



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

Rapport de l'étude sur l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria pour les personnes en situation d'itinérance à Montréal



IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

CREMIS

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

Québec

Le **Rapport de l'étude sur l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria pour les personnes en situation d'itinérance (PESI) de Montréal** est le fruit d'une collaboration entre le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD).

Ce rapport est une production de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

CHERCHEUSE PRINCIPALE

Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc, CCMF (MT) – directrice scientifique de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et membre régulière du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

COCHERCHEURS (en ordre alphabétique)

Nadia Giguère, Ph. D. – chercheuse universitaire en établissement et membre régulière du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeure associée au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal

Mathieu Isabel, M.D., M.A., CCMF – médecin de famille au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, professeur adjoint de clinique au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal et praticien-chercheur au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

Guillaume Ouellet, Ph. D. – chercheur universitaire en établissement et membre régulier du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeur associé au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal

Vincent Wagner, Ph. D. – chercheur universitaire en établissement à l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et professeur associé aux programmes d'études et de recherche en toxicomanie du Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, à l'Université de Sherbrooke

COORDINATION

Karine Hudon, B.A. – coordonnatrice de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

RÉDACTION

Léonie Archambault, M.A. – professionnelle de recherche contractuelle de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

Yan Ferguson, M. Sc. – professionnel de recherche de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

RECHERCHE ET ANALYSE

Yan Ferguson, M. Sc. – professionnel de recherche de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-Josée Dion, Agente d'information, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, IUD

MISE EN PAGE ET GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement l'ensemble des participants aux entrevues individuelles et de groupe qui ont gracieusement répondu à nos questions.

Nous tenons également à remercier Baptiste Godrie, directeur scientifique intérimaire du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), pour son soutien dans l'élaboration de ce projet.

FINANCEMENT

Les travaux ont été financés par l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada, dont les fonds sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

NOTE

Dans le présent document, le masculin est employé pour désigner aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. Par contre, le terme « infirmière » est utilisé par souci de cohérence avec les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021.

ISBN 978-2-550-89605-0 (PDF)

© Institut universitaire sur les dépendances, 2021

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

Pour citer ce document

Archambault, L., Ferguson, Y., Goyer, M.-È., Giguère, N., Hudon, K., Isabel, M., Ouellet, G. et Wagner, V. (2021). *Rapport de l'étude sur l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 du Royal Victoria pour les personnes en situation d'itinérance (PESI) de Montréal*. Institut universitaire sur les dépendances et Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, 86 pages. [<https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2021/10/Rapport-Royal-Victoria-unite-isolement-covid-19.pdf>]

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des tableaux</i>	7
Introduction : Mise en contexte	8
Chapitre 1 : Méthodologie	11
1.1 Recension des écrits	12
1.2 Description de l'unité d'isolement	12
1.3 Données d'opération	12
1.4 Collecte et analyse de données qualitatives	12
Chapitre 2 : Faits saillants de la recension des écrits	15
2.1 Composantes des programmes destinés aux PESI dans le contexte de la pandémie de COVID-19	16
2.1.1 Objectifs	16
2.1.2 Milieux	16
2.1.3 Services offerts et approches d'intervention	16
2.1.4 Services en lien avec la consommation de SPA	17
2.2 Principaux résultats et leçons tirés de l'évaluation des programmes destinés aux PESI dans le contexte de la pandémie de COVID-19	17
2.2.1 Indicateurs	17
2.2.2 Facteurs facilitants et obstacles	17
Chapitre 3 : Description de l'unité d'isolement	20
3.1 Mandat de l'unité d'isolement itinérance COVID-19	20
3.2 Clientèle cible de l'unité d'isolement	20
3.2.1 Unité d'isolement : critères d'admissibilité et d'exclusion	21
3.3 Processus de référence vers l'unité d'isolement	21
3.3.1 Rôles et responsabilités lors d'une référence provenant d'un centre hospitalier	21
3.3.2 Rôles et responsabilités lors d'une référence provenant de la Direction régionale de santé publique	21
3.4 Ressources	22
3.4.1 Ressources financières	22
3.4.2 Ressources matérielles	22

3.4.3	Ressources humaines.....	22
3.4.5	Partenariats et collaboration.....	22
3.5	Objectifs, activités et service.....	23
Chapitre 4 - Description des données d'opération.....		26
Chapitre 5 - Perspectives des cliniciens et des gestionnaires.....		29
5.1	Perspectives sur les caractéristiques de l'intervention.....	30
5.1.1	Évolution du mandat de l'unité d'isolement.....	30
5.1.2	Philosophies d'intervention.....	30
5.1.3	Services de gestion de la consommation et pharmacothérapie de remplacement.....	33
5.1.4	Clientèle desservie.....	35
5.1.5	Trajectoire de services.....	36
5.1.6	Lieux physiques et organisation physique.....	37
5.2	Perspectives sur le contexte interne de l'intervention.....	38
5.2.1	Coconstruction, gestion de proximité et mobilisation des équipes.....	38
5.2.2	Structures de communication entre les individus et les paliers hiérarchiques.....	39
5.2.3	Soutien des directions.....	41
5.2.4	Réorganisation du continuum avant la crise sanitaire.....	42
5.3	Perspectives sur le contexte externe.....	44
5.3.1	Contexte de crise sanitaire.....	44
5.3.2	Arrimage et coordination avec les partenaires externes.....	44
5.4	Perspectives sur les pratiques professionnelles.....	47
5.4.1	Provenance du personnel, motivations et leadership.....	47
5.4.2	Collaboration égalitaire et interdisciplinaire.....	49
5.4.3	Rôles professionnels.....	51
5.5	Retombées perçues du projet.....	53
5.5.1	Collaboration : Apprendre à se connaître et à se faire confiance.....	53
5.5.2	Développement, implantation et pérennisation de soins novateurs.....	53
5.5.3	Développement professionnel et remise en question des pratiques usuelles.....	54
5.5.4	Effets perçus pour la clientèle.....	56

Chapitre 6 - Constats et leçons tirés de l'étude	59
6.1 Comment l'unité d'isolement se compare-t-elle aux initiatives similaires?	60
6.2 Quels sont les obstacles ayant nui à l'implantation de l'unité d'isolement selon les acteurs impliqués?	60
6.2.1 Lacunes de communication	60
6.2.2 Manque de certains types d'emplois	61
6.2.3 Tensions entre le milieu de vie et les possibilités d'intervention	61
6.3 Quels sont les facteurs ayant facilité l'implantation de l'unité d'isolement selon les acteurs impliqués?	62
6.3.1 Facteurs associés au personnel	62
6.3.2 Facteurs associés au cadre de gestion	63
6.3.3 Facteurs associés à l'approche de milieu de vie et aux philosophies d'intervention	63
Forces et limites de l'étude	64
Conclusion	65
<i>Références</i>	66
Annexes	68
Annexe 1 – Équation de recherche littérature scientifique	69
Annexe 2 – Liste des sources de littérature grise consultées	70
Annexe 3 – Algorithme d'inclusion des articles scientifiques	71
Annexe 4 – Canevas d'entrevues (entrevues individuelles avec les cliniciens et gestionnaires)	72
Annexe 5 – Canevas d'animation (entrevues de groupe avec les professionnels)	75
Annexe 6 – Tableau résumé des résultats de la recension des écrits	77
Annexe 7 – Code de vie	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Modèle logique de l'unité d'isolement	24
Tableau 2 – Caractéristiques des épisodes de soins à l'unité d'isolement	27

INTRODUCTION : MISE EN CONTEXTE

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare l'état d'urgence en raison d'une pandémie mondiale provoquée par un nouveau coronavirus, le SRAS-CoV-2. Deux jours plus tard, le gouvernement du Québec annonce l'état d'urgence sanitaire (Gouvernement du Québec, 2020) et un ensemble de mesures visant à limiter la propagation de ce nouveau virus, notamment par l'entremise de la distanciation physique.

Pour plusieurs groupes marginalisés ou en situation de vulnérabilité, tels que les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, les personnes utilisant des substances psychoactives (SPA), les personnes ayant un faible statut socioéconomique, les personnes migrantes ou réfugiées, le risque de contracter la COVID-19 s'ajoute à d'autres risques biopsychosociaux associés aux mesures de distanciation physique, à la réduction de l'accès aux services de santé et aux services sociaux en raison d'une diminution des heures de services et de la fermeture de certains de ces services (Parsell et al., 2020; Silva et Smith, 2020) ainsi qu'à l'augmentation de la consommation de SPA et des problèmes de santé mentale (Silva et Smith, 2020) et à l'isolement social (Pfefferbaum et North, 2020; Silva et Smith, 2020).

Ce constat concerne notamment les personnes en situation d'itinérance (PESI). Celles-ci sont particulièrement à risque de complications liées à la COVID-19, car elles présentent une prévalence élevée de problèmes chroniques de santé physique (Kirby T., 2020; Perri et al., 2020; Tsai et Wilson, 2020) et mentale (Tsai et Wilson, 2020; Kirby et al., 2020) et de problèmes liés à l'utilisation de SPA (Tsai et Wilson, 2020; Kirby et al., 2020). De plus, les PESI présentent couramment un vieillissement précoce et éprouvent des difficultés importantes d'accès aux soins de santé, notamment en raison de leur grande mobilité (Tsai et Wilson, 2020).

Les PESI fréquentent souvent des lieux où les nouvelles mesures d'hygiène de base et de distanciation physique ne peuvent être appliquées adéquatement (Kirby T., 2020; Lewer et al., 2020; Story, 2013; Tsai et al., 2020). D'une part, les conditions de vie dans les refuges pour PESI (espaces communs, surpopulation, roulement de la clientèle) constituent des risques importants pour la transmission de la COVID-19 (Perri et al., 2020; Lewer et al., 2020). D'autre part, les lieux informels comme les campements ne permettent pas l'accès à l'eau courante et au matériel d'hygiène nécessaire pour freiner la transmission du virus (Tsai et Wilson, 2020). Enfin, les PESI représentent une population fortement mobile, ce qui complexifie le travail auprès de ces personnes, notamment en ce qui a trait à la diffusion des consignes sanitaires (MSSS, 2020).

Ces facteurs contribuent à augmenter le risque d'infection à la COVID-19 (Kirby, 2020) ainsi que la gravité des complications associées à cette maladie (Perri et al., 2020). D'ailleurs, chez les PESI, le taux d'hospitalisation et de ventilation mécanique en cas d'hospitalisation est plus élevé que dans la population générale lors d'éclousions d'influenza (Miyawaki et al., 2020).

À l'échelle internationale, différents modèles d'organisation de services visant à répondre aux besoins des PESI et aux enjeux de santé publique durant la première vague de COVID-19 ont été documentés dans la littérature scientifique. Ainsi, des centres de santé, des refuges et des hôtels ont été réaménagés afin de devenir des milieux sécuritaires d'isolement où des soins et des services pouvaient être fournis aux PESI atteintes de la COVID-19 ou en attente d'un résultat de test de dépistage.

À Montréal, une unité d'isolement destinée aux PESI potentiellement atteintes de la COVID-19 ou en attente d'un résultat de dépistage a été implantée dans l'ancien hôpital Royal Victoria du 31 mars 2020 au 12 juin 2020. Le milieu de vie temporaire a été soutenu et encadré par des professionnels de la santé et des services sociaux ayant une expertise auprès des PESI et des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS).

Au printemps 2020, la Dre Marie-Ève Goyer, chercheuse à l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) et co-instigatrice de l'unité d'isolement implantée à Montréal, a commencé ce projet de recherche ayant pour objectifs : 1) de documenter les composantes de l'unité d'isolement destinée aux PESI; et 2) de déterminer les forces, les obstacles ainsi que les enjeux d'implantation du programme, selon la

perspective de gestionnaires et de cliniciens, de façon à favoriser le développement d'initiatives similaires au Québec. Plus précisément, ce protocole de recherche qualitative s'inspire du *Consolidated Framework for Implementation Research* (Damschroder et al., 2009) pour décrire le processus d'implantation en fonction : 1) des caractéristiques de l'intervention; 2) du contexte externe; 3) du contexte interne; 4) des pratiques professionnelles et des caractéristiques des individus impliqués; et 5) des retombées perçues de l'initiative.

La démarche méthodologique employée dans le cadre de ce projet afin d'atteindre les objectifs fixés comporte plusieurs volets et est décrite au premier chapitre. Le deuxième chapitre présente les résultats d'une recension d'écrits sur les différents modèles d'organisation de services destinés à répondre aux besoins des PESI et aux enjeux de santé publique durant la première vague de COVID-19, à l'échelle internationale. Une description du programme de l'unité d'isolement du Royal Victoria est donnée au troisième chapitre. Le quatrième chapitre propose les données d'opération colligées pendant la mise en œuvre de l'initiative. Les résultats de la collecte de données qualitative sont présentés au chapitre cinq. Enfin, le sixième chapitre met en lumière les grands constats et leçons tirés de l'étude.

