, on peut voir des belles choses qui se développent. Ça m'a motivée à travailler fort, cette confiance-là. »* (MBA1)

Bien que les infirmières peuvent proposer des nouvelles façons d'offrir les services et de développer leur rôle, c'est surtout grâce à la concertation des personnes ayant des postes clés au sein de la mission et l'équipe de direction que l'arrimage entre les différents programmes de Mission Bon Accueil est assuré. .

Effectifs

<p>Équipe clinique employée par MBA</p> <ul style="list-style-type: none"> • IC coordinatrice et 1 IC : 1 ETP • 3 coordonnateurs de programmes spécifiques (ETP) • 10 intervenants (ETP) 	<p>Équipe clinique employée par des partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 psychologues : 1 ETP de Médecins du Monde • 1 IC du CLSC Des Faubourgs : 3 demi-journées/semaine • 2 dentistes employés par l'Université McGill • Travailleur social du CLSC des Faubourgs : 1 fois /2 semaines
<p>Personnel de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agent de soutien à l'intervention : enregistrement des clients et surveillance, entretien du bâtiment 	

Le choix des infirmières bachelières a été fait par l'infirmière coordonnatrice suivant sa propre expérience avec un profil ayant au moins 2 ans d'expérience dans un service d'urgence : *«[suite à ma maîtrise] j'ai juste fait un an en hôpital avant de venir ici. Je pense que ça aurait été mieux si j'avais fait deux ans, mais rien que cette année-là, c'était impératif pour développer mes techniques, mes évaluations santé physique, puis ma connaissance du système de santé : comment ça fonctionne, comment ça se passe dans l'hôpital, comment ça se passe quand ils donnent congé aux clients. Toutes ces connaissances m'ont beaucoup aidées à mieux me développer. » (MBA1).* Ce besoin d'autonomie rapide est d'autant plus important que l'équipe n'est pas assez nombreuse pour soutenir intensivement les nouveaux employés sur le long terme. À part l'infirmière coordonnatrice, en 2015-2016, les autres infirmières étaient à temps partiel afin de conserver leur poste, leur ancienneté et leur acquis dans le réseau puisque Mission Bon Accueil ne peut leur garantir un poste sur le long terme. Ce double emploi est cependant considéré comme positif pour établir un pont entre le réseau public et l'équipe de Mission Bon Accueil (voir section collaboration). De plus, cette expérience d'urgence a facilité le lien entre les infirmières et les clients : *« j'ai découvert que j'avais quand même une belle connexion avec les hommes, les hommes marginalisés, les hommes sans abri, en partie à cause de l'urgence. Il y avait beaucoup de clients que je reconnaissais de l'urgence, par leur nom ou de visages. Même eux me reconnaissent en tant qu'infirmière de l'urgence. [...] C'était une clientèle avec laquelle j'étais confortable parce qu'il y a beaucoup d'hommes sans abri qui fréquentent les urgences. » (MBA2).*

Plusieurs roulements de personnel ont eu lieu à l'automne 2016, une infirmière à temps plein assume désormais les tâches. De plus, l'infirmière coordonnatrice a été en congé pendant

environ une année, ce qui explique un effectif réduit sur plusieurs mois.

Les effectifs pourraient varier dans les prochaines années avec l'ajout « d'un éducateur pour faire des accompagnements. Quelqu'un pour organiser des activités d'éducation sur comment faire un budget, se trouver un appartement, des choses comme ça, qui sont des compétences importantes dans la vie, que beaucoup de clients n'ont pas. Mais ce sur quoi je m'entends avec mes gestionnaires, c'est qu'on ne va pas chercher plus d'infirmières présentement. » (MBA1). Plusieurs professionnels ont déploré l'absence de professionnels du travail social : « on voit des cas où on se dit qu'il y aurait peut-être un besoin au niveau travail social pour des personnes qui souffrent de schizophrénie au refuge, qui sont suivies depuis longtemps dans une équipe de psychiatrie. C'est sûr que mon opinion, c'est qu'il manque de ressources. Parce qu'il me semble que ça serait intéressant qu'on ait quelque chose à proposer à ces personnes-là comme hébergement ou comme conditions d'habitation qui fonctionnent avec eux. » (MBA3)

Rôle et modèle de prise en charge

Les infirmières cliniciennes

Ayant plusieurs sites répartis dans la ville de Montréal et des horaires d'ouvertures variables selon les caractéristiques de populations fréquentant les programmes, le défi est d'assurer à la fois une présence infirmière sur les sites, d'optimiser leurs déplacements mais aussi la continuité du suivi avec le patient et d'éviter la multiplication des intervenants.

La coordonnatrice assure l'accueil des nouvelles infirmières en organisant deux semaines de suivis conjoints avec elle. Elle veille aussi à intégrer le travail de tous et d'assurer le lien avec le personnel moins présent tel le TS de l'équipe itinérante. Elle a une grande autonomie dans son travail et elle en assure les modalités et l'implantation de l'offre de services infirmiers, en fonction des besoins et après avoir informé son gestionnaire des nouvelles directions à prendre :

« il y aura une infirmière qui sera dédiée aux réinsertions puis au(x) programme(s) de thérapie, donc bien impliquée avec les intervenants, avec les clients. Parce qu'on voit que la stabilisation d'un client, d'une personne, de sa santé, ça peut aider beaucoup les autres démarches de sa vie. Donc j'aimerais voir une infirmière qui travaille de manière rapprochée avec ces équipes-là. La plupart des clients de la réinsertion, puis de la thérapie pour addictions, ce sont des hommes. On dit 18 ans et plus, mais c'est des hommes quarantaine, cinquantaine, des fois soixantaine d'années. Donc beaucoup de maladies chroniques, beaucoup de troubles de santé mentale qui n'ont été pas traités : anxiété, dépression. Donc on va avoir une infirmière sur site, qui est bien formée, qui a une bonne

connaissance de ces problématiques. Je vois une autre avec notre service aux jeunes, parce que je suis là juste une fois par semaine, puis c'est bref, c'est comme trois heures. Donc ce n'est pas grand-chose. J'aimerais voir quelqu'un là qui serait plus impliqué avec l'équipe. Il y a une grosse ouverture pour faire de l'éducation, sur l'hygiène, le stress, santé mentale, santé sexuelle, tout, tout, tout, drogues, alcool, tout ça. » (MBA1)

La coordonnatrice a aussi la charge d'améliorer l'offre de services et des partenariats : *« (...) quand elle [la psychologue] a commencé, on se rencontrait régulièrement. Nous l'avons aidée à s'installer. On a développé des procédures de référence pour les divers services de la Mission Bon Accueil : qui peut référer, puis comment référer? Puis on a adapté un petit peu durant les derniers mois, au fur et à mesure parce ça ne fonctionnait pas super bien ». (MBA1).* Enfin, elle veille à l'amélioration sanitaire des locaux ; elle a mis en place par exemple le système et la formation pour les défibrillateurs et travaille à l'augmentation des savoirs des intervenants à travers, par exemple, des formations pour mieux reconnaître les différents troubles de santé mentale.

Les autres infirmières aussi ont de la latitude sur l'organisation de leur travail et leur rôle : *« Il y a beaucoup de potentiel dans ce poste de travail, mais je suis la seule infirmière. Alors je n'ai pas de temps pour développer ces intérêts. Mais quand [l'infirmière coordonnatrice] va revenir, j'aurai la flexibilité parce qu'elle pourrait gérer les rendez-vous, puis travailler avec les autres organismes ou [assurer] des affaires d'administration qui ne m'intéressent pas trop. Puis je pourrais faire plus [le développement] de Coeur à Soeur, l'enseignement, la mission des hommes aussi. » (MBA4).*

Les infirmières voient beaucoup de nouveaux projets pouvant être développés pour répondre aux besoins des personnes utilisant les services de Mission Bon Accueil, mais elles ne sont pas suffisamment nombreuses et ne travaillent pas assez d'heures pour les mettre en place. Cependant, cette autonomie est vue comme une source de motivation importante :

« C'est ça qui est formidable, que je trouve vraiment excitant : je suis un petit peu libre. Si je vois un pattern, un besoin qui se répète, je peux, avec ma créativité, initier quelque chose. Je peux même y mettre une trace qui va rester, aussi. Ça serait peut-être ça que j'aimerais faire aussi, quelque chose de durable. Ça a toujours été le rêve de quelconque infirmière, de pouvoir créer un changement, puis pouvoir l'appliquer. [...] Ça peut être à mon avantage, puis à l'avantage de la Mission, je pense, aussi. » (MBA2).

Les infirmières sont fières de leur travail et de leur débrouillardise et des résultats obtenus, ce

qui les motive. Mais elles sont aussi motivées par la gratitude et la gentillesse des personnes qu'elles suivent ce qui a parfois modifié leurs préjugés sur cette population.

L'infirmière coordinatrice est une ressource importante, de par sa connaissance du fonctionnement de Mission Bon Accueil et de ces partenariats avec le réseau de la santé et des services sociaux. C'est elle qui assure la formation avec les nouvelles infirmières. Elle leur laisse toutefois beaucoup d'autonomie par la suite, ce qui est apprécié des infirmières : *« Mais il y a toujours une liberté de faire un petit peu mon propre chemin, établir ma propre méthode et d'y aller de mon plein gré aussi. C'est un petit peu ça qui m'a attirée de ce travail, c'est qu'on te fait confiance [...]. En même temps, ça me permet d'être un petit peu créative aussi, de vraiment me débrouiller, de faire aller ma pensée critique aussi d'un autre niveau que ce que l'urgence pouvait m'amener. Ça fait qu'à chaque jour j'apprends. Puis c'est avec l'apprentissage, en gagnant de la confiance aussi, qu'on devient plus confortable dans ce domaine-là. »* MBA2

Bien que les infirmières soient moins impliquées dans les décisions stratégiques, elles ne semblent pas souhaiter être plus impliquées dans l'administration : *« (...) parce que là, t'as trop d'opinions et tout le monde pense à leur horaire personnel, puis qu'est-ce qu'ils ne veulent pas faire ou veulent faire, ou n'ont pas le temps de faire. Puis ça serait beaucoup plus compliqué de même, s'ils veulent commencer un nouveau programme, eux de décider puis de l'appliquer, puis on va juste comme s'adapter à la place d'essayer de comme rendre tout le monde content ou d'avoir que tout le monde est d'accord. Je suis correcte avec la manière qu'ils le font. »* (MBA4)

Elles assurent le suivi des problèmes chroniques et prennent en charge les nouveaux problèmes aigus. Étant donné les situations de vie des personnes suivies, les patients ne sont pas attribués à une infirmière en particulier, bien que ces dernières essayent d'assurer le suivi de tout épisode commencé si leur horaire et l'urgence de la situation le permet.

« C'est des fois des petits bobos. Principalement : "J'ai une petite question reliée à telle, telle chose... ». Ça peut être des petites blessures infectées, des démangeaisons quelconques : « Je sais pas c'est quoi. Peux-tu identifier ça?" "Je suis tombé hier, est-ce que tu penses que je me suis cassé quelque chose? [...]" "Ça peut souvent être des soins de plaies ou juste des suivis, disons : "Je suis allé à la clinique. Le médecin m'a fait ça. Ça a l'air de quoi?" [...] Ça peut être vraiment simple, un cas qui dure quelques minutes, aussi simple que ça. Des fois, c'est un petit peu plus complexe, dans le sens que le client va avoir besoin d'être référé à une ressource appropriée. Souvent, on a besoin d'un médecin, on va devoir l'envoyer à une clinique quelconque pour pouvoir subvenir à ses besoins. Mais des fois, c'est du psychosocial. [...] Il est nouvellement sans abri, il veut se trouver un

appartement. Ça peut commencer comme ça. Mais [à la suite] il y a toute une évaluation clinique assez complexe. Après ça, il y a l'évaluation mentale aussi. Souvent, ces personnes-là souffrent de troubles psychiatriques, troubles psychologiques. Donc ça passe souvent par une évaluation, peu importe le besoin. Des fois, ça peut se finir là. Des fois, ça va impliquer des appels au médecin traitant, trouver une travailleuse sociale dépendamment du problème psychosocial. Des fois, c'est essayer des appels au psychiatre. Des fois, ce sont des discussions avec [l'infirmière coordonnatrice], aussi, pour avoir son opinion. Des fois, c'est référer aux intervenants pour avoir plus d'informations ou leur opinion. Donc des fois, ils [les patients] ne vont pas faire leur suivi ou ils ne vont pas vraiment, dans le fond, s'impliquer autant qu'ils devraient ou se soucier autant qu'ils devraient de leur santé. Puis ils ont leurs raisons aussi. Donc souvent, c'est la réassurance, l'encouragement, même, des fois, l'accompagnement. » MBA2

Elles les aident à gérer ou adapter leur médication en fonction de leur situation personnelle :
« quand un client ne prend pas ses médicaments, [les intervenants communautaires] m'inclut là-dedans. Je fais un petit peu la police des médicaments. Mais des fois, le client va dire : « Je veux avoir tel médicament, mais je veux le prendre le soir à la place de le prendre la nuit... », puis moi je sais qu'il peut, mais les intervenants ou les gardes ne le savent pas parce qu'ils ne connaissent pas ce médicament. Alors je peux faire le changement. [...] On est associé avec une pharmacie, c'est plus facile d'avoir moi qui gère [cette association] que d'avoir tous les clients qui appellent de leur part pour changer des affaires. Alors moi qui fais les contacts avec la pharmacie. » MBA4

Elles considèrent avoir un rôle élargi qui s'inscrit surtout autour du principe d'infirmière pivot.

« La comparaison la plus proche, c'est une infirmière pivot. Tu crées un lien de confiance avec cette population parce qu'à chaque semaine, tu te présentes, tu es dans leur environnement, puis tu respectes, dans le fond, leur environnement. Tu démontres une écoute active, puis tu es là pour eux. Et ton temps, c'est pour eux, pour ces personnes-là. Donc ça commence là. Puis c'est un respect mutuel qui se développe, une relation thérapeutique. Et par la suite, après ça, je pense que c'est plus facile. Parce que ces personnes-là, avec leur expérience, ils peuvent être renfermés à l'aide extérieure. Puis c'est compréhensible. Il y a des gens qui ont eu des très mauvaises expériences dans le système de la santé. (...) [l'infirmière-pivot] c'est quelqu'un qui va diriger, qui va établir le besoin de la personne. Souvent, la personne ne sait même pas c'est quoi son besoin. C'est avec une évaluation, une pensée critique, une évaluation dépendamment de la plainte numéro un. Ou des

fois, il n'y a pas de plainte en rentrant dans un bureau d'infirmière ou en se croisant dans un corridor. Avec la conversation, l'évaluation, c'est établir le besoin de la personne, des fois, c'est une crainte. Des fois, c'est une question, puis après ça, c'est rediriger vers la ressource appropriée. » (MBA2).