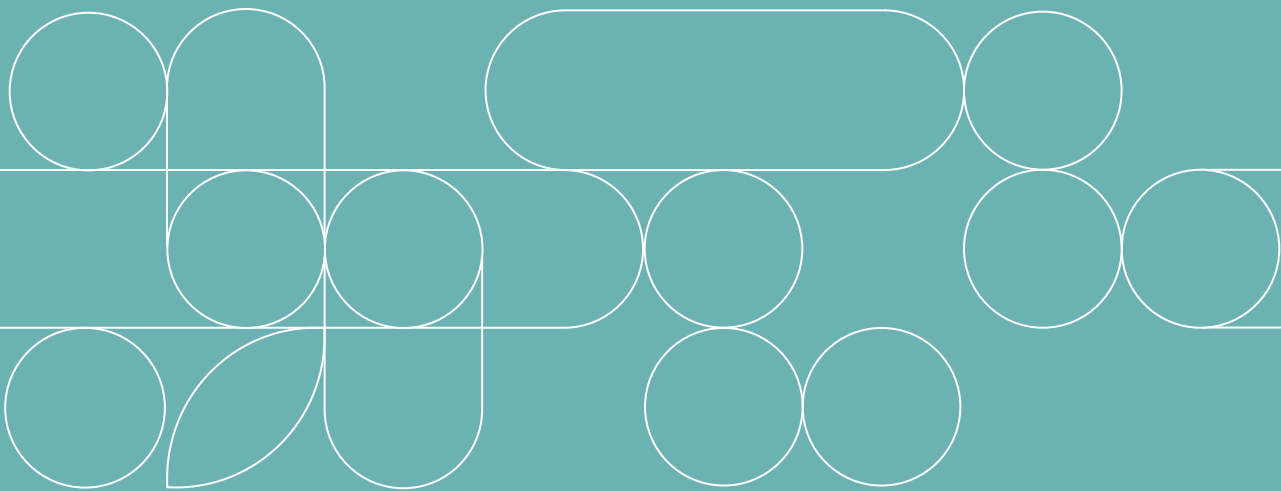
EN RÉSUMÉ : OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Documenter les composantes de l'unité d'isolement destinée aux PESI atteintes de la COVID-19 ou en attente d'un résultat de dépistage mise en place dans l'ancien hôpital Royal Victoria, à Montréal.
- Déterminer les forces, les obstacles ainsi que les enjeux d'implantation du programme, selon la perspective de gestionnaires et de cliniciens impliqués dans cette initiative.

CHAPITRE

1

Méthodologie



MÉTHODOLOGIE

La démarche de recherche visant à documenter l'implantation de l'unité d'isolement COVID-19 de l'ancien hôpital Royal Victoria (ci-après nommé « l'unité d'isolement ») pour les PESI de Montréal s'inspire de certains construits développés dans le *Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR)* de Damschroder et al. (2009). Ce cadre permet l'évaluation de programmes et autres interventions dans le domaine de la santé en fonction de certains paramètres, tels que :

- **Les caractéristiques de l'intervention :** Le cadre théorique reconnaît la nature complexe de l'intervention, la présence de caractéristiques de base indispensables de cette dernière ainsi que la possibilité d'ajuster certaines caractéristiques périphériques de celle-ci lors de son implantation (Damschroder et al., 2009).
- **Les contextes externe et interne de l'intervention :** Le contexte externe dans le cadre duquel s'inscrit l'organisation qui implante l'intervention renvoie aux domaines économique, politique et social pouvant influencer le processus d'implantation. Plus spécifiquement, le contexte externe peut faire référence à la manière dont la structure ou l'institution est mise en relation avec les partenaires externes et à l'appréciation de ces partenariats par les acteurs concernés. Le contexte interne, lui, renvoie aux aspects structuraux, politiques et culturels dans le cadre desquels s'inscrit l'implantation (*ibid.*). Il peut s'agir, par exemple, de l'intérêt pour l'innovation ou de l'amélioration de la qualité des acteurs de la structure dans laquelle l'intervention ou l'innovation est appelée à être implantée.
- **Les caractéristiques des individus dans le cadre de l'intervention et de son implantation :** Les individus agissent en fonction de normes et d'intérêts culturels, organisationnels, professionnels et individuels qui ont une influence sur l'implantation de l'intervention (*ibid.*). Autrement dit, ce domaine fait référence aux caractéristiques et aux attitudes des individus impliqués dans le développement et l'implantation de l'intervention évaluée. Ces différents éléments peuvent faciliter ou entraver l'implantation de l'intervention.
- **Les processus liés à l'implantation :** La réussite de l'implantation d'une intervention requiert l'adoption de celle-ci par les acteurs visés par cette dernière. Ce processus d'adoption peut être réalisé de manière itérative (*ibid.*). Ce domaine fait ainsi référence aux processus de mise en œuvre de l'intervention pouvant faciliter ou entraver l'implantation de l'intervention. Par exemple, la stratégie de déploiement d'une intervention au sein d'une organisation influencera son adoption par les acteurs concernés.

Dans le cadre de la présente démarche, l'analyse des domaines proposés par Damschroder et al. (2009) est soutenue par quatre volets méthodologiques : 1) recension des écrits; 2) description du modèle logique de l'initiative; 3) analyse des données d'opération de l'initiative; 4) collecte et analyse de données qualitatives.

1.1

Recension des écrits

Une recension des écrits de type *rapid review* a été réalisée. Ce genre de recension vise à obtenir rapidement les données probantes nécessaires à la prise de décision dans le domaine de l'organisation des services de santé, tant dans un contexte de routine que dans un contexte d'urgence (Tricco et al., 2017).

Une première stratégie de recherche systématisée a été réalisée dans les bases de données Medline, Psycinfo, Embase et Cochrane Library afin de repérer les publications scientifiques abordant le thème des services aux PESI pendant la pandémie de COVID-19 (voir [annexe 1](#) et [annexe 2](#)).

Les articles retenus ont été publiés entre mars et novembre 2020. Ils documentent au minimum les composantes de programmes destinés aux PESI durant la pandémie de COVID-19. Dans certains cas, ils présentent aussi des données d'opération ainsi que des leçons apprises.

Une deuxième stratégie de recherche exploratoire a été réalisée afin d'identifier la littérature grise (rapports de recherche) abordant le thème des services aux PESI pendant la pandémie de COVID-19.

1.2

Description de l'unité d'isolement

Tous les documents fondateurs ainsi que les processus et procédures internes ont été étudiés afin de décrire les caractéristiques de l'unité d'isolement, notamment ses objectifs, la clientèle visée, les ressources mobilisées, les activités réalisées et les services offerts. Des intervenants impliqués dans le projet ont aussi été consultés afin d'affiner l'exactitude de la description. Un modèle logique a été développé afin de mettre en relief les différentes composantes du programme (voir [Tableau 1](#)).

1.3

Données d'opération

Des données d'opération ont été compilées par le personnel de l'unité du 31 mars 2020 au 12 juin 2020. Celles-ci portent sur les caractéristiques de la clientèle (âge, milieu de vie avant et après le séjour), les dates de séjour (durée du séjour et nombre de séjours), les services offerts (consultations psychiatriques, consultations en ergothérapie, gestion du cannabis, supervision de l'injection, gestion de l'alcool, induction d'un traitement par agonistes opioïdes) et le statut positif ou négatif de COVID-19. Les données obtenues ont été anonymisées et ne comportent aucune information permettant d'identifier les individus ayant fréquenté l'unité d'isolement.

1.4

Collecte et analyse de données qualitatives

Des entrevues individuelles (n=9) ont été réalisées avec neuf gestionnaires impliqués dans le déploiement de l'unité d'isolement. Les entrevues avaient pour objectif de documenter la perspective des participants sur : 1) leur contexte de pratique professionnelle avant le début de la pandémie de COVID-19; 2) la chronologie des événements qui ont mené à l'ouverture de l'unité d'isolement; 3) la philosophie d'intervention sous-jacente à l'unité d'isolement; 4) les principaux acteurs responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'unité d'isolement ainsi que leurs rôles; 5) les objectifs du programme d'isolement; 6) la place de l'unité d'isolement au sein du réseau de la santé et des services sociaux; 7) les services offerts dans l'unité; 8) les caractéristiques de l'unité; 9) la mise en place initiale de l'unité; 10) les facteurs facilitant l'implantation ainsi que les défis; 11) la gestion; 12) les changements apportés en cours d'intervention; 13) leur bilan de l'intervention. Le canevas d'entrevue est disponible à [l'annexe 4](#).

Quatre entrevues de groupe ont également été réalisées avec des professionnels impliqués dans le fonctionnement de l'unité d'isolement afin de documenter les thèmes suivants : 1) le contexte d'arrivée en poste à l'unité; 2) l'adaptation des pratiques professionnelles à l'unité d'isolement; 3) les collaborations interprofessionnelles; 4) l'impact de l'intervention sur les personnes accompagnées; 5) le bilan et les suites. Le canevas d'animation est disponible à l'[annexe 5](#).

Le contenu a été soumis à une analyse thématique en fonction d'une grille de codification développée à partir du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al., 2009), avec l'aide du logiciel NVivo 12. Deux grilles de codification

ont été élaborées de façon inductive sur la base des canevas d'entrevue utilisés pour les entrevues individuelles et de groupe. Les grilles ont été raffinées au gré de la codification, puis ont été soumises aux différents cochercheurs pour validation. L'analyse des résultats a ensuite été effectuée par fiches thématiques représentant les thèmes principaux développés au terme de l'analyse. Les résultats des entrevues individuelles et de groupe ont été comparés entre eux à l'aide de ces fiches.

Pour des raisons d'ordre organisationnel et sanitaire, les personnes hébergées à l'unité d'isolement n'ont pu être rencontrées¹.

EN RÉSUMÉ : MÉTHODOLOGIE

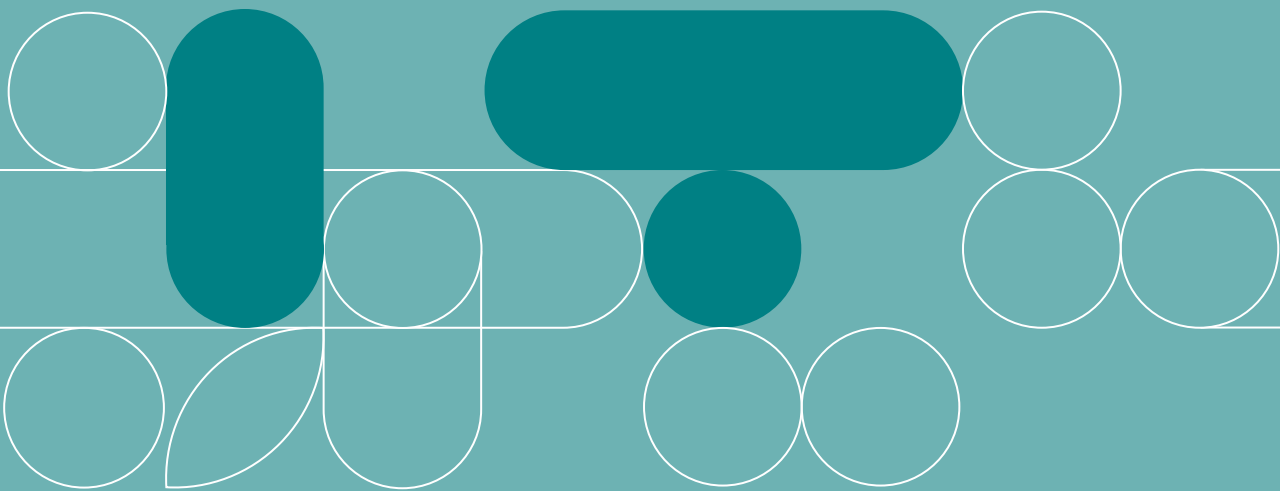
- Survol des écrits sur les interventions auprès des personnes en situation d'itinérance (PESI) durant la pandémie de COVID-19.
- Description du programme et du modèle logique.
- Présentation de données d'opération (caractéristiques de la clientèle, utilisation des services et durées de séjour).
- Entrevues individuelles et de groupe avec des parties prenantes (gestionnaires et professionnels).
- Analyse inspirée des dimensions et des construits proposés par Damschroder et al. (2009).

1 Voir la section [Forces et limites de l'étude](#).

CHAPITRE

2

Faits saillants de la recension des écrits



FAITS SAILLANTS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Une revue de type *rapid review* de la littérature scientifique et de la littérature grise a été menée parallèlement au projet de documentation de l'initiative de l'unité d'isolement de l'ancien hôpital Royal Victoria. Cette revue avait pour objectif de documenter les initiatives d'isolement mises en place pour les PESI afin de faire face à la pandémie de COVID-19 dans le monde. Cette revue couvre la période allant d'avril 2020 à novembre 2020. Le choix de cette période visait à permettre l'intégration d'un maximum de références, alors que peu d'écrits scientifiques ont été publiés à ce sujet au début de la pandémie de COVID-19 en Occident. Enfin, les résultats présentés ici ne le sont qu'à titre indicatif et ne sauraient prétendre à l'exhaustivité.

La stratégie de recherche documentaire a permis de repérer dix articles scientifiques et neuf rapports ou présentations décrivant les composantes de programmes destinés aux PESI dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Dans certains cas, des résultats et des leçons et obstacles tirés des expériences sont aussi présentés. Les résultats des stratégies de recherche documentaire sont résumés à l'[annexe 6](#).

À partir des écrits recensés, le chapitre 2 propose un rapide tour d'horizon des initiatives repérées et de leurs composantes. Lorsqu'ils sont disponibles, les leçons et obstacles liés à ces initiatives sont également présentés.

2.1 Composantes des programmes destinés aux PESI dans le contexte de la pandémie de COVID-19

2.1.1 Objectifs

Dans le domaine de l'itinérance, les interventions destinées à faire face à la pandémie de COVID-19 qui ont été recensées sont principalement de deux types : 1) les initiatives visant l'isolement des personnes symptomatiques; et 2) les initiatives visant à faire respecter les ordonnances d'isolement. Ainsi, les interventions recensées ont pour objectifs spécifiques : 1) de permettre l'isolement des PESI symptomatiques ne nécessitant pas une hospitalisation; et 2) de permettre aux personnes ayant des difficultés avec le logement ou vivant en milieu ouvert (*congregate settings*) de respecter les règles de distanciation physique et d'isolement, le cas échéant.

2.1.2 Milieux

Les différentes interventions recensées présentent diverses formes et modalités. **Treize (n=13)** d'entre elles misent sur la création d'unités d'isolement au sein d'hôtels abandonnés en raison de la COVID-19 (Alameda County Health Care Services Agency, 2020; County of Los Angeles, 2020; County of Wellington et al., 2020; Keck, 2020 ; Kirby T., 2020; Komaromy et al., 2020; Los Angeles Homeless Services Authority, 2020; MacKenzie et al., 2020; NHS et al., 2020; O'Carroll et al., 2020; Ramirez-Cervantes et al., 2020; Seattle-King County Public Health, 2020; Svoboda et al., 2020). **Trois (n=3)** documents évoquent des unités d'isolement en milieu hospitalier ou dans des sites de soins temporaires (sites de soins non traditionnels) (Baggett et al., 2020; Gaeta et al., 2020; Komaromy et al., 2020). **Deux (n=2)** articles font référence à l'implantation d'un modèle de centre de convalescence (*medical respite*) au sein d'une école secondaire de la ville de New Haven, au Connecticut (Cunningham et al., 2020; Nash et al., 2020). Enfin, **un (n=1)** article recensé rapporte le développement d'une installation

d'isolement dans un stade municipal de la ville de Tshwane, en Afrique du Sud (Marcus et al., 2020)

2.1.3 Services offerts et approches d'intervention

Au vu des objectifs des programmes destinés aux PESI, le principal service offert demeure le logement sécuritaire et les repas aux personnes qui fréquentent ces différentes ressources. Les documents recensés permettent de noter que les initiatives mises en place en réponse à la pandémie proposent des services de dépistage rapide de la COVID-19, des espaces d'hébergement répondant aux impératifs d'isolement, un soutien médical et infirmier sur place, un accompagnement psychosocial, des services d'aide au logement ainsi que, parfois, des services de soins en santé mentale sur place ou par téléconsultation. Dans certains cas, on observe également une offre d'appareils de divertissement, de façon à permettre un séjour d'isolement agréable aux personnes qui fréquentent la ressource (Cunningham et al., 2020; Nash et al., 2020; Seattle-King County Public Health, 2020).

En ce qui concerne les approches d'intervention, notons d'emblée que l'ensemble des interventions recensées s'inscrivent dans une approche de santé publique visant à prévenir et réduire les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes marginalisées. En ce sens, les interventions repérées à l'issue de la recherche documentaire font partie d'un ensemble de mesures prises par les différentes juridictions pour répondre aux défis posés par la pandémie de COVID-19. Certains des documents réunis explicitent clairement l'adoption d'une approche de réduction des méfaits au sein de la ressource (Cunningham et al., 2020; Heimer et al., 2020; Komaromy et al., 2020; Marcus et al., 2020; Nash et al., 2020). Dans le même ordre d'idées, certaines initiatives se caractérisent également par l'adoption d'une approche d'intervention sensible aux traumatismes (*trauma-informed care*) (Cunningham et al., 2020; Nash et al., 2020).

2.1.4

Services en lien avec la consommation de SPA

Tel que noté plus haut, certaines interventions repérées se présentent clairement comme s'inscrivant dans une approche de réduction des méfaits. Cette approche se manifeste notamment par une tolérance à la consommation de SPA au sein de la ressource. De la même manière, on note dans ces initiatives l'existence d'un ensemble de services en lien avec les troubles liés à l'utilisation de substances (TUS), plus spécifiquement les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (TUO). Quelques initiatives offrent ainsi la possibilité d'amorcer un traitement par agonistes opioïdes (TAO) à l'aide de buprénorphine-naloxone au sein même de la ressource (Cunningham et al., 2020; Komaromy et al., 2020; Nash et al., 2020; Seattle-King County Public Health, 2020).

De même, certains programmes permettent également aux personnes ayant un TUO de poursuivre leur traitement au sein de la ressource en se faisant livrer leur médication (méthadone) pour la durée de leur séjour d'isolement. Toujours en lien avec les services liés à la consommation de SPA, certaines initiatives repérées permettent la prescription de stimulants et de benzodiazépines, et fournissent les cigarettes pour limiter les envies impérieuses de consommer (*cravings*) et ainsi limiter les sorties et les risques de départs avant la fin de la période d'isolement (Alameda County Health Care Services Agency, 2020; Cunningham et al., 2020; Komaromy et al., 2020; Nash et al., 2020). Dans le même ordre d'idées, à l'instar des programmes décrits plus haut, un programme en Californie offre la possibilité de commencer un programme de gestion de l'alcool (*managed alcohol program*) au sein de la ressource d'hébergement (Alameda County Health Care Services Agency, 2020).

2.2

Principaux résultats et leçons tirés de l'évaluation des programmes destinés aux PESI dans le contexte de la pandémie de COVID-19

2.2.1

Indicateurs

Les documents recensés grâce à la stratégie de recherche documentaire rapportent en majorité des résultats descriptifs permettant de saisir les composantes des programmes ainsi qu'un certain nombre d'indicateurs liés à la performance de l'initiative décrite. Les principaux indicateurs utilisés qui sont rapportés dans ces documents s'articulent autour du nombre de personnes testées, du nombre de personnes isolées dans les installations ainsi que du type de liaison offerte vers les ressources externes lors du congé. Ce dernier élément apparaît incontournable pour de nombreuses initiatives, alors que la majorité d'entre elles mettent de l'avant l'objectif de rattacher les PESI à un hébergement plus permanent ou de les intégrer dans une trajectoire d'accès au logement une fois la période d'isolement terminée.

2.2.2

Facteurs facilitants et obstacles

Certains documents recensés rapportent également quelques leçons apprises au sujet de la mise en place des initiatives pour les PESI en lien avec la pandémie de COVID-19. Ainsi, parmi les facteurs qui ont pu faciliter l'atteinte des objectifs de ces initiatives, on note en premier lieu l'importance de la coordination des actions entre les différents collaborateurs (organismes communautaires, réseau de la santé et milieu municipal) (Baggett et al., 2020; Gaeta et al., 2020; Heimer et al., 2020; Keck, 2020; O'Carroll et al., 2020). Cet élément est particulièrement saillant dans le cas d'un projet d'implantation d'un centre de convalescence mené dans la ville de Québec qui a pu bénéficier de l'expertise d'une équipe de liaison récemment mise en place pour faire le lien entre le réseau institutionnel et les ressources communautaires de la ville (Keck, 2020).

Dans un autre ordre d'idées, on note l'importance de l'adoption d'une approche d'intervention et d'une prestation de services en réduction des méfaits pour l'atteinte des objectifs des initiatives mises en place (Heimer et al., 2020; Marcus et al., 2020; O'Carroll et al., 2020). Plus précisément, cela fait référence, d'une part, à une certaine tolérance à la consommation au sein des ressources et, d'autre part, à des services visant à poursuivre ou amorcer, au sein de la ressource, un traitement par agonistes opioïdes (TAO) dans le cas de personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO).

À l'inverse, le cas d'une unité de convalescence ouverte au sein d'un ancien hôpital de la région de Boston permet d'illustrer plusieurs difficultés d'implantation. D'abord, les auteurs de l'étude notent un certain inconfort de certains employés à adopter une

approche de réduction des méfaits (Komaromy et al., 2020). Ensuite, des obstacles semblent être apparus en lien avec la formation du personnel impliqué dans ce projet. Le fait qu'une proportion importante des membres du personnel ne possédait pas d'expérience en intervention auprès des PESI a notamment pu limiter la capacité de cette intervention à atteindre ses objectifs (Komaromy et al., 2020). Enfin, un dernier constat tiré de ce projet porte sur la difficulté de cette unité à répondre aux besoins des personnes ayant des troubles de santé mentale, qui se sont avérés plus nombreux que prévu (Komaromy et al., 2020). Dans la même veine, la gestion des troubles concomitants de santé mentale a aussi représenté un défi dans le cas de l'initiative de centre de convalescence à Québec (Keck, 2020).

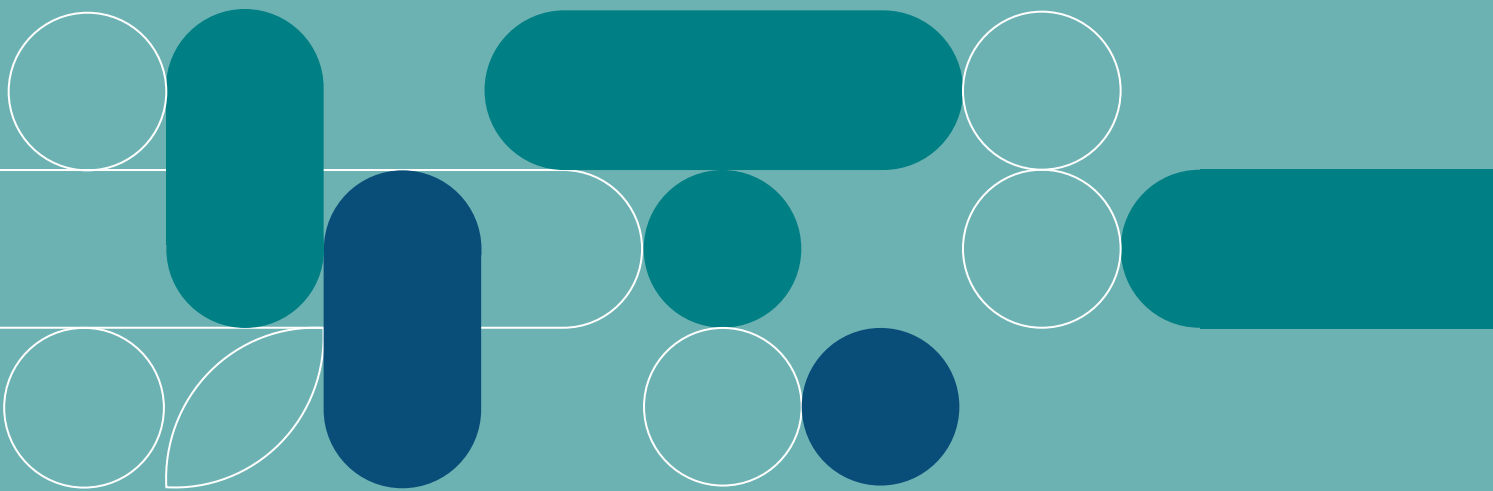
EN RÉSUMÉ : RECENSION DES ÉCRITS

- Les initiatives documentées visent à favoriser l'isolement des PESI ou leur respect de la distanciation physique.
- La majorité des initiatives documentées ont été mises en œuvre dans des hôtels.
- Les initiatives recensées proposent principalement des services d'hébergement, de repas, de dépistage de la COVID-19 ainsi que des soins psychosociaux et de santé.
- Les écrits recensés évoquent des interventions structurées en fonction d'une approche de santé publique et, dans certains cas, de réduction des méfaits avec une attention particulière aux besoins liés à la consommation de SPA.
- L'évaluation des initiatives s'articule autour d'indicateurs tels que : 1) le nombre de personnes testées; 2) le nombre de personnes isolées dans les installations; et 3) la mise en relation avec les services dans la communauté lors du congé.
- Les principaux facteurs facilitants évoqués sont : 1) la coordination entre les acteurs; et 2) l'approche de réduction des méfaits.
- Parmi les défis évoqués, soulignons le manque de formation ou d'expérience des professionnels auprès des PESI, ainsi que l'importance des troubles de santé mentale dans la clientèle.

CHAPITRE

3

Description de l'unité d'isolement



DESCRIPTION DE L'UNITÉ D'ISOLEMENT

Afin de déterminer les forces, les obstacles et les enjeux d'implantation d'un programme ou d'une initiative, il importe de documenter d'abord ses composantes. Le présent chapitre propose un historique de la mise en œuvre de l'unité d'isolement ainsi qu'un modèle logique accompagné d'une description détaillée de ses composantes (voir [Tableau 1](#)). Le modèle logique permet de « documenter le sens d'un programme grâce à la conceptualisation des liens entre les structures, les processus et les résultats » (Champagne et al., 2000). La consultation des documents initiaux de cette initiative a permis de faire ressortir les différentes composantes de ce projet.