Les infirmières sont pivots dans le sens qu'elles assurent le lien avec le réseau de la santé : elles guident le client en fonction de sa problématique, de ses besoins et de sa situation, lui proposant des ressources appropriées et des références personnalisées. Ce type de références semble améliorer la prise en charge puisque le patient arrive avec une personne ressource que le professionnel peut contacter pour en savoir plus et pour assurer la continuité du traitement ou de l'épisode de soin. Les infirmières-pivot soutiennent la personne dans l'inscription auprès des guichets d'accès. Les intervenants réfèrent aussi des clients des autres programmes aux infirmières pour des besoins très ponctuels (maux de dos...) mais ces dernières n'assureront pas forcément de suivi et n'ont pas de dossier pour ce client, qui doit être normalement suivi dans le réseau public. Elles sont aussi la porte d'entrée des services psychosociaux puisqu'elles procèdent, suite aux demandes du client ou de l'intervenant communautaire, à l'évaluation de santé mentale pour ensuite référer auprès de la psychologue ou du réseau. D'autres employés les interpellent aussi : « *Des fois, ce sont les gardes de sécurité ou des intervenants qui nous réfèrent quelqu'un, qui nous dit : "Qu'est-ce que tu penses de cette personne-là? Peux-tu faire une évaluation physique, une évaluation clinique?" Des fois, c'est juste regarder les médicaments qui sont tous éparpillés partout. Ou le client ne prend pas ses médicaments comme il faut.* » (MBA2).

Quand elles ont besoin de conseils ou que la situation est hors de leur expertise, les infirmières vont soit référer le patient pour qu'il se présente à d'autres professionnels du réseau soit appeler les professionnels avec qui elles ont élaboré des partenariats afin d'obtenir des conseils. Elles assurent ensuite le suivi avec le patient :

« On a un client qui est en soins palliatifs de cancer en ce moment. C'est normal que l'infirmière s'implique dans cette situation. Puis c'est moi qui le fais, pour aider l'intervenante, pour que ce soit moins lourd pour elle: il est palliatif, puis il va mourir, puis pour elle c'est difficile. Alors je commence à faire le suivi avec le CLSC, avec l'hôpital. J'essaie de lui trouver un lit palliatif dans la communauté parce que l'infirmière du CLSC a dit que ça va prendre des mois, puis il ne va probablement pas survivre plusieurs mois, probablement moins que trois mois. [Les infirmières CLSC] veulent qu'il aille aux urgences, [...] Mais lui, il refuse. Alors ça aide [l'intervenante] de m'avoir pour explorer les ressources

communautaires. D'habitude, on [les infirmières] n'est pas là pour les clients du programme Logement de Transition [qui sont suivis dans le réseau de la santé], mais là, on y est, parce que c'est une situation spéciale. Alors c'est à chaque semaine aussi. Je suis supposée le voir aujourd'hui. Mais c'est un cas assez lourd : il doit être visité à chaque jour, puis je ne sais pas s'il va être là, la semaine prochaine. Puis quand c'est des cas aigus comme ça, ça prend beaucoup de temps parce qu'il faut que ça avance rapidement. C'est pas toujours facile quand on fait des appels pour essayer de trouver les soins qu'on a besoin. [...] Ce client en particulier, il n'a pas de cellulaire, il n'a pas de connexion avec la famille ni d'amis. Alors il est comme 100 % seul. Sans le staff de la Mission Bon Accueil, il serait comme complètement seul. » (MBA4).

Dans l'organisation du travail des infirmières, la plupart du temps, la matinée va être utilisée pour des tâches administratives, du suivi auprès de partenaires et le remplissage des notes au dossier. Puis vers le milieu de l'après-midi jusqu'en soirée, les infirmières vont commencer à faire les consultations déjà planifiées ou à se promener dans les locaux pour voir des clients là où ils sont quand ils arrivent pour utiliser les services.

Les ordonnances collectives sont en discussion. En effet, elles sont envisagées comme des outils utiles pour étendre le champ de pratique des infirmières de Mission Bon Accueil tout en restant légales et couvertes par l'assurance de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Cependant de par leur situation hors du réseau publique, elles sont compliquées à développer : il faut trouver un médecin partenaire qui accepte de les co-rédiger puis de les signer. De plus, il existe au sein de Mission Bon Accueil une tension récurrente entre la volonté de répondre sur place au plus grand nombre de situations de santé possible, et la volonté de réintégrer les personnes dans le réseau public de la santé : *« Il y a toujours la plus grosse question : est-ce qu'on aide les clients ou non en offrant plus de services ici? Donc, à quel point est-ce qu'on les aide en étant ici, puis à quel point est-ce qu'on aide le système qui ne les aide pas? Il y a toujours une balance à trouver. Pour moi, avoir un médecin ici, ça contribue à séparer cette population du système de santé au lieu de les intégrer. [L'infirmière] du CLSC qui vient au refuge, elle a des ordonnances collectives. Donc, son rôle est beaucoup plus élargi que nous. Elle offre beaucoup de services qu'on n'offrait pas dans le passé. Puis je pense que c'est assez présentement. » (MBA1).*

Toutes les infirmières regrettent le manque de partenariat avec un médecin qui limite leurs capacités à prescrire alors qu'elles ont les formations mais elles reconnaissent qu'elles sont capables de répondre à plusieurs besoins de leur clientèle : *« C'est sûr, on ne va pas se le cacher, je veux dire, on est un peu limité parce qu'on n'a pas de médecin. Donc quelqu'un me demande*

quelque chose de spécifique qui requiert des antibiotiques ou une prescription spécifique, ou même de Tylenol, Advil, je suis limitée. Sauf que la santé, la maladie et le nursing, ça va plus loin que ça. Et c'est ce que j'apprends ici, puis c'est ce que j'apprends à apprécier aussi. [...] Aussi, on n'a pas de travailleuse sociale. Parce que ce n'est pas juste des problèmes biomédicaux, il y a des problèmes psychosociaux, mentaux. Donc on n'a pas de psychiatre, de travailleuse sociale attachés à nous. Mais c'est là qu'on redirige.» (MBA2). Le fait qu'elles se préoccupent de la santé de ces personnes itinérantes augmente l'estime personnelle de ces individus, fait grandir l'idée qu'ils méritent de prendre soin d'eux-mêmes et les motivent à se soigner.

Au-delà du pouvoir de prescription, les infirmières regrettent aussi que leurs patients, certains étant atteints de cancer, n'ont pas de médecin de famille et donc pas de suivi ni de coordination des soins en temps opportuns. Actuellement, il existe une entente avec un médecin omnipraticien pour les patients du programme « traitement pour dépendances », mais les infirmières souhaitent ouvrir ce partenariat médical pour tous les patients de Mission Bon Accueil.

Les infirmières ont aussi été sollicitées pour donner des cours à McGill sur la relation thérapeutique avec le client ou concernant d'autres sujets. Elles accueillent aussi ponctuellement des étudiants en stage. Ce sont des situations qui valorisent d'autant plus leur expertise que plusieurs étudiants sont ensuite intéressés à s'impliquer.

Intervenants communautaire

Chaque programme (banque alimentaire, refuge pour les hommes, traitement des dépendances, services aux jeunes...) repose sur des intervenants communautaires.

« L'idée à la Mission, c'est que les intervenants sont comme le case worker, comme le pivot pour les clients. Les infirmières sont là pour soutenir. Donc, l'intervenant, c'est comme la personne clé pour les clients. Il y a des infirmières pour soutenir, il y a la clinique dentaire et les psychologues. » (MBA1).

Étant donné que les intervenants assurent une présence plus régulière que les infirmières, il n'est pas rare qu'ils assurent des suivis :

« ça va être référer aux intervenants pour avoir plus d'informations ou leur opinion, ou ensuite leur demander de faire des suivis parce que quand mes heures finissent, ces personnes-là, il faut quand même faire des suivis. Malheureusement, ça se peut que je ne

revienne pas le lendemain matin, mais je vais m'assurer que cette personne-là a été prise en charge. Si la personne va chercher les ressources, tu lui donnes une ressource, une adresse, un numéro, elle y va : qu'est-ce qu'il s'est passé par la suite? Pour ne pas qu'elle tombe dans les craques non plus. » (MBA2).

Les intervenants utilisent l'approche motivationnelle ainsi que des outils d'évaluation et de suivis bien détaillés. Lors de la première rencontre, ils remplissent un questionnaire de 12 pages permettant de faire une évaluation initiale, puis chaque client est rencontré une fois par semaine. L'objectif est de les aider à sortir de l'itinérance chronique.

« L'intervention est toujours la même [que la personne soit venue pour un besoin ponctuel ou à long terme] : l'approche motivationnelle, tenter de susciter une réflexion ou même une pensée différente, puis tenter de permettre au client de trouver lui-même les ressources puis la motivation pour entreprendre des démarches. Des fois, c'est seulement de l'amener à une réflexion et à comprendre mieux sa situation. Puis le mettre devant ce qu'on appelle un Double Bind où est-ce que là, il a une décision à prendre. Qu'elle soit positive ou négative, de là où il est on lui permet d'avoir conscience de sa situation ou comprendre, puis prendre une décision. Si sa décision est de demeurer dans tel état, bien, c'est sa décision. Si sa décision est de quitter, puis de s'améliorer, bien, c'est sa décision. »
MBA5

Les intervenants communautaires sont supervisés et conseillés par des intervenants coordonnateurs ayant plus d'expérience. Ces coordonnateurs développent aussi l'offre de services, assurent les modalités et la coordination de la prise en charge de la clientèle entre les différents programmes et gèrent les problèmes qui émergent au jour-à-jour.

Psychologue

Les services psychologiques offerts par Médecins du Monde sont ouvert à tout client adulte de Mission Bon Accueil (banque alimentaire, refuge pour hommes, programme de réinsertion ou de traitement des dépendances...) Initialement, les usagers étaient évalués par l'infirmière mais le processus a été ouvert aux références des intervenants et à la demande directe des usagers assez tôt après le déploiement de ces services. Pour assurer la confiance, l'accent est mis sur la confidentialité : la psychologue ne transmet aucune information aux infirmières ni aux intervenants qui ne sont pas en mesure de connaître les rendez-vous de la psychologue sauf si le patient donne son accord à la transmission de certaines informations. De même, la participation aux autres programmes de Mission Bon Accueil est indépendante d'un hypothétique absentéisme, ou du degré de collaboration/ouverture qu'un usager a avec la psychologue. En

effet, la création du lien est complexe, étant donné les personnes desservies : « *Je pense beaucoup qu'au refuge, certains mouvements d'aller-retour, revenir/pas revenir, s'inscrivent dans la création d'un lien qui est à la fois désiré, à la fois angoissant: « Est-ce que la personne va survivre à mes attaques, au fait que je ne vienne pas? Est-ce qu'elle va rester là? Est-ce que je vais me faire chicaner... ».* Je pense aussi que les gens vont se livrer peut-être au début plus en surface, ce qui est bien. Parce que c'est pas nécessairement non plus l'idéal de tout déballer. Surtout que souvent les personnes portent énormément d'expériences traumatiques. À chacun son rythme. Des fois, la personne, après trois, quatre, on va déjà plus profondément. J'ai une personne, qui a débloqué récemment, mais ça a pris plus de 10 fois [...] Des fois, au refuge, ils viennent demander parce qu'ils ne savent pas nécessairement c'est qui. J'utilise un bureau qui est comme commun. Quand les infirmières viennent, elles prennent le salon des résidents. Des fois, ils viennent : " Est-ce que tu es infirmière, toi? " " Non, je suis psychologue. " Là, c'est soit : " Hé boy, oublie ça! " [rire] Puis ils s'enfuient en courant. Ou soit : " Ah OK. Ça serait bien. " » (MBA3).

Les personnes du refuge n'ont pas la même logique d'utilisation des services de la psychologue que pourrait avoir une personne en réinsertion, elles sont plus conscientes de la récurrence de leurs événements de vie. En effet, certains des clients du refuge vont utiliser les services de la psychologue moins dans une logique de psychothérapie sur la durée que dans une logique de ventilation du quotidien, c'est pourquoi il est primordial de proposer un service adapté à la personne et à sa situation : « *Quelqu'un qui vient, qui vient pas, qui vient des fois, qui manque, qui revient, oui, il y a un travail qui se fait. Est-ce qu'on appellerait ça de la psychothérapie? Ça serait plus difficilement. Mais dans le fond, l'idée, c'est qu'éventuellement si la personne voulait, nous, on offre un dispositif qui facilite, que si la personne veut, ça lui sera accessible. Après, les gens utilisent leurs séances comme ils sont, comme où ils sont rendus puis comme ils veulent. Il y a des personnes qui vont venir, ça va être beaucoup dans la ventilation. C'est sûr qu'il y a des personnes qui sont beaucoup dans l'agir. [...] C'est difficile, les conditions de vie de rue. Ça fait qu'ils vont venir parler de ça. Rester dans un niveau un petit peu plus comme ça. On sent qu'il y a quelque chose qui s'est apaisé. Ils ont au moins pris un temps, un espace pour parler d'eux-mêmes. Ils ressortent, ils sont plus posés, ils sont plus calmes.* » (MBA3).

L'offre de service pour les personnes itinérantes utilisatrices du refuge a aussi été adaptée pour permettre la proximité du milieu de vie ou encore faciliter la prise de rendez-vous quand la personne n'a ni téléphone ni courriel. La demande a été plus importante que prévue, et du fait d'une liste d'attente, les heures et les effectifs de psychologues ont été augmentés. Aussi, la psychologue conseille régulièrement les intervenants ou les infirmières sur les autres professionnels ou ressources publiques spécifiques auprès de qui référer les patients. De même,

bien que la psychologue ne donne pas d'information sur ce qui est dit pendant les rencontres, elle discute régulièrement avec les infirmières et les intervenants afin, dans la limite de la confidentialité et du consentement du patient, de leur donner des informations cliniques générales sur le patient, d'autant plus si l'intervenant accompagne la personne lors de démarches extérieures à Mission Bon Accueil dans le cas d'une crise ou d'une urgence. Les références vers les ressources de santé mentale du réseau public sont difficiles du fait des critères d'inclusion ou d'exclusion, des horaires ou du fonctionnement non adaptés aux situations des usagers de Mission Bon Accueil. De plus, pour obtenir une médication, les patients vont devoir être référés soit auprès d'une équipe spécialisée desservant les populations itinérantes soit auprès d'un psychiatre aux urgences. Cette situation ne permet pas une médication adaptée à la globalité de la situation de la personne et apporte beaucoup d'insécurité pour les personnes anciennement consommatrices de drogues.

Un des défis rencontrés par les équipes cliniques de Mission Bon Accueil est la continuité tant informationnelle que relationnelle qui est assurée par la collaboration. En effet, les usagers n'ont souvent pas de téléphone fixe, d'où l'intérêt de demander à un autre professionnel, en contact plus régulier avec la personne, de lui transmettre des informations. De plus, cette continuité est d'autant plus importante que plusieurs métiers se côtoient tel que le travail social, la réadaptation en toxicomanie, le travail infirmier etc., créant donc une étendue très grande de besoins qu'il faut coordonner. Pour assurer la continuité informationnelle, les agents de sécurité, ou les intervenants vont informer les infirmières par courriel de tout nouvel évènement, tel qu'un problème avec un médicament ou une visite à l'urgence afin qu'elles puissent faire le suivi.

La collaboration dans la pratique

Collaboration interne

La collaboration est d'autant plus importante que les intervenants sont dispersés dans plusieurs programmes ayant lieux sur des sites différents et que peu travaillent à temps plein. De plus, tous ne sont pas embauchés directement par Mission Bon Accueil, mais relèvent de partenariats avec le CLSC, ou Médecins du Monde et donc ont des habitudes de travail ou des ressources différentes. Les infirmières sont les professionnelles qui participent le plus d'un programme à l'autre, ce qui en fait des pivots. De plus, comme elles se déplacent à l'intérieur du bâtiment, les

intervenants n'hésitent pas à faire de références informelles en présentant les infirmières à l'usager et en expliquant directement l'aide qu'elles pourraient apporter.