3.1

Mandat de l'unité d'isolement itinérance COVID-19

D'abord, en consultant les documents initiaux de l'initiative, on note que le mandat de l'unité était à l'origine de « permettre l'hébergement, les soins et les services sociaux de base pour les PESI du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS CCSMTL) aux prises avec une infection prouvée à la COVID-19, afin qu'elles puissent bénéficier de la période requise d'isolement. Ainsi les personnes seront appelées à demeurer sur place tant qu'elles seront considérées contagieuses [...] » (Polflit et al., 2020). Cependant, les entrevues effectuées auprès des personnes impliquées dans ce projet révèlent que le mandat a rapidement été élargi afin d'intégrer les PESI en attente des résultats d'un test de dépistage du SRAS-CoV-2. De plus, dans certains cas, l'unité d'isolement a également accueilli des personnes provenant d'autres territoires que celui du CIUSSS CCSMTL.

Le modèle clinique proposé visait donc à fournir un domicile aux PESI afin qu'elles puissent répondre aux impératifs d'isolement de façon sécuritaire. Des soins et des services de base ont été offerts pour assurer la sécurité et le confort des personnes qui ont été hébergées durant leur période d'isolement liée à une infection à la COVID-19.

3.2

Clientèle cible de l'unité d'isolement

La clientèle ciblée pour l'unité d'isolement était les PESI du territoire du CIUSSS CCSMTL déclarées positives à la COVID-19 ou en attente des résultats d'un test de dépistage et qui présentaient une consommation de SPA ne permettant pas d'assurer un séjour sécuritaire en hôtel d'isolement. De plus, les personnes admises à l'unité d'isolement ne devaient pas présenter de conditions médicales nécessitant une hospitalisation.

3.2.1

Unité d'isolement : critères d'admissibilité et d'exclusion

Les personnes « sans domicile fixe » ayant un diagnostic de COVID-19 étaient admissibles à l'unité d'isolement. Pour être considérée « sans domicile fixe », une personne devait présenter l'une des caractéristiques suivantes :

- Dort habituellement dehors ou dans les refuges d'urgence (ex. : Old Brewery Mission, Patricia-McKenzie, Mission Bon Accueil, Maison du Père)
- Se retrouve à la rue en raison d'un soupçon de statut positif de COVID-19 (ex. : travailleuse du sexe qui dort habituellement chez un client)

Les personnes qui présentaient les caractéristiques suivantes ne sont pas admissibles à l'unité d'isolement :

- Avoir un domicile (incluant un appartement supervisé dans un refuge)
- Avoir une condition physique ou psychiatrique (incluant agitation et troubles de comportements sévères) nécessitant une hospitalisation
- Être touriste ou citoyen canadien de retour de voyage

3.3

Processus de référence vers l'unité d'isolement

Afin de faciliter les références des partenaires vers l'unité d'isolement ainsi que pour vérifier l'admissibilité des personnes référées, toutes les références ont été filtrées par téléphone.

3.3.1

Rôles et responsabilités lors d'une référence provenant d'un centre hospitalier

Le centre hospitalier qui effectuait une référence vers l'unité d'isolement était responsable de s'assurer de la stabilité de l'état de santé physique et psychiatrique

de la personne avant de demander un transfert en passant par la ligne téléphonique de l'unité d'isolement.

L'infirmière de l'unité d'isolement était responsable d'évaluer le dossier et d'organiser le transport.

Le centre hospitalier était responsable de faxer les éléments suivants à l'unité d'isolement :

- Sommaire du dossier
- Ordonnances de départ
- Feuille d'administration des médicaments du jour
- Signes vitaux du jour
- Consultations en spécialité pertinentes
- Examens complémentaires pertinents non disponibles au DSQ (échographique cardiaque, ECG, endoscopie, etc.)
- Rendez-vous de suivi prévus
- Besoins de suivis de laboratoire
- Réévaluation souhaitée par l'équipe de l'unité d'isolement

3.3.2

Rôles et responsabilités lors d'une référence provenant de la Direction régionale de santé publique

Lorsqu'elle recevait un résultat de test de COVID-19 positif pour une personne en situation d'itinérance, la Direction régionale de santé publique (DRSP) était responsable de retrouver cette personne. Après l'avoir retrouvée, la DRSP communiquait directement par téléphone avec l'unité d'isolement afin de lui transmettre les informations connues et demander un transfert.

L'infirmière de l'unité d'isolement avait la responsabilité d'évaluer le dossier et d'organiser le transport.

3.4

Ressources

Les ressources qui soutiennent le programme d'unité d'isolement sont présentées en fonction de quatre volets : 1) ressources financières; 2) ressources matérielles; 3) ressources humaines; 4) partenariats et collaboration.

3.4.1

Ressources financières

La mise en œuvre du programme a été rendue possible grâce aux sources de financement suivantes :

- ➔ Financement octroyé par le CIUSSS CCSMTL
- ➔ Subvention attribuée par la Fondation Santé Urbaine du CIUSSS CCSMTL
- ➔ Dons permettant d'assurer la fourniture de certains biens aux personnes hébergées (p. ex. : des vêtements)

3.4.2

Ressources matérielles

L'unité d'isolement a été implantée dans des locaux de l'ancien hôpital Royal Victoria prêtés par le Centre universitaire de santé McGill, plus précisément dans le pavillon Ross. Avant la pandémie de COVID-19, ces locaux étaient utilisés comme unité de débordement pour les refuges en itinérance pendant la saison hivernale.

De nombreuses ressources matérielles ont été déployées pour assurer le fonctionnement du programme, notamment des équipements de protection individuelle (EPI), du matériel informatique, du matériel médical et infirmier, du matériel de consommation stérile ainsi que des médicaments de base (livrés par la pharmacie de l'hôpital Notre-Dame) et des produits de consommation (alcool, tabac, livraison facilitée de cannabis par la Société québécoise du cannabis).

3.4.3

Ressources humaines

Plusieurs ressources humaines ont été mobilisées, soit des médecins, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des intervenants psychosociaux, des agents administratifs, des gestionnaires, des agents de sécurité et des préposés à l'hygiène et à la salubrité.

3.4.5

Partenariats et collaboration

Plusieurs partenariats institutionnels ont été développés pour la mise en œuvre du projet. Ils ont été établis entre la Direction santé mentale et dépendance (DSMD), la Direction des services généraux et partenariats urbains (DSGPU), la Direction régionale de santé publique (DRSP), tous du CIUSSS CCSMTL, ainsi que la Ville de Montréal. Des équipes possédant une expertise en prévention des infections et en soins infirmiers ont aussi été impliquées. Un psychiatre de l'équipe de psychiatrie urbaine a collaboré au programme, et un ergothérapeute a aussi été intégré à l'équipe en cours de projet pour répondre aux besoins de la clientèle. De plus, la contribution de personnel vétérinaire bénévole a permis la prise en charge des animaux de compagnie des personnes admises à l'unité d'isolement.

3.5

Objectifs, activités et service

Les infrastructures d'hébergement ainsi que les activités et services de l'unité avaient pour objectif principal de permettre l'isolement volontaire des PESI atteintes de la COVID-19 ou en attente de résultats. Cet objectif est sous-tendu par une volonté de 1) réduire le nombre de cas de COVID-19 en refuge et en communauté et 2) diminuer le nombre d'hospitalisations, les séjours en centres hospitaliers et les décès liés à la COVID-19. De plus, le séjour à l'unité représentait une occasion d'offrir des soins et des services aux PESI afin de contribuer à l'amélioration de leur situation biopsychosociale.

Pour favoriser la rétention des PESI pour toute la durée de leur séjour en isolement, une chambre était mise à leur disposition, ainsi que des services récréatifs (télévision, livres, jeux) et des ateliers. Toujours dans une perspective de rétention et de réponse à une diversité de besoins biopsychosociaux, des programmes de pharmacothérapie de remplacement², de gestion de la consommation (tabac, cannabis et

service wet pour l'alcool) et d'injection supervisée ont été mis sur pied. Une prise en charge des animaux de compagnie a également été proposée. De même, on y offrait un service de gestion de la prestation d'aide sociale pour la durée de l'hébergement au sein de l'unité d'isolement.

Pour favoriser l'amélioration de la situation biopsychosociale des PESI, des soins de santé physique et mentale (soins de plaies, dépistages des ITSS, gestion des symptômes de la COVID-19 et consultation spécialisée en santé mentale) ainsi que des services psychosociaux (préparation du congé, recherche de logement, arrimage avec les soins de santé et les services sociaux appropriés) ont été rendus disponibles à l'intérieur de l'unité d'isolement.

À moyen terme, les activités et les services proposés s'inscrivent dans une volonté de favoriser l'innovation et la continuité des soins grâce : 1) à la consolidation de nouveaux partenariats; 2) au décloisonnement des services en itinérance et en dépendance; et 3) à l'harmonisation de la trajectoire de soins et services pour la population cible.

EN RÉSUMÉ : DESCRIPTION DU PROGRAMME

- **Objectif** : Isolement volontaire, soins de santé et services sociaux de base pour les PESI avec une infection prouvée à la COVID-19 ou en attente d'un résultat.
- **Clientèle cible** : Les PESI sur le territoire du CIUSSS CCSMTL, positives à la COVID-19 ou en attente d'un résultat, dont la condition ne nécessite pas d'hospitalisation, mais pour lesquelles le séjour en hôtel d'isolement n'est pas sécuritaire.
- **Processus de référence** : Triage téléphonique.

2 « La pharmacothérapie de remplacement vise à remplacer les substances psychoactives (SPA) qui sont achetées sur le marché illicite par des substances pharmaceutiques dont le contenu est connu et stable. Elle n'a pas comme objectif premier de traiter un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS), bien que plusieurs des options thérapeutiques utilisées constituent les traitements conventionnels des TUS et continuent de représenter l'option à privilégier lorsque la personne utilisatrice de SPA y consent. La pharmacothérapie de remplacement s'appuie sur les principes de la réduction des méfaits et de l'approvisionnement sécuritaire (*safe supply*) et vise à réduire les risques de surdoses et à aider les personnes utilisatrices de SPA à respecter le confinement, à s'isoler et à observer une distance sociale sécuritaire pour atténuer les risques, à la fois pour elles-mêmes et pour les autres. » (Goyer, Hudon, Plessis-Bélair, et al., 2020)

TABLEAU 1

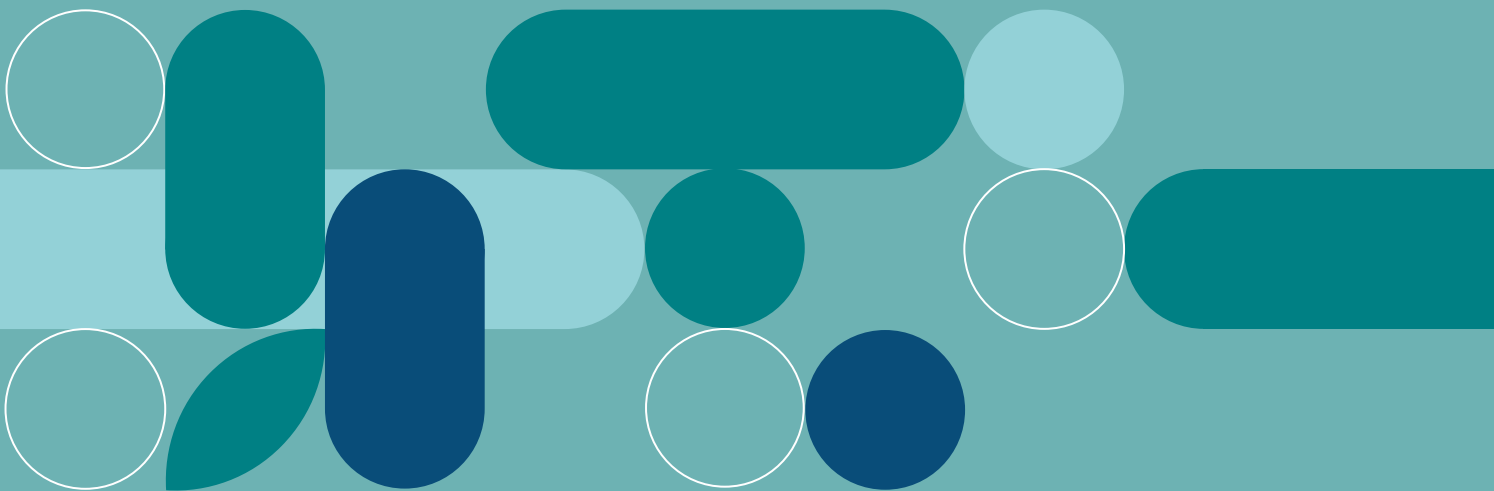
Modèle logique de l'unité d'isolement

Ressources	Activités et services	Objectifs/résultats court terme	Objectifs/résultats moyen terme
<p>Ressources financières</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget du CIUSSS • Subvention de la Fondation Santé Urbaine du CIUSSS • Dons <p>Ressources matérielles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Royal Victoria • Matériel médical • Matériel de consommation • Médicaments et substances • Matériel d'hébergement • Équipement de protection • Matériel informatique <p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Infirmières • Infirmières auxiliaires • Gestionnaires • Agents administratifs • Intervenants psychosociaux • Ergothérapeute • Agents de sécurité • Préposés hygiène salubrité <p>Partenariats et collaborations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directions CIUSSS • Direction services généraux et partenariats urbains • Direction régionale de SP • Ville de Montréal • Psychiatre de l'équipe de psychiatrie urbaine • Équipe référence PCI et DSI • Vétérinaires et bénévoles chenil 	<p>Hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chambre avec services adaptés aux besoins des personnes • Services récréatifs • TV, livres, jeux • Ateliers occupationnels <p>Soins et services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence médicale quotidienne • Soins infirmiers disponibles 24/7 • Consultation spécialisée en santé mentale • Soins de plaies • Dépistages des ITSS • Gestion des symptômes de COVID • Préparation du congé • Recherche de logement • Arrimage avec les soins et services • Injection supervisée et matériel stérile • Pharmacothérapie de remplacement • Services <i>wet</i> • Programme de gestion de la consommation • Soins des animaux • Transport vers l'unité d'isolement • Gestion de la prestation d'aide sociale 	<p>COVID-19</p> <p>Offrir un domicile aux personnes en situation d'itinérance (PESI) pour permettre leur isolement</p> <p>Isolement volontaire des PESI ayant un diagnostic de COVID-19 en refuge et en communauté (nombre de séjours)</p> <p>Réduction du nombre de cas de COVID-19 en refuge et en communauté (nombre de séjours)</p> <p>Diminution du nombre d'hospitalisations, des durées de séjour en CH et des décès liés à la COVID-19</p> <p>Soins généraux</p> <p>Amélioration de la situation biopsychosociale des individus (traitement des problèmes de santé courants, prévention des infections, démarches pour la stabilisation de l'hébergement)</p>	<p>Continuité des soins</p> <p>Consolidation de nouveaux partenariats entre acteurs du RSSS</p> <p>Décloisonnement des services en itinérance et dépendance</p> <p>Harmonisation de la trajectoire pour la population cible</p> <p>Innovation</p> <p>Évaluation d'un nouveau modèle d'hébergement à bas seuil en réduction des méfaits</p>