Hebdomadairement, les intervenants des programmes refuge et réinsertion se rencontrent, les infirmières participent ponctuellement :

« Chaque jeudi matin, il y a une rencontre professionnelle avec les intervenants, l'infirmière coordinatrice et les autres infirmières quand on peut être présentes, et aussi le coordinateur de la Mission des hommes. Il y a aussi les intervenants pour les programmes C'est ma place, etc... C'est [une réunion] supervisée par une psychologue qui nous aide à diriger les cas. Il y a un peu de tout qui se discute, entre autres les programmes, qu'est-ce qui doit être amélioré dans certaines places, plus spécifiques aux personnes qui y travaillent. Et ensuite, il y a des discussions de cas plus difficiles auxquels on a besoin soit des opinions de nos collègues, soit de se faire rediriger, de conseils, des fois, d'une infirmière [pour l'aspect] plus médicale. C'est vraiment une discussion ouverte pour pouvoir améliorer le bien-être du client. » (MBA2)

La collaboration n'est pas seulement vue comme le partage de l'information mais aussi comme un outil d'apprentissage pour développer la pratique : *« Souvent, on va aller se référer à d'autres intervenants qui ont une perspective différente. Peut-être qu'ils ont établi une relation avec le patient différente, parce que chaque personne est différente dans son approche. C'est là aussi que je peux aider avec mes capacités infirmières, dépendamment du besoin. Des fois, juste une perspective biomédicale. Des fois, ça peut être relié aux médicaments, ça peut être relié à la santé mentale. » (MBA2).*

La coordination inter-programmes se réalise beaucoup à travers les coordonnateurs des programmes et les directeurs dans une logique de communication verticale et formelle: *« je discute assez régulièrement [avec les gestionnaires], puis ils se basent sur ce qu'ils entendent de leurs intervenants, des coordonnateurs, des intervenants. Donc, les intervenants parlent aux coordonnateurs, les coordonnateurs parlent aux gestionnaires, puis on entend ce qui se passe. » (MBA1).* Par exemple, au niveau santé, c'est l'infirmière coordinatrice qui arrime les différents professionnels soit en les faisant travailler dans des programmes différents, soit en assurant leur présence de manière plus ponctuelle, comme c'est le cas pour la travailleuse sociale qui est présente une fois aux deux semaines. Elle garantit ainsi que l'offre de service correspond bien aux besoins; elle demande aussi régulièrement l'avis des professionnels sur son fonctionnement. Hebdomadairement, les infirmières et les intervenants se rencontrent pour discuter de l'arrimage des services en lien avec les procédures et des améliorations possibles. Ils discutent

aussi à ce moment-là de certains patients au besoin.

Parmi les professionnels de Mission Bon Accueil, les rôles ne sont pas toujours bien compris, surtout concernant les nouveaux rôles (infirmières, psychologues) et il est nécessaire de donner des explications régulièrement sur les compétences ou sur ce qu'un professionnel peut ou ne peut pas faire: « *Il y avait beaucoup d'intervenants, les coordonnateurs des programmes spécifiques. Vu que c'est un nouveau rôle, une nouvelle personne, c'était pour qu'elle-même se présente, son passé, son éducation, puis son rôle, c'est quoi son rôle spécifiquement ici à la Mission, et comment référer les gens, qu'est-ce que ça va leur amener et ses capacités, ses limites.* » (MBA2). De plus, certains professionnels ne sont pas sûrs de comprendre le fonctionnement de nombreux programmes, leurs critères d'inclusion et d'exclusion, les passages d'un programme à l'autre et craignent des doublons.

Le défi de la confidentialité a aussi été abordé et bien qu'il soit compris et accepté par tous, plusieurs semblent regretter que le partage d'information vienne limiter la collaboration dans les cas où le patient n'a pas donné son consentement. Cependant, la psychologue communique régulièrement sur les principes entourant sa pratique, ce qui permet aux autres professionnels de mieux comprendre comment soutenir son travail auprès des patients. Enfin, la transmission des statistiques n'est pas forcément adéquate avec les professionnels partenaires travaillant à Mission Bon Accueil de même que les infirmières n'ont pas accès aux informations du système public. Les dossiers des usagers ne sont pas les mêmes entre les professionnels et des sessions individuelles ont été ouvertes sur les ordinateurs pour respecter la confidentialité.

De plus, le manque d'effectif fait qu'il est plus efficace de croiser un professionnel dans le couloir pour lui poser la question que d'envoyer un courriel qui restera sans réponse. Ce manque d'effectif vient aussi brouiller les frontières des rôles puisque les professionnels ont parfois à faire des tâches non liées à leur pratique habituelle, par exemple l'infirmière qui aide un usager à se trouver un logement et qu'il est parfois difficile, connaissant la situation des collègues et/ou de l'usager, de mettre des limites. Certains programmes, où les professionnels sont établis et stables depuis plus longtemps, sont un peu moins ouverts à la collaboration par des professionnels d'autres programmes puisqu'ils ont l'habitude de travailler ensemble à leur manière. Les professionnels ont peu de contacts avec les dentistes, ils suivent la situation grâce aux discussions avec les patients. Les infirmières sont en communication constante entre elles, par courriel ou par téléphone mais les lieux ne sont pas forcément propices à la collaboration puisque non seulement les sites sont éloignés mais certains bureaux à l'intérieur d'un même bâtiment aussi.

De manière générale, les professionnels sont impressionnés par le travail effectué par leurs collègues étant donné le manque de ressources et ils respectent beaucoup leur expertise réciproque ce qui aide les discussions visant la résolution de conflits. Enfin, ils reconnaissent avoir du plaisir à se rencontrer.

Collaboration externe

Trouver les partenariats a été un long processus initié par l'infirmière coordonnatrice ; cette démarche est basée sur une base informelle voire individuelle. Cette recherche de partenariat est par contre moins habituelle pour les infirmières issues des services d'urgence, habituées à bénéficier de beaucoup de ressources internes. La difficulté des liens individuels tient à leur transférabilité lorsqu'une infirmière doit s'absenter sur du long terme (congé maternité...) et aussi au temps nécessaire à l'élaboration et le maintien de ce lien, dans un contexte où les infirmières ne sont déjà pas assez nombreuses pour répondre à tous les besoins internes. Ces partenariats sont considérés comme enrichissants : *« Puis c'est le fun, travailler avec un autre organisme qui a les mêmes buts que nous. Donc, aider les clients à comme se mettre dans le système... à les éloigner [de la rue]. »* (MBA1).

Après une recherche préliminaire sur Internet, elle est allée visiter les ressources, présenter son organisme et les rôles infirmiers au sein de Mission Bon Accueil : *« Parce qu'il y a vraiment un manque de connaissances sur les services de la Mission Bon Accueil. On n'est pas autant connu que les autres, Mais c'est aussi pour que je dois mieux connaître leurs services. Pour que, si j'appelle, je puisse dire : « Est-ce que je peux parler avec Thomas? »! Puis je connais maintenant le visage, donc ça fait un meilleur lien, je trouve. Je les invite toujours à venir nous visiter. Je peux leur faire faire le tour, ça ne me dérange jamais. »* (MBA1).

Les partenariats se sont opérés sur la base des besoins réciproques pouvant être comblés mais aussi sur l'ouverture, la réceptivité envers les thématiques et les populations avec lesquelles Mission Bon Accueil travaille. Ces collaborations visent à la fois à référer des patients vers les ressources adéquates et à assurer qu'ils sont pris en charge dans les délais opportuns, à les réaffilier au réseau public de santé et des services sociaux mais aussi à obtenir des recommandations : *« C'est vraiment rediriger vers les ressources appropriées, puis se débrouiller avec les ressources disponibles aussi. C'est souvent juste appeler des contacts qu'on a eus, puis demander conseil parce que des fois, il faut se débrouiller. Ce n'est pas juste rediriger le patient, le client. C'est vraiment intervenir avec ce qu'on peut puis le savoir qu'on a et les conseils de personnes plus appropriées. C'est pour ça que souvent, on peut [sembler] prendre le rôle d'une*



travailleuse sociale, d'une psychologue, d'une intervenante. [...] C'est sûr qu'on est limité, mais il faut se débrouiller. » (MBA2).