CHAPITRE

4

Description des données d'opération



DESCRIPTION DES DONNÉES D'OPÉRATION

Le **Tableau 2** présente les données d'opération compilées par les cliniciens de l'unité d'isolement et permettant de documenter un total de 77 séjours entre le 31 mars 2020 et le 12 juin 2020. Au total, 78 % des séjours ont été réalisés par des personnes avec un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 alors que les 22 % restants ont été admis à l'unité d'isolement en attente du résultat de leur test de dépistage.

La majorité des séjours ont été réalisés par des personnes âgées de 45 à 64 ans (58 %). Le deuxième groupe d'âge le plus représenté (25 %) a été constitué de personnes de 25 à 44 ans, suivi des 65 ans et plus (14 %). Seulement 3 % des séjours ont été effectués par des personnes de moins de 25 ans.

En ce qui a trait à la durée des séjours à l'unité d'isolement, 34 % des séjours ont duré de 1 à 7 jours, 49 % ont duré de 8 à 14 jours, 14 % ont duré de 15 à 21 jours et 3 % ont été d'une durée indéterminée (date de fin non spécifiée).

Des consultations psychiatriques ont été demandées pour 6 % des séjours de soins, et des consultations en ergothérapie ont été demandées pour 5 % des séjours de soins. Le programme de gestion du cannabis a été utilisé dans 4 % des séjours, la supervision de l'injec-

tion, dans 1 % des séjours, et le programme de gestion de l'alcool, dans 6 % des séjours. Des inductions pour un traitement par agonistes opioïdes ont été réalisées dans 4 % des séjours de soins à l'unité d'isolement.

Avant la référence vers l'unité d'isolement itinérance COVID-19, 43 % des personnes étaient dans un refuge (p. ex. : Armée du Salut, Maison du Père, etc.), 44 % étaient à la rue, et 13 % étaient de provenance inconnue. À la fin de leur séjour à l'unité d'isolement, 12 % des personnes sont retournées à la rue, 12 % sont retournés en appartement 13 % ont été orientées vers un centre hospitalier, 14 % se sont dirigées vers un hôtel de débordement, et 43 % sont retournées vers un refuge. Enfin, l'information concernant la destination au congé était manquante pour 6 % des personnes hébergées à l'unité d'isolement.

EN RÉSUMÉ : CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS

- La majorité des PESI accueillies à l'unité d'isolement avaient de 45 à 64 ans.
- Les services spécialisés (psychiatrie, ergothérapie, gestion de la consommation) ont été utilisés par une minorité des PESI accueillies.
- À leur admission à l'unité, 44 % des PESI accueillies provenaient de la rue. Au moment de leur congé, 12 % sont retournées à la rue.

TABLEAU 2

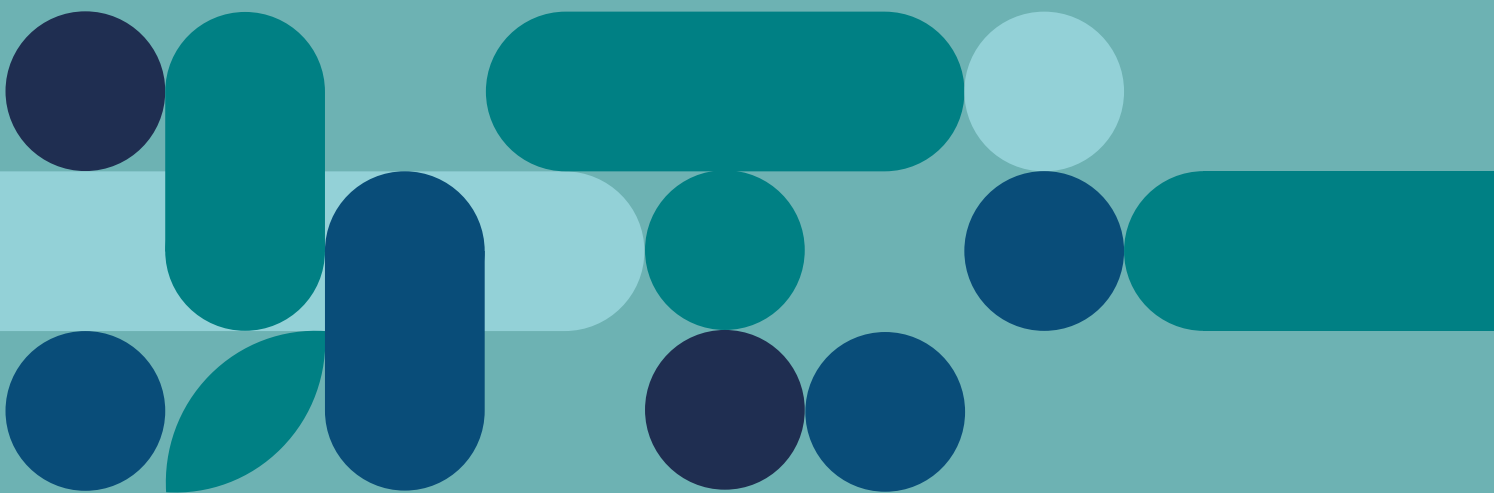
Caractéristiques des épisodes de soins à l'unité d'isolement

Caractéristiques des épisodes de soins		n=77 épisodes
Résultat COVID positif		60 (78 %)
Âge des patients	Moins de 25 ans	2 (3 %)
	De 25 à 44 ans	19 (25 %)
	De 45 à 64 ans	45 (58 %)
	65 ans et +	11 (14 %)
Durée de séjour	De 1 à 7 jours	26 (34 %)
	De 8 à 14 jours	38 (49 %)
	De 15 à 21 jours	11 (14 %)
	Durée indéterminée	2 (3 %)
Demandes de consultation psychiatrique		5 (6 %)
Demandes de consultation en ergothérapie		4 (5 %)
Programme de gestion du cannabis		3 (4 %)
Supervision de l'injection		1 (1 %)
Programme de gestion de l'alcool		5 (6 %)
Induction TAO		3 (4 %)
Milieu de vie avant la référence	Ressource d'hébergement (p. ex. : Armée du Salut, Maison du Père, etc.)	33 (43 %)
	Rue	34 (44 %)
	Autres/Ne sait pas	10 (13 %)
Destination au congé	Ressource d'hébergement-refuge	33 (43 %)
	Hôtel de débordement	11 (14 %)
	Centre hospitalier	10 (13 %)
	Appartement (avec ami, conjoint ou famille)	9 (12 %)
	Rue	9 (12 %)
	Autres (fugue, à déterminer)	5 (6 %)

CHAPITRE

5

Perspectives des cliniciens et des gestionnaires



PERSPECTIVES DES CLINIENS ET DES GESTIONNAIRES

Neuf entrevues individuelles et quatre entrevues de groupe ont été réalisées afin de documenter la perspective des cliniciens et des gestionnaires au sujet des forces, des obstacles et des enjeux d'implantation de l'unité d'isolement.

Les entrevues individuelles (n=9) ont été effectuées auprès d'informateurs clés qui ont occupé des rôles de gestion et de leadership dans le projet d'implantation de l'unité d'isolement à l'ancien hôpital Royal Victoria.

Quatre entrevues de groupe ont été réalisées, réunissant respectivement : 1) les intervenants psychosociaux (jour) (n=4); 2) les intervenants psychosociaux (soir-nuit) (n=3); 3) les infirmières (n=6); et 4) les médecins (n=4). Notons également qu'un cinquième groupe professionnel devait passer une entrevue de groupe, à savoir les agents administratifs. Cependant, une seule personne a pu être interviewée pour cette catégorie d'emploi. Cette rencontre a néanmoins été animée à l'aide du canevas d'entrevue de groupe.

Le présent chapitre met en relief la perspective des principaux acteurs à l'aide de construits et de catégories d'analyse inspirés du cadre théorique de Damschroder et al. (2009). À titre de rappel, les résultats sont présentés en fonction de cinq domaines d'analyse : 1) les caractéristiques de l'intervention; 2) le contexte interne de l'intervention; 3) le contexte externe de l'intervention; 4) les pratiques professionnelles; 5) les retombées perçues du projet.

5.1

Perspectives sur les caractéristiques de l'intervention

Les entrevues individuelles et de groupe réalisées auprès des gestionnaires et des cliniciens impliqués dans le projet illustrent la nature complexe de l'intervention, ses caractéristiques de base ainsi que les ajustements apportés à l'intervention en cours d'implantation. Les caractéristiques de l'intervention se reflètent principalement dans le mandat, les philosophies d'intervention, les services de gestion de la consommation et les lieux physiques où se déroule l'intervention.

5.1.1

Évolution du mandat de l'unité d'isolement

Dans la conception initiale du projet, le mandat de l'unité était de permettre l'isolement de PESI avec un diagnostic de COVID-19.

« On veut un lieu qui devient le chez-soi des personnes itinérantes COVID positif. C'est ça qu'on a dit. On n'a jamais mis de l'avant qu'on créait un lieu "hospitalier" ou "médicalisé" pour cette clientèle. Ce n'était pas ça qui était souhaité ou mis de l'avant, ou en tout cas. » (Gestionnaire 7)

« [...] les moyens qu'on avait, c'était une présence médicale qui permettait justement de faire de la gestion de sevrage au besoin, d'arriver avec des infirmières pour augmenter la sécurité et d'avoir un vécu partagé ou un vécu psychosocial quand même intéressant, étant donné qu'on pouvait avoir un potentiel jusqu'à 45 [PESI en isolement]. Mais le mandat principal était vraiment d'offrir un milieu sécuritaire pour la clientèle itinérante avec une problématique de dépendance avec le COVID positif. [...] C'est ça, et le mandat, c'était ça : de leur permettre d'être attrayants – pour qu'ils acceptent de venir et d'avoir quelque chose d'intéressant pour eux. » (Gestionnaire 3)

Or, plusieurs répondants évoquent l'évolution du mandat au cours du déroulement de l'initiative. L'un d'entre eux mentionne que le mandat a évolué vers l'ouverture aux PESI en attente de résultats, bien que

le mandat initial ciblait seulement les PESI avec un diagnostic de COVID-19.

« Ce que j'avais compris et qui était dans ma tête, c'est que notre mandat, c'était : un lieu d'isolement pour les personnes sans domicile fixe atteintes de la COVID, mais qui n'ont pas de critères hospitaliers. [...] et il s'est mis à y avoir un autre petit bras que les gens en attente de résultat COVID, mais qui ne peuvent pas être isolés dans les hôtels nolisés par la Ville parce qu'ils ont des enjeux de santé physique, surtout de dépendance et de sevrage. »
(Gestionnaire-clinicien 4)

5.1.2

Philosophies d'intervention

En matière de philosophie et d'approche d'intervention, deux thèmes émergent : 1) la tension entre l'approche « milieu de vie » et l'approche « médicale »; 2) l'adhésion commune à une approche d'intervention ancrée dans la réduction des méfaits.

5.1.2.1

Tension entre « milieu de vie » et « interventionnisme médical »

Plusieurs répondants évoquent une tension entre la volonté initiale d'offrir un milieu de vie et les possibilités d'interventions dans l'intérêt de la PESI rendues possibles par l'isolement. En d'autres mots, l'isolement obligatoire d'une durée habituelle de 14 jours dans un lieu comprenant des ressources médicales et psychosociales représentait pour plusieurs cliniciens impliqués une occasion rare de pouvoir investiguer et offrir des soins et services.