Régulièrement, l'équipe de Mission bon Accueil est sollicitée pour être impliquée dans les soins ou les services prodigués à l'extérieur, c'est pourquoi ils signent des fiches de consentement pour le partage de l'information avec des travailleurs de rues, des médecins, des éducateurs spécialisés, des psychiatres ou des travailleurs sociaux. Ces derniers peuvent aussi venir rencontrer le patient directement dans les locaux de Mission Bon Accueil et des rencontres communes avec l'utilisateur peuvent avoir lieu. Beaucoup de communication avec les ressources extérieures va avoir lieu par téléphone.

Collaboration avec les partenaires officiels (CLSC, Médecins du Monde, ...)

Mission Bon Accueil a un partenariat avec un médecin du CLSC de Saint-Henri dans le cadre du programme de thérapie pour les dépendances accrédités par l'ex-Agence de Santé et des Services Sociaux : « *Donc c'est moi qui collabore avec lui [...]. Quand il y a des suivis à faire avec des clients, il m'appelle. Je lui faxe des résultats, toutes sortes de choses comme ça. Donc ça, c'est plus officiel.* » MBA1

Cependant, ce partenariat ne permettait pas une prise en charge médicale pour tous les usagers de Mission Bon Accueil d'une part, et d'autre part le départ à la retraite de ce médecin oblige l'infirmière coordonnatrice à trouver un nouveau partenariat.

L'infirmière du CLSC est considérée comme partie prenante de l'équipe de Mission Bon Accueil. Elle participe dans la mesure du possible aux rencontres. Son apport est important puisqu'elle est une porte ouverte vers les services du CLSC, tel que l'équipe itinérance pour les jeunes. Elle permet aux infirmières de Mission Bon Accueil de mieux comprendre les services et les professionnels qui y travaillent. De plus, elle bénéficie des ordonnances collectives, ce qui lui permet de faire certaines prescriptions de médicaments ou de tests diagnostics. Enfin, elle permet de ramener plus facilement le client vers le réseau public de santé.

Les services de dentisterie sont assurés grâce à une collaboration avec l'Université McGill qui rémunère les dentistes et permet des résidences en soins dentaires et le Collège John Abbott qui permet des stages pour les hygiénistes dentaires. Cette collaboration avec l'Université McGill s'applique au-delà dentisterie puisqu'une des infirmières a donné plusieurs formations comme conférencière invitée à l'Ingram School of Nursing de l'Université McGill. Elle a d'ailleurs



été conférencière invitée à l'Université de Montréal.

Mission Bon Accueil a développé un partenariat avec une pharmacie pour faire des commandes et renouveler des prescriptions dans le cadre des programmes de traitement des dépendances et de réinsertion. Dans l'ensemble, ce partenariat est profitable mais le renouvellement des médicaments n'est pas automatisé, ce qui peut créer des problèmes en cas d'oubli. De plus, du fait de l'éloignement géographique, une livraison d'urgence n'est pas forcément possible selon l'achalandage de la pharmacie.

Les contacts réguliers avec des collaborateurs permettent de faire converger les synergies lors de nouveaux projets : *« On se parlait déjà avec Médecins du monde. Puis on s'est rendu compte qu'eux, en même temps qu'ils voulaient commencer à faire des services aux clients, nous, on avait besoin de psychologues. Donc, quand on a reçu la bourse, ma première pensée a été de contacter Médecins du monde au lieu de trouver un psychologue toute seule parce que je savais qu'il y avait toute une équipe qui travaille avec eux. Puis par chance, en même temps, eux, ils cherchaient à commencer un projet-pilote. »* (MBA1). Cette collaboration avec Médecins du Monde apporte certains questionnements et s'est aménagée dans le temps ; par exemple, la psychologue de Médecins du Monde n'est pas « prêtée » à Mission Bon Accueil, elle intervient plutôt avec l'équipe, au nom de Médecins du Monde, ce qui assure une meilleure neutralité par rapport à ce qui pourrait se passer en dehors de la psychothérapie. Par ailleurs, il a fallu rapidement négocier plus d'heures cliniques de la psychologue afin de réduire la liste d'attente. De plus, il est possible que certaines personnes, ne répondant plus aux critères ou pour des raisons de sécurité, ne puissent plus utiliser les ressources de Mission Bon Accueil, et Médecins du Monde se questionne sur les façons (financement, locaux...) de continuer le suivi psychologique de ces personnes dans le cas où cette situation se produirait.

Collaboration ponctuelle avec d'autres organismes communautaires

Régulièrement, les infirmières participent aux réunions regroupant les organismes travaillant sur la santé mentale ou à certaines réunions d'équipe auxquelles elles sont invitées, ce qui permet de consolider les liens mais ne permet pas d'aller en profondeur étant donné le nombre d'acteurs présents.

Il existe une collaboration avec d'autres organismes communautaires du centre-ville dédié aux hommes en situation d'itinérance. En effet, étant donné que certains ont une unité de convalescence, Mission Bon Accueil peut référer des usagers qui sortent de l'hôpital. Les

infirmières peuvent aussi référer à leur infirmière en charge de programmes spécifiques tel que l'hépatite C ou en psychiatrie. Ces relations sont cependant présentement un peu moins développées.

Collaboration avec le réseau

Les infirmières ont de bonnes relations avec un GMF dont le médecin responsable est ouvert à la prise en charge de personnes en situation d'itinérance. Elles ont aussi des liens avec les différentes équipes des programmes Itinérance et Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs du centre-ville, et avec une équipe d'infirmières et de travailleurs sociaux du CLSC Métro. Dans tous les cas, elles font des références personnalisées : « *Je ne dis pas : "Va voir un médecin", je dis : "Va voir tel médecin ici. Je t'écris une référence. Il y a mon nom, puis mon numéro là-dessus. Donc si le médecin veut me contacter, il peut me contacter. » Puis ça, c'est le processus pour les clients. C'est pas mal ça mon rôle... » (MBA1). Ces références personnalisées ont des objectifs multiples, tels qu'augmenter la possibilité que la personne consulte réellement, qu'elle soit bien accueillie. Dans le cadre du guichet d'accès santé mentale du CLSC, les infirmières de Mission Bon Accueil remplissent des fiches de liaison permettant d'expliquer la situation et évitant à la personne d'expliquer plusieurs fois ses expériences souvent traumatisantes. Les professionnels de l'équipe santé mentale du CLSC, pouvant faire des visites à domicile, viennent si nécessaire faire les consultations dans les locaux de Mission Bon Accueil. Inversement, certains intervenants sont présents lors des consultations auprès de ressources externes, voire aux urgences, si l'utilisateur l'a demandé.*

Certains partenariats ont été plus ardues à construire : « Donc le guichet santé mentale [Nom du guichet] ça fait quelques années, que je les ai approchés, il n'y avait pas d'ouverture, donc j'ai laissé tomber. Puis finalement, il y a à peu près un an, il y a eu un petit peu plus d'ouverture, donc j'ai recommencé à parler avec eux et tout c'est ouvert. [...] Donc j'essaie de trouver où c'est débloqué, où il y a un intérêt. Et si ça va bien, je pousse encore plus fort. » (MBA1).