« [...] C'était tellement riche en observations et en opportunités d'interventions pour améliorer la dignité et la condition de vie de ces gens-là [...] On n'est pas des médecins full interventionnistes, mais on n'est pas capables de laisser un monsieur complètement dément retourner dans la rue. C'est contre toutes nos éthiques de travail, COVID, pas COVID! » (Gestionnaire-clinicien 4)

« On a 14 jours où ils peuvent être avec nous, où on peut créer un lien, où on peut adresser certaines problématiques qui auraient peut-être pu ou dû être adressées au cours des dernières semaines ou des derniers mois. Oui, ç'a amené peut-être une certaine dichotomie entre la vision de certains intervenants psychosociaux et la vision plus clinique ou médicale [...] et pour moi, ce n'est pas négatif qu'on ait dû avoir ce dilemme entre les deux visions. [...] À partir du moment où les médecins sont là, ils ont un travail à faire, et je pense qu'ils ont fait beaucoup d'enseignements auprès de nos différentes personnes, différentes équipes, ce qui a changé ou teinté la vision de nos intervenants face aux clientèles vulnérables et ce qu'on peut faire avec elles au niveau de la dépendance. » (Gestionnaire 7)

« Je dirais aussi qu'il y avait une préoccupation qui avait été nommée dès la journée de formation : c'était l'équilibre psychosocial/médical. Donc, ça, c'était un élément qui était quand même assez peu défini clairement et qui, dans certains cas, pouvait susciter un peu des interrogations sur "quel est l'équilibre entre un milieu de vie et un milieu plus hospitalier, etc.", et ça, c'était un peu flou au début; bon, ça l'a été pas mal tout le long, mais dès le début, ç'a été difficile à équilibrer. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Je pense que c'était notre vœu pieux, on se disait que c'est une bonne idée, mais en même temps, on se connaît, on se le disait, les médecins, qu'il allait falloir se checker, puis pas trop être interventionnistes, qu'on allait voir plein de choses qu'on allait avoir envie de régler, parce qu'on est fait de même, et qu'il allait falloir se calmer. » (Entrevue de groupe, médecins)

La tension entre le mandat de base (isolement dans un milieu de vie) et les possibilités d'intervention apparaît aussi dans les extraits suivants. D'abord, cette tension est nommée explicitement par l'une des infirmières interrogées. De la même manière, une gestionnaire explique que l'équipement disponible et même le nom de l'unité d'isolement étaient en dissonance avec la mission « milieu de vie ».

« Et puis, effectivement, rendu là, je me sentais plus en milieu hospitalier que milieu de vie. C'était pas vraiment ce que je m'attendais, mais on s'est adaptés. » (Entrevue de groupe, infirmières)

« On était vraiment bien, bien équipés, on aurait même pu faire du dépistage COVID. On avait vraiment, vraiment tout. On avait des corridors pour les laboratoires aussi, tout ça. Ça faisait comme si on voulait reproduire du domicile, mais en ayant toutes les facilités d'un milieu de soins actifs. [...] Peut-être d'avoir un set-up plus en lien avec l'offre qu'on veut donner, ç'aurait créé moins d'ambiguïté ou moins de questions existentielles. [...] Le fait aussi de s'appeler "l'unité de l'ancien hôpital Royal Victoria", je pense que ç'a pu créer des attentes. Les gens associaient et retenaient beaucoup le mot "hôpital Royal Victoria", alors que nous, on voulait reproduire le domicile. » (Gestionnaire 5)

Pour l'un des répondants, la tension se résout grâce à une approche graduelle dans la prestation de soins, dans une perspective de milieu de vie.

« On serait dans un soutien psychosocial ou dans un accompagnement simplement. L'idée d'un milieu de vie, ce n'est pas qu'on ne donne aucun soin, c'est juste qu'on y va graduellement dans l'intensité des soins qu'on veut donner – fait que c'est sûr que l'infirmière avait aussi ses soins à donner, sa pertinence [...] On les accompagne le temps qu'ils sont là, on s'assure aussi qu'à la sortie, il y a quelque chose qui pourrait être fait... une prise en charge... s'assurer qu'il y a un médecin qui pourrait être là s'il y a besoin [...] » (Gestionnaire-clinicien 8)

5.1.2.2

Approche de réduction des méfaits, vécu partagé et accompagnement individualisé

Plusieurs répondants soulignent que la réduction des méfaits est au cœur de l'offre de services de l'unité d'isolement.

« [...] De les prendre avec leur projet de vie. Si tu as envie d'arrêter, on peut t'offrir d'arrêter, mais si tu as juste pas envie et que tu veux pouvoir continuer de t'intoxiquer un petit peu pour X, Y raisons, on peut aussi te permettre de le faire. C'était très enrichissant, très satisfaisant de pouvoir faire ça. » (Gestionnaire-clinicien 8)

D'autres notent qu'afin d'être cohérent avec le mandat — qui était d'offrir un milieu de vie —, le personnel a notamment misé sur le vécu partagé. Le vécu partagé consiste à assurer une présence constante du personnel dans le milieu de vie, ce qui permet de répondre rapidement aux besoins des personnes et de développer une alliance thérapeutique bénéfique pour le reste du séjour.

« On essayait vraiment de se caler au rythme de chacun. C'est sûr que ça représente des enjeux, ça prend du temps et du personnel, mais l'avantage c'est qu'on avait beaucoup d'intervenants qui étaient disponibles. C'est quelque chose sur lequel notre chef a beaucoup milité : la présence à l'événement, d'être présent dans le corridor, de se montrer disponible en tout temps pour nos usagers, qu'ils puissent venir nous parler, discuter. » (Gestionnaire 5)

Plusieurs répondants abondent dans le même sens, évoquant la logique d'accompagnement dans une perspective de milieu de vie.

« On parlait beaucoup dans ma formation [en psychoéducation] de "vécu éducatif partagé", puis d'utiliser les moments de vie informels pour faire... en fait, pour agir en psychoéducation. Les moments informels, on n'en vit jamais quand on fait de la clinique comme ça : on fait venir quelqu'un à l'extérieur de son milieu pour qu'il vienne dans notre milieu, puis après ça, on a une relation professionnelle avec. Là, on les avait dans leur vécu informel, au sens où ils mangeaient, ils dessinaient, ils allaient fumer à l'extérieur; on avait accès à tout ça, c'était très riche,

on les voyait interagir ensemble. Moi, ça m'a ramené un peu au sens de mon travail, au sens de ma formation et à ce pour quoi j'avais décidé d'aller dans ce domaine-là. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« C'était une belle expérience de ce qui était le bas seuil, l'accueil un peu inconditionnel... d'être plus à l'écoute, plutôt que dans l'action. [...] On est beaucoup dans l'écoute de ce que lui a à nous dire, plutôt que ce que nous, on a à lui dire. » (Entrevue de groupe, intervenants)

De la même manière, un gestionnaire mentionne que l'adaptation au rythme de chacun a contribué à faire accepter l'isolement aux personnes référées à l'unité.

« [...] Rendre le lieu le plus accueillant possible avec, aussi, le moins de règles strictes possible; il n'y avait pas d'heure de dîner, il n'y avait pas d'heure où on donnait ou pour venir chercher la médication. On essayait vraiment de se caler au rythme de chacun. » (Gestionnaire-clinicien 8)

En cohérence avec la philosophie de l'unité d'isolement, un code de vie peu contraignant était présenté aux PESI à l'admission dans l'unité (voir [annexe 7](#)).

« C'est une des premières affaires qu'on leur présentait, mais je ne sais pas si vous l'avez en document ou que vous avez accès à ce document, mais ça reste du gros bon sens! [...] C'était plus mollo. En fait, beaucoup de gens étaient surpris. C'était des balises nécessaires, c'était du gros bon sens, du respect, on ne se crie pas après et on ne se frappe pas sur la gueule, mais après ça... ce n'était pas terrible non plus, il n'y avait pas de règlements extrêmement stricts. » (Gestionnaire-clinicien 8)

En somme, les répondants considèrent que l'unité d'isolement a permis de mettre en œuvre des approches individualisées, une prise en charge globale et respectueuse du rythme et des besoins de chacun. Tel que noté dans les extraits ci-dessous, l'unité d'isolement a permis de mettre en place une structure de services intégrés destinés aux PESI. Ce type d'offre de services intégrés s'apparente aux modèles d'organisation de services intégrés communément appelés « one stop shop » (Goyer, Hudon, Bell, et al., 2020).

Plus précisément, ce terme renvoie à une organisation de services où un ensemble de ressources sont disponibles dans un même emplacement géographique.

« [...] Il faut qu'on ait des one stop shops pour ces gens-là. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« Oui, c'est vrai, on a vraiment fait de la réduction des méfaits appliquée [...] ç'a été une réponse de crise, mais qui a permis d'être très, très collés aux besoins des personnes et, pour moi qui ai fait du bénévolat dans ma vie dans des refuges d'itinérants, d'avoir vraiment une réponse ou quelque chose de concret à offrir aux gens – autre qu'un soin –, que ce soit une expérience globale [...], mais au Royal Vic, quand même, avoir tout ça sur place, un peu comme un centre qu'on a visité à Vancouver, qui était très, très multiservice, c'est assez magique. » (Gestionnaire 5)

5.1.3

Services de gestion de la consommation et pharmacothérapie de remplacement

Plusieurs répondants soulignent que l'offre de services a été adaptée pour répondre aux besoins des personnes au cours de leur séjour dans l'unité d'isolement. Plus précisément, dans l'optique de pouvoir répondre aux besoins associés aux TUS et favoriser l'isolement volontaire des personnes, un ensemble de pratiques innovantes en dépendance a été intégré à l'offre de service de l'unité (programme de gestion de la consommation, pharmacothérapie de remplacement et salle d'injection supervisée). À cet égard, l'un des gestionnaires interrogés considère que les services de gestion de la consommation et de pharmacothérapie de remplacement ont été rendus possibles par plusieurs années d'expériences et d'initiatives mises sur pied dans les domaines de la dépendance et de l'itinérance au sein des équipes du CIUSSS CCSMTL. D'ailleurs, certains gestionnaires estiment que l'unité d'isolement a représenté une sorte de milieu à l'intérieur duquel les professionnels ont pu mettre à profit des services innovants ainsi que des pratiques non formalisées. L'un d'entre eux juge que ce changement de paradigme permet d'amener la relation d'aide à un autre niveau, comme en témoigne l'extrait suivant :

« C'était comme l'opportunité de mettre tout ensemble ce qu'on a travaillé dans les dernières années de façon disparate : du TAO, de l'injection supervisée, du wet, de l'itinérance, de la santé physique, de la psychiatrie urbaine. » (Gestionnaire 6)

« Ça permet vraiment, humainement, d'accueillir les gens dans ce qu'ils sont, et ça, ça change le paradigme de l'après ou de la question de la consommation, qu'on est plus habitués de faire. De fournir de manière sécuritaire, en présence d'un intervenant, des opioïdes ou une bière, bien, ça génère vraiment d'autres choses. On passe à un autre mode de relation, on n'est plus sur le traitement de la dépendance, on est sur l'accompagnement de la personne dans ce qu'elle vit, fait qu'on est beaucoup plus à même d'adresser des souffrances, je pense. » (Gestionnaire-clinicien 9)

5.1.3.1

Tabac et cannabis

Un gestionnaire raconte comment le tabac était fourni aux personnes hébergées, et que celles-ci étaient accompagnées à l'extérieur toutes les heures pour fumer. Il précise que tous les plans étaient individualisés afin de répondre aux besoins des personnes. La gestion du cannabis a représenté un enjeu au début de l'implantation, mais des balises ont été établies pour assurer la gestion du cannabis apporté par les personnes hébergées et pour faciliter les livraisons par la Société québécoise du cannabis (SQDC).

« [...] Il fallait qu'on descende les gars fumer aux heures, on leur fournissait le tabac, fait que toutes les heures on les descendait pour une cigarette, disponible 24/7. [...] Selon la rencontre avec le médecin, mais surtout pour nous médico-légalement se protéger, on a permis à des usagers de commander du cannabis à la SQDC. [...] Mais il y a des gens qui arrivaient avec leur cannabis à eux, et ils pouvaient continuer à y avoir accès. Il y a eu des prescriptions de [...] THC, aussi, pour certaines personnes qui pouvaient présenter des risques de sevrage au THC. C'est très inconfortable, ce n'est pas mortel, mais ça reste quand même très désagréable, fait qu'on va s'assurer qu'elle soit confortable. » (Gestionnaire-clinicien 9)

5.1.3.2

Alcool : service wet

Un programme de gestion de l'alcool, aussi appelé service wet, a également été implanté au sein de l'unité d'isolement afin de répondre aux risques potentiels du sevrage d'alcool que couraient certaines des personnes accueillies au sein de la ressource. Concernant l'implantation de ce programme, certains répondants rapportent avoir eu des craintes au départ. Toutefois, plusieurs d'entre eux évoquent le bilan positif de la mesure. Ainsi, un répondant mentionne que tout ce qui entourait les protocoles du service wet s'est bien déroulé. Plusieurs considèrent que le programme a permis d'apaiser les personnes qui en ont bénéficié, de favoriser leur rétention volontaire dans l'unité d'isolement et de faciliter la gestion du groupe.

« Donc, on a offert les services du wet. C'est de la distribution sécuritaire d'alcool, encadrée par l'infirmière. Ça prenait toute une évaluation, des critères d'inclusion, d'exclusion, et ensuite une évaluation de l'infirmière chaque fois. [...] On l'a vécu réellement avec deux patients qui sont restés pour leur "quatorzaine" et quelques usagers qui étaient en attente de résultats, mais vu que leurs résultats étaient négatifs, ils sont repartis assez rapidement. » (Gestionnaire-clinicien 8)

« Ultimement, ce gars-là, il est resté avec nous, et il n'aurait jamais adhéré à un hébergement, nulle part. Soit, il serait tombé en sevrage et il serait parti, l'organisme n'aurait pas été capable de tolérer "sécuritairement" [...] En étant capable d'accoter sa consommation et de le rendre confortable, on avait accès à plein d'autres affaires. » (Gestionnaire 6)

« [...] un protocole wet, c'est un protocole pour ne pas que les gens tombent malades, ce n'est pas un protocole pour qu'ils fassent le party. Ce n'est pas un bar ouvert à la consommation d'alcool, ce n'est pas un bar ouvert à la consommation de pilule, c'est une façon de t'assurer que les gens sont confortables, qu'ils se sentent accueillis, pas jugés dans ce qu'ils vivent. » (Gestionnaire-clinicien 9)

« Puis, par rapport aux peurs, aux appréhensions, j'avoue que j'appréhendais un peu le wet, parce que personne n'avait jamais fait ça. J'appréhendais un peu les services wet, mais c'est cool, ça s'est super bien passé. Effecti-

vement, la force qu'on avait, c'est d'être un groupe. »
(Entrevue de groupe, médecins)

« Ça permettait un milieu safe, un milieu où il y a de la flexibilité, de l'ouverture. Au contraire, ça provoque pas d'agressivité, ça amène un certain calme. » (Entrevue de groupe, médecins)

5.1.3.3

Pharmacothérapie de remplacement aux opioïdes et injection supervisée

Un gestionnaire raconte comment une personne a bénéficié d'une prescription de comprimés d'hydromorphone et d'une salle de consommation pour s'injecter. Il rapporte que cette personne ne serait pas restée en isolement si elle n'avait pas eu accès à ces services et souligne qu'elle a profité de son séjour pour « prendre un break et raccrocher à son traitement par agonistes opioïdes ».

« On a eu le safe supply d'opioïdes qu'on a vécu avec un usager. La pharmacie nous a servi du Dilaudid injectable qu'il a pu... il a préféré les comprimés finalement, parce que son rituel, ça lui prenait des comprimés écrasés. En tout cas, on a pu vivre ça avec lui, on avait mis en place une salle pour l'injection sécuritaire avec un accompagnement, soit un infirmier, soit un intervenant pour l'injection. » (Gestionnaire-clinicien 8)

Un autre gestionnaire ajoute que la pharmacothérapie de remplacement aux opioïdes peut avoir des effets importants sur les services qui sont rendus aux personnes qui en bénéficient et, ultimement, sur la possibilité de remettre les personnes en lien avec les services offerts par le réseau traditionnel de soins.

« [...] on savait exactement quel narco il prenait, quelle quantité, comment. On a réussi à travailler sur sa technique d'injection, faire de l'éducation là-dessus [...] "Qu'est-ce que tu penserais d'essayer la méthadone, la suboxone, whatever?" "Ah ouin, peut-être." Là, on générerait quelque chose qui, au niveau de la santé long terme, une vision long terme serait beaucoup plus intéressante à mon sens, et ça, c'est un gain qu'on a fait. »
(Gestionnaire-clinicien 9)

5.1.4

Clientèle desservie

Plusieurs répondants évoquent une clientèle un peu différente de celle qui avait été anticipée. Certains rapportent qu'au début, la clientèle était majoritairement masculine, âgée et liée aux grands refuges pour PESI. Cela s'explique notamment par le fait que plusieurs résidents d'un centre d'hébergement pour PESI ont été accueillis à la suite d'une éclosion de COVID-19 au sein de la ressource d'hébergement. Dans un second temps, la clientèle a été constituée de personnes plus jeunes, également liées aux grands refuges. D'autres remarquent que la majorité des personnes accueillies dans l'unité d'isolement présentaient un important historique de situation d'itinérance, sans toutefois représenter des enjeux importants de consommation de SPA.

« C'est vraiment un profil différent de ce qu'on aurait pu imaginer au départ. Au départ, on s'attendait vraiment à avoir un profil très "Relais", très "clinique itinérance", très "Cactus Montréal et compagnie, Spectre de rue" et tout. Et rapidement, on s'est rendu compte que c'était beaucoup plus des personnes SDF, mais plus âgées, qui ont peut-être leur santé plus à cœur, donc qui vont se faire dépister plus facilement aussi. Il y a eu une éclosion à [refuge de Montréal 1], à [refuge de Montréal 2], on a reçu des usagers parce qu'ils ne pouvaient pas les isoler comme il faut à [refuge de Montréal 1]. C'est des gens qui étaient "domiciliés", entre guillemets, mais dans les maisons d'une ressource en itinérance. On a eu beaucoup de personnes du [refuge de Montréal 3] aussi, qui sont hébergées de manière assez temporaire, même à moyen/long terme, mais qui a eu une éclosion, donc on en a reçu quelques-uns. On a eu beaucoup de personnes itinérantes plus âgées. » (Gestionnaire-clinicien 4)

« Au début, on a eu des "profils itinérance" plus que des gens qui venaient directement "de la rue". Je pense que le recul va nous permettre, peut-être, de mieux comprendre aussi le virus par rapport aux populations vulnérables. Le fait qu'on n'a pas pu les dépister – en tout cas, les gens qui étaient dans la rue comme tels – on a fonctionné en début d'éclosion par des milieux qui se fragilisaient, qui n'étaient pas en mesure d'offrir une unité chaude³, par

exemple, dans leur milieu. [...] Je retiens quand même une bonne proportion d'usagers d'un certain âge avec des problèmes de santé, mais pas nécessairement de gros problèmes de consommation. J'ai retrouvé quelques-uns des usagers qu'on a régulièrement au STMU [service de toxicomanie et de médecine urbaine]. [...] Après ça, on a eu quand même une clientèle un petit peu plus jeune. [...] Pas toujours issue directement de la rue. » (Gestionnaire-clinicien 8)

« Ça montre quand même une adaptabilité aussi de l'offre de services, où on avait un critère, et puis que, finalement, on a pu desservir une clientèle plus large, à mon sens, qui a grandement bénéficié de ce plateau bas seuil, plateau technique bas seuil! » (Gestionnaire 5)

« On n'a pas atteint la cible initiale, à mon sens on l'a pas atteinte en termes de clientèle ciblée au départ, fait que ça devient difficile d'extrapoler cette expérience-là. La clientèle qu'on a eue, pour moi, était une clientèle où il y avait énormément de besoins, mais il y avait des besoins en géronto, il y avait des besoins en... t'sais, on était dans autre chose, on était dans un autre type de perspective de besoins de cette clientèle-là. Le nombre de clients qui auraient dû avoir des évals neuro-psy, où on voyait qu'il y avait des particularités, soit au niveau de l'autisme, du spectre du TSA, donc des gens marginalisés, mais avec des besoins géronto, neuro, neuro-divergents... santé mentale aussi. » (Entrevue de groupe, intervenants)

Un répondant souligne qu'il a été difficile de desservir les populations autochtones dans le cadre du projet d'unité d'isolement.

« Les populations autochtones sont, aussi, plus marginalisées [...] fait qu'on ne les retrouve pas dans les grands refuges, elles sont beaucoup plus isolées, mais en petits groupes, en bulles sociales isolées. On en a eu des PESI de Premières Nations à l'unité qui avaient des besoins différents au niveau de l'encadrement, de l'accompagnement psychosocial, mais le lien, qui était plus facile avec nos partenaires communautaires, était quand même plus complexe de par la barrière culturelle avec les partenaires autochtones. Ça a été un défi supplémentaire d'arrimage avec eux que, moi, je retire beaucoup de pistes d'amélioration de notre côté. » (Gestionnaire 6)

3 Le terme « unité chaude » fait référence aux unités, hospitalières ou d'isolement, dédiées aux personnes ayant contracté la COVID-19.

5.1.5

Trajectoire de services

Au moment de la conception du projet d'unité d'isolement, les instigatrices de l'initiative prévoient la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour les PESI, incluant le dépistage de la COVID-19 au sein de l'unité. L'une d'elles rapporte que l'initiative n'a pas pu être implantée de la manière envisagée à l'origine.

« On voulait être presque autosuffisants dans toute l'affaire [...] il pouvait y avoir du dépistage, de l'évaluation et de l'hébergement [...] Fait qu'on avait essayé d'avoir un tout-inclus où on pouvait répondre, soit de façon statutaire comme dans les gros refuges à gros débit, soit de façon ponctuelle dans les plus petits endroits, et d'avoir une espèce de garde téléphonique de soutien avec l'ensemble du continuum. Mais ça ne s'est pas passé comme ça. » (Gestionnaire-clinicien 2)

Un gestionnaire explique que, contrairement à ce qui avait été envisagé au départ, les tests de dépistage ont été réalisés à l'Hôtel-Dieu ou à la place des Festivals, et l'attente des résultats s'est passée dans un hôtel du centre-ville réquisitionné à cette fin. Les personnes recevant un résultat positif ou présentant des symptômes de sevrage importants pouvaient être dirigées vers l'unité d'isolement. Les personnes y étaient accueillies, et le matériel de consommation ainsi que les SPA étaient saisis afin d'être remis à la sortie. Le code de vie était présenté (voir [annexe 7](#)). Après la rencontre avec une infirmière pour organiser les soins nécessaires durant le séjour, l'équipe de l'unité pouvait s'assurer d'arrimer la personne à d'autres ressources pour un plan de sortie dans la communauté à la fin de son isolement. De même, d'autres spécialistes ont été sollicités au cours du développement et de la vie de l'unité d'isolement afin de permettre une meilleure réponse aux besoins des personnes fréquentant l'unité.

« C'est sûr qu'au niveau psychosocial, on a fait de la référence, on a eu des évaluations en ergothérapie par la psychiatrie urbaine, on a pu référer des usagers qui ont des services type suivis intensifs en itinérance et à PRISM⁴. » (Gestionnaire-clinicien 8)

Par ailleurs, des problèmes liés à la trajectoire sont évoqués par certains répondants interviewés. Ceux-ci expliquent que des personnes ne correspondant pas aux critères de l'unité y ont été référées par certains partenaires externes. À l'autre bout de la trajectoire, le retour vers les organismes communautaires après la période d'isolement a été une source d'inquiétude alimentée par des problèmes de communication, notamment en ce qui a trait aux exigences pour autoriser le congé des personnes hébergées. Enfin, pour l'un des répondants, les difficultés liées au congé mettent en relief le peu d'options disponibles pour les PESI, même en dehors du contexte de pandémie.

« Il y a eu beaucoup de difficultés pour donner congé à nos patients parce que les organismes communautaires ne voulaient pas les reprendre s'ils n'avaient pas des tests pour prouver qu'ils étaient négatifs, et la santé publique nous disait que ce n'est pas recommandé. Après, on a eu une directive différente de notre CIUSSS; fait qu'on s'est mis à faire des tests pour prouver qu'ils étaient négatifs au congé. Ça fait décompenser tout le monde, on ne pouvait plus donner congé à nos patients, fait qu'on a augmenté notre cohorte de patients, il a fallu refaire un petit meeting avec la santé publique. Tout ça a été vraiment un moment éprouvant. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« C'était difficile, surtout pour les plans de sortie, je trouve [...] Donc nous, des fois, on avait des usagers qu'on pouvait leur donner le congé, mais que la ressource, on devait – j'irais pas jusqu'à dire les supplier –, mais on a dû quelques fois remonter l'information plus haut pour dire : "Non, regardez là, ça c'est le protocole, vous devez les reprendre." » (Entrevue de groupe, intervenants)

« La réalité, quand on travaille en itinérance, malheureusement, c'est que souvent il y a très peu d'alternatives pour des personnes, même si elles présentent des problèmes ou des déficits au niveau cognitif; les structures à l'externe sont plutôt limitées de ce côté. » (Entrevue de groupe, infirmières)

4 Le programme de réaffiliation en santé mentale et itinérance (PRISM) est un programme de santé urbaine issu d'une collaboration entre la Mission Old Brewery et le CIUSSS du CCSMTL (Mission Old Brewery, 2020)

5.1.6

Lieux physiques et organisation physique

Plusieurs répondants évoquent la vétusté des locaux où a été implantée l'unité d'isolement. Certains se demandent si un bâtiment désaffecté aurait été jugé acceptable pour répondre aux besoins d'autres populations que les PESI.