Il a aussi fallu beaucoup de communication avec les professionnels du CSSS qui se sentaient en compétition, surtout à cause d'une méconnaissance du rôle de l'infirmière de Mission Bon Accueil : « dès qu'ils ont compris que j'étais là pas pour remplacer puis pour devenir une clinique autonome, mais pour être un lien avec les clients puis les services, ça a bien été. [...] J'étais là pour faire un lien de confiance avec le client, avec les travailleurs qui travaillaient dans les refuges ou les autres services, [...] avec le système. Parce que le système n'est pas facile : il est compliqué. Donc maintenant, ça va très bien parce que les infirmières puis les médecins peuvent

m'appeler, puis dire : " Je cherche monsieur X. Est-ce que tu peux voir s'il est dans votre système?" Puis je peux dire : "Je peux passer le message au client." Parce que c'est plus confidentiel entre infirmières que, disons, quand on appelle au refuge, puis les préposés de sécurité crient le nom dans la cafétéria : "Monsieur X?" Donc maintenant, ça va beaucoup mieux. [...] Des fois, j'étais un peu découragée mais finalement, ça s'est bien passé » (MBA1).

Le fait que certaines des infirmières ont travaillé à temps partiel aux services des urgences leurs assurent une connaissance de certains professionnels, ce qui les placent comme ponts entre le patient et Mission bon Accueil, et leur permet de sensibiliser ces professionnels aux situations de l'itinérance : « *Ce n'est pas l'image typique qu'on a d'homme itinérant chronique. C'est des gens super accueillants. C'est des gens très réceptifs. C'est des gens super gentils. Et ce n'est vraiment pas l'image que j'avais des hommes sans abri qui viennent à l'urgence. Et ce n'est pas l'image que mes collègues ont non plus. Donc quitte à juste les sensibiliser à leur réalité, les sensibiliser à leurs besoins, ça pourrait juste aider à évoluer dans le système, puis aider à subvenir à leurs besoins plus facilement. Et ça nous aiderait nous aussi parce que ça va de main en main. Quelqu'un qui n'est pas content du service hospitalier va se fâcher et ça va faire une boule de neige aussi. Ça va établir des préjugés. Les employés vont être très résistants à vouloir aider ces personnes-là et ainsi de suite. » (MBA2).*

Cependant, au-delà des préjugés, il existe aussi une crainte liée à la surcharge du réseau et le risque qu'après l'évaluation faite par les infirmières de Mission Bon Accueil, les temps d'attente aux services de première, deuxième voire troisième ligne soient trop longs pour une prise en charge adéquate. Dans ces cas-là, le rôle des professionnels de Mission Bon Accueil est de proposer à l'interne ou à l'externe des services ponctuels pour répondre provisoirement aux besoins.

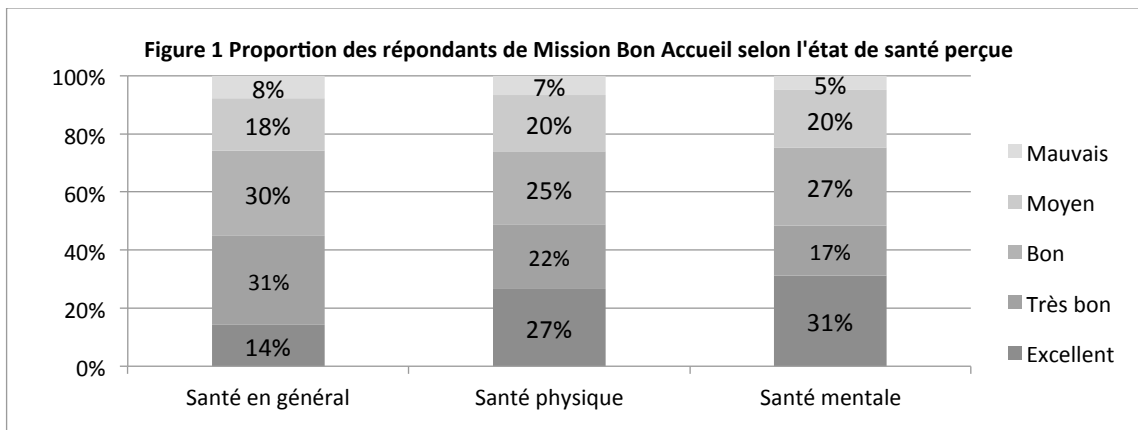
Profil des patients ESPI de Mission Bon Accueil

Pour le projet ESPI, 184 patients de Mission Bon Accueil ont été recrutés entre le 23 juillet 2015 et le 30 septembre 2016. Ils ont complété un questionnaire portant sur leur expérience de soins perçue (en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité) au cours des deux dernières années avant juin 2015, leurs besoins non comblés, leur état de santé et leurs caractéristiques sociodémographiques. Les données recueillies lors de ce premier temps de mesure permettent de dresser un portrait de notre échantillon.

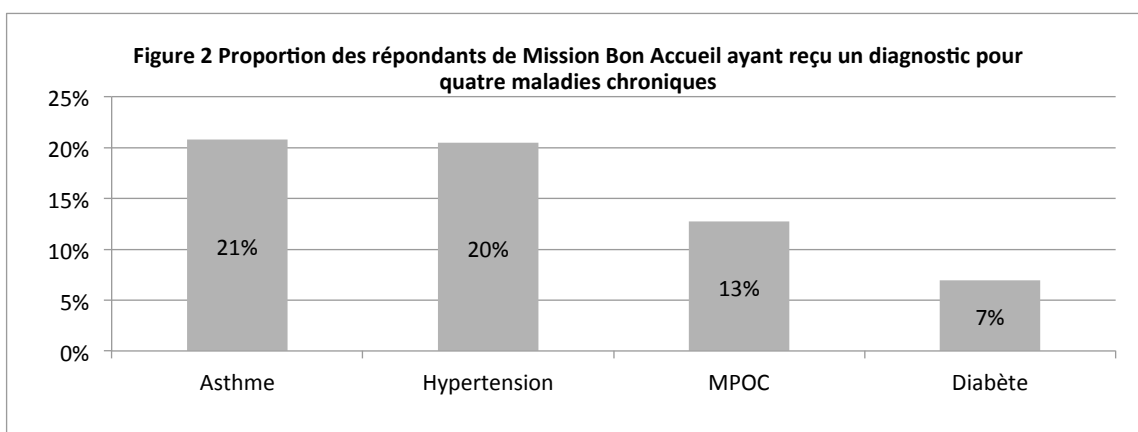
Caractéristiques sociodémographiques (Annexe 1). L'échantillon est composé majoritairement d'hommes (91%) et l'âge moyen des répondants est de 40 ans. La plupart des répondants sont célibataires (86%), sont nés au Canada (85%) et parlent français à la maison (76%). Un peu moins de la moitié des répondants n'ont pas complété leur secondaire (44%) et sont prestataires d'aide sociale (49%). Par ailleurs, la majorité des répondants se considèrent pauvres ou très pauvres (74%) et présentent un revenu annuel du ménage avant impôt de moins de 15 000\$ (76%), soit nettement en dessous du seuil du faible revenu au Québec³[1]. Enfin, une minorité de répondants rapportent avoir un régime d'assurance privé ou collectif qui rembourse en partie ou en totalité les médicaments (18%), les soins dentaires (16%) ou des services complémentaires comme de la physiothérapie ou des examens diagnostiques (15%).

État de santé. Près de la moitié des répondants de Mission Bon Accueil considèrent avoir une très bonne ou une excellente santé en général (45%) (figure 1). En comparaison, cette proportion est de 58,6% dans la population québécoise selon Statistique Canada[2]. Plus précisément, 49% des répondants considèrent avoir une très bonne ou excellente santé physique et près de la moitié rapportent avoir une très bonne ou excellente santé mentale (48% vs 74% dans la population québécoise selon Statistique Canada[3]).

³ Selon la mesure de faible revenu (MFR) de l'Institut de la statistique du Québec, le seuil du faible revenu en 2013 pour une personne vivant seule était de 21583\$ par année et de 30522\$ pour un ménage de 2 personnes.