« L'autre élément, c'est sûr que ce qui m'a frappé un peu, c'est quand on pense au Royal Victoria, dans l'optique de prendre un hôpital désaffecté. On a souligné certaines choses, autant au niveau de la qualité de l'air des employés, mais aussi de ceux qui étaient là comme usagers. Je pense que le niveau alimentaire aussi a été souligné. On peut se demander, si c'était pas une clientèle itinérante, si on aurait été dans les mêmes infrastructures. » (Entrevue de groupe, infirmières)

« Effectivement, [...] je trouve ça dommage que ce soit dans un hôpital fermé, désaffecté; effectivement, je trouve qu'il y a comme un petit peu de stigmatisation

envers... pas stigmatisation, mais t'sais... c'est dommage qu'on fasse ça juste parce qu'ils sont itinérants, on se permet de faire ça. » (Entrevue de groupe, infirmières)

En termes d'organisation physique de l'espace, la gestion de la zone « orange », destinée à accueillir les patients en attente d'un résultat de test de dépistage de la COVID-19, s'est avérée être un véritable obstacle pour le personnel impliqué dans le fonctionnement de l'unité d'isolement. En fin de compte, cette zone a été transformée en cours de projet en zone rouge, à l'instar du reste de l'unité d'isolement.

« On a été à un moment donné obligés de prendre les gens qui étaient en attente de réponse de COVID. À ce moment-là, moi, c'est la partie que j'ai trouvé le plus difficile de tous ces mois-là à Royal Vic : c'est d'avoir ces gens-là dans une zone orange qu'on savait très bien qu'elle n'était pas vraiment orange, elle était pas mal rouge. » (Entrevue de groupe, intervenants)

EN RÉSUMÉ : PERSPECTIVES SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION

Les répondants rapportent que le mandat de l'unité était de permettre l'isolement volontaire des PESI avec un diagnostic positif de COVID-19. L'initiative a adopté une approche de milieu de vie, de réduction des méfaits et d'accompagnement individualisé misant sur le vécu partagé. Un ensemble de services novateurs s'intégrant dans une logique d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*) a également été offert aux personnes hébergées ayant un TUS. Parmi ces services, notons des programmes de gestion de l'alcool, du cannabis et du tabac, ainsi que des protocoles de pharmacothérapie de remplacement et une salle d'injection supervisée.

Les propos des répondants reflètent la capacité d'adaptation et la tolérance à l'ambivalence dont ils ont dû faire preuve face au processus évolutif de mise en œuvre de l'initiative et au caractère novateur de certaines interventions. À la faveur de multiples ajustements, l'adhésion commune à des approches d'intervention partagées (i.e. réduction des méfaits, approche globale et individualisée) constitue un thème transversal dans le discours des répondants.

5.2

Perspectives sur le contexte interne de l'intervention

Les résultats de la collecte de données réalisée auprès des gestionnaires et des cliniciens impliqués dans le projet illustrent les rouages et les dynamiques liées au développement et à la mise en œuvre de l'intervention dans le contexte organisationnel interne du CIUSSS CCSMTL.

5.2.1

Coconstruction, gestion de proximité et mobilisation des équipes

Les gestionnaires interviewés considèrent que l'implantation de l'initiative s'inscrit dans une logique de coconstruction où les opinions et les idées des intervenants sont prises en considération afin d'améliorer l'initiative. L'un d'eux ajoute que la possibilité d'être créatif a contribué à la mobilisation des équipes dans le projet.

« C'est une réelle coconstruction qui s'est produite du début jusqu'à la fin. On était tellement pressés qu'on ne pouvait rien imposer parce qu'on avait trop d'inconnus. Il n'y a personne qui savait comment ç'allait marcher. On a toujours bien des balises, on ne perd pas nos acquis dans une situation comme ça, sauf qu'il faut développer de nouvelles façons, trouver de nouveaux termes. » (Gestionnaire-clinicien 9)

« Donc, vraiment, d'avoir des personnes clés comme telles dans la construction, et ensuite, dans la coconstruction, évidemment, le personnel qui a décidé ou a choisi d'être délégué à Royal Vic, c'était effectivement des gens très mobilisés et qui voulaient coconstruire quelque chose. On était vraiment tous là-dedans, c'était vraiment facile d'une certaine façon. » (Gestionnaire 5)

« Le luxe du temps et de la créativité nous rend plus performants. C'est beaucoup ce modèle qu'on a mis en place. Je pense que c'est ce qui a fait aussi qu'on a eu tant de volontaires [...] Mais ils étaient dedans, full contents. Il y a quelque chose à retenir "plus large" que l'offre de services cliniques et la COVID. Il y a quelque chose dans comment on aborde la construction de projet, la gestion

de projet, mais aussi la construction d'offre de services cliniques avec les équipes. » (Gestionnaire 6)

D'autres gestionnaires évoquent la gestion de proximité comme une stratégie pour favoriser la cohésion et la mobilisation des équipes dans le projet. La gestion de proximité renvoie à la présence sur le terrain et à la communication régulière.

« "Je ne demanderais rien à mes équipes que je ne ferais pas moi-même" – fait qu'il faut que tu sois là avec eux, il faut que tu puisses voir c'est quoi la gestion de l'unité, le climat de l'unité, un peu les gens qui sont là, comment ça se passe, et porter ça avec l'équipe. Plus tu es présent, plus tout le monde se met au diapason, et tu es capable de mieux. » (Gestionnaire 6)

« Il y avait quand même une certaine gestion de proximité, une connaissance aussi des enjeux au niveau du vécu là-bas, et j'avais déjà une idée claire de ce que je voulais. Ça, déjà, ça donnait des enlignements, et les gens se sentaient rassurés là-dessus. Le secret reste dans la gestion de proximité, j'ai l'impression; et d'avoir de la communication qui donnait du sens et d'essayer d'être créatif avec eux. » (Gestionnaire-clinicien 4)

« [...] On a mis en place aussi des réunions multi, chaque matin, très courtes, juste pour parler d'orientations et d'enjeux pressants. Ce n'est pas quelque chose qu'on a fait dès le début, mais on a appris de nos erreurs [...] Je dirais que ça s'est construit. » (Gestionnaire-clinicien 8)

Enfin, plusieurs gestionnaires interrogés considèrent que la coconstruction et la gestion de proximité ont permis de protéger les intervenants contre l'épuisement, en donnant un sens au travail à accomplir. Notons, toutefois, que la coconstruction est une thématique abordée exclusivement par les gestionnaires interrogés.

« Les intervenants ont beaucoup apprécié de vraiment sentir qu'ils étaient en coconstruction avec nous. Ils ont eu beaucoup d'input, on les a beaucoup écoutés, et ils ont eu plein de réponses que nous, on n'aurait pas pu penser. Ça aussi, ça a été protecteur et ça nous a permis d'avancer vite. [...] Quand les services font sens, sens clinique, mais aussi sens idéologique, on dirait que tout

Le monde embarque, tout le monde sait où on s'en va. On n'avait pas un fin détail du comment, mais on avait quand même une bonne compréhension du pourquoi on le faisait, et ça, ça aide à tolérer le flou, la fatigue, l'inconnu. On en a vu quand même de toutes les couleurs sur l'unité! » (Gestionnaire 6)

Un participant note toutefois que le projet aurait bénéficié de l'ajout d'un gestionnaire spécialisé dans les soins infirmiers.

5.2.2

Structures de communication entre les individus et les paliers hiérarchiques

Les gestionnaires rapportent que la communication au sein de l'unité était centrée autour de l'outil Teams de Microsoft et de réunions interquarts (l'unité d'isolement fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7). De même, de fréquentes réunions avaient lieu entre les leaders cliniques et les gestionnaires, de façon à faire « descendre » l'information vers les personnes constituant les équipes cliniques.

« [Les gestionnaires] avaient des caucus ensemble pour pouvoir redescendre l'information, mais c'est vraiment via le Teams, le clavardage et sur l'interquart que l'information transitait parce qu'on était dans une orientation ou une optique d'équipe 24/7, et c'est un peu la seule façon d'y arriver, que chacun puisse y contribuer à son niveau dans la circulation d'informations. »
(Gestionnaire 7)

Ainsi, à un niveau hiérarchique supérieur, un gestionnaire explique que la communication était fréquente entre les différentes cellules de crise du CIUSSS CCSMTL, ce qui permettait au directeur de faire passer ses messages et ses demandes pour pouvoir mieux soutenir les équipes cliniques déployées à l'unité d'isolement. De même, au cours de ces rencontres, l'une des instigatrices du projet avait son tour de parole, de sorte qu'elle pouvait soumettre ses idées et ses impressions sur les besoins et les obstacles rencontrés par l'équipe du Royal Victoria.

« Toute la période de crise, j'avais des appels très, très, très fréquents – aux trois jours. Au début, c'était presque de façon quotidienne, on était sur la ligne avec l'ensemble de mes gestionnaires et de mes cogestionnaires médicaux. Je leur donnais des informations associées au comité de direction qu'on avait ensemble, des orientations au CIUSSS ou, si on avait des problématiques particulières dans nos organisations de services, on en discutait ensemble, et ça, je pense que c'est une modalité qui a été très appréciée de la part des médecins et des gestionnaires : on faisait un survol rapide, mais même dans ces appels quotidiens, le contentieux était présent, les directions-conseils étaient présentes, les DSI, DSM, nos conseillères en soins, minimalement pour qu'on puisse avoir un point de contact et qu'on puisse suivre l'évolution de la situation. » (Gestionnaire 7)

Parmi les médecins et les infirmières, les répondants disent avoir apprécié l'ouverture et la proximité dans la communication informelle avec les gestionnaires.

« Je trouve qu'il y avait beaucoup de communication informelle, mais ça... c'était facile, on avait un accès facile avec les gestionnaires, soit dans le cadre de la porte, soit par texto, courriel. On avait des réponses quand même assez... en tout cas pour ma part, j'avais des réponses quand même assez rapidement. Puis, j'avais l'impression qu'ils prenaient en compte vraiment nos opinions. »
(Entrevue de groupe, infirmières)

« [...] mais surtout le Teams, j'ai trouvé que c'était un outil pertinent, puis vraiment intéressant pour une gestion globale d'un milieu comme ça, parce que de tout remonter aux mêmes gestionnaires aurait été particulièrement pénible. Ça aurait été overwhelming pour les personnes qui étaient en charge de devoir tout gérer ça. » (Entrevue de groupe, médecins)

« Avant la pandémie, des fois, les médecins, on avait des demandes, et c'était rarement – pas rarement, mais il y a des fois où, pour nous, c'était prioritaire, mais pas pour les gestionnaires... Mais là, toutes nos demandes étaient prioritaires! Fait que c'était vraiment, vraiment le fun! »
(Gestionnaire-clinicien 4)

À l'instar de la thématique de la coconstruction mentionnée ci-haut, l'expérience des structures de communication mises en place à l'unité d'isolement apparaît comme ayant été perçue et vécue différemment selon le groupe professionnel interrogé. On note en effet d'une part une appréciation positive des structures de communication chez les gestionnaires interrogés, et d'autre part, une appréciation négative chez les intervenants psychosociaux interrogés, qui semblent partager le sentiment d'avoir été exclus de ces structures.

À cet égard, plusieurs intervenants évoquent des obstacles à la communication. Certains mentionnent que la communication lors des interquarts représentait un défi et était difficile en raison des heures d'arrivée différentes des personnes.

« [...] Je trouvais que les changements de quart étaient vraiment peu propices à la communication, vu qu'il y avait des gens qui arrivaient aux demi-heures et d'autres qui partaient aux demi-heures. Donc, on n'était pas "toute l'équipe de jour rencontre l'équipe du soir lors du changement de quart", c'est "une personne arrive, une autre personne part". Donc, c'était très difficile pour la communication. Ça aidait pas du tout, du tout, cette façon de faire entre les changements de quart. »

(Entrevue de groupe, intervenants)

D'autres déplorent l'absence de réunions d'équipe réunissant l'ensemble du personnel, tous quarts confondus, pour faire le point sur les activités de l'unité. Toutefois, les gestionnaires interrogés mentionnent que la tenue de telles réunions réunissant l'ensemble du personnel a été limitée par des raisons logistiques et que l'instauration de leaders cliniques visait à pallier cette lacune dans la communication. Enfin, plusieurs intervenants psychosociaux regrettent de ne pas avoir été écoutés et de ne pas avoir reçu de rétroaction de la part des gestionnaires en place.

« [...] ben, il y a eu beaucoup de rabrouage ou de "c'est pas de vos affaires, on s'en occupe" ou "ça arrivera pas". Donc, il y a beaucoup de doléances qu'on a dû faire remonter qui ont pas eu de suite. » (Entrevue de groupe, intervenants)

Un répondant interrogé dit même avoir eu l'impression d'être muselé, notamment par l'établissement de canaux de communication dédiés (leaders cliniques), qui aurait limité sa possibilité d'apporter des idées novatrices directement aux oreilles des personnes prenant les décisions. Un autre évoque le manque d'écoute des gestionnaires.

« Ben en fait, ça s'est retrouvé un peu muselé, compte tenu qu'il y a une espèce de structure qui s'est mise en place [...] Tout ce qu'on exprimait devait passer à la fin par eux, sans savoir si vraiment c'était transmis. T'sais, si la personne était pas d'accord nécessairement avec ce qu'on lui amenait, on n'avait aucune idée si l'information était transmise ou pas. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Au début, on donnait de la nourriture aux usagers. Moi, j'étais