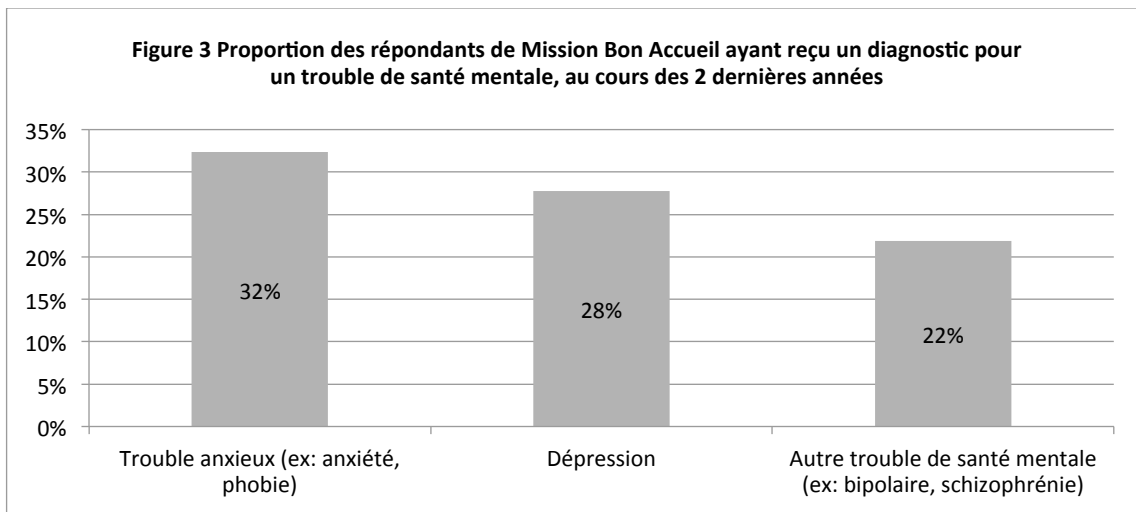


En ce qui concerne les maladies chroniques (figure 2), les données montrent que 21% des répondants de l'échantillon ont reçu un diagnostic d'asthme et 13% un diagnostic de MPOC, soit des proportions nettement plus élevées que ce que l'on retrouve dans la population québécoise (9,1% et 4,5%)[4, 5]. Les taux d'hypertension et de diabète chez respectivement 20% et 7% des répondants sont légèrement plus élevés que dans la population québécoise (17,4% et 6,7%)[6, 7].



Près de la moitié (46%) des répondants ont déclaré qu'au cours des 2 dernières années, un professionnel de la santé leur a dit qu'ils souffraient d'au moins un trouble de santé mentale. Plus précisément, 32% des répondants auraient reçu un diagnostic de trouble anxieux, 28% de dépression et 22% d'un autre trouble (ex : trouble bipolaire ou schizophrénie) (figure 3)⁴.

⁴ À titre indicatif, les taux de prévalence au cours de la vie dans la population générale du Québec sont de 9,4% pour les troubles anxieux et de 12% pour la dépression[8].



Besoins non comblés⁵. Les résultats indiquent que la moitié de l'échantillon présente des besoins de santé non comblés. En effet, 50% des répondants ont ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de la santé sans en avoir vu un lors des deux dernières années précédant juin 2015, date à laquelle l'équipe infirmière a été créée. À titre indicatif, les résultats pour d'autres milieux ESPI ayant une structure organisationnelle et/ou une offre de soins et services comparables varient entre 50 et 60%.

Des 50% ayant déclaré avoir des besoins non comblés avant juin 2015, d'une part, plus du tiers (38%) estimaient consulter pour un problème urgent. D'autre part, 44% avaient déjà obtenu un rendez-vous et rencontré un professionnel de la santé pour ce problème au moment de compléter le questionnaire.

⁵ Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus[9]. Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services de santé mais ne les ayant pas obtenus au moment où il en sentait le besoin présente donc un besoin non comblé de services de santé. La question utilisée dans le questionnaire pour mesurer les BNC est la suivante : *Durant la période qui nous intéresse, soit entre juin 2013 et mai 2015, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin ou un professionnel de santé sans en avoir vu un?* Cette mesure reflète partiellement le non accès aux services de santé[9].

Annexe 1

Sexe	Homme	91%	Langue parlée à la maison	Français	76%	
	Femme	9%		Anglais	20%	
Groupe d'âge	moins de 18 ans	0%	Occupation principale (+18 ans)	Autre	4%	
	18-24 ans	33%		Travailleur temps plein	11%	
	25-34 ans	17%		Travailleur temps partiel	14%	
	35-44 ans	14%		Prestataire d'aide social	49%	
	45-54 ans	18%		Étudiant	3%	
	55-64 ans	15%		À la maison	6%	
	65 ans et plus	3%		Retraité	3%	
Statut matrimonial (+18 ans)	Célibataire	86%	Perception situation socio-économique	Congé temporaire du travail	6%	
	Conjoint de fait, union libre ou marié(e)	2%		Autre	8%	
	Divorcé(e) ou séparé(e)	10%		À l'aise ou revenu suffisant	26%	
	Veuf(ve)	3%		Pauvre ou très pauvre	74%	
Lieu de naissance	Canada	85%	Revenu du ménage avant impôt	Moins de 15 000 \$	76%	
	Extérieur du Canada	15%		15 à 25 000 \$	16%	
Temps vécu au Canada	Moins de 15 ans	42%	Assurances privées ou collectives ^c	25 à 35 000 \$	3%	
	15 ans et plus	58%		35 à 55 000 \$	2%	
Niveau de scolarité (+18 ans)	Secondaire non complété	44%	Médicaments	55 000 à 75 000 \$	0%	
	Secondaire complété	26%		75 000 à 100 000 \$	0%	
	Diplôme d'étude professionnel	10%		100 000 \$ et plus	2%	
	Collégial	9%		Soins dentaires	18%	
	Universitaire	11%			Services complémentaires -ex: examens diagnostiques, psychologue, physiothérapeute	16%
	Autre	1%				15%

^a Seules les réponses valides sont présentées

^b En raison des arrondissements, il se peut que le total des pourcentages dans certaines figures soit légèrement inférieur ou supérieur à 100%.

^c Catégories non exclusives

Références

1. Institut de la Statistique du Québec, *Seuils du faible revenu, MFR-seuils avant impôt, selon la taille du ménage*. 2012-2013, Gouvernement du Québec : Québec. Lien vers le document : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/seuilsufr_qcavi .htm
2. Statistique Canada, *Santé perçue, selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada : Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health109b-fra.htm>
3. Statistique Canada, *Santé mentale perçue selon le sexe, par province et territoire*. 2011-2014, Gouvernement du Canada : Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health111b-fra.htm>
4. Statistique Canada, *Asthme 2014*. 2001-2014, Gouvernement du Canada : Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14179-fra.htm>
5. Statistique Canada, *Maladie pulmonaire obstructive chronique, selon le sexe, par province et territoire* 2012-2014, Gouvernement du Canada: Ottawa. Lien vers le document: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health105b-fra.htm>
6. Statistique Canada, *Hypertension, selon le sexe, et par province et territoire* 2010-2014, Gouvernement du Canada : Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health70b-fra.htm>
7. Statistique Canada, *Diabète, selon le sexe, provinces et les territoires*. 2009-2014, Gouvernement du Canada : Ottawa. Lien vers le document : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health54b-fra.htm>
8. Baraldi, R., K. Joubert, and M. Bordeleau, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. 2015, Institut de la statistique du Québec - Gouvernement du Québec : Québec. Lien vers le document : http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
9. Levesque, J.-F., et al., *Les besoins non comblés de services médicaux: un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?* 2007, Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, Institut National de Santé Publique du Québec : Montréal. Lien vers le document : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf
<http://dx.doi.org/978-2-550-51103-8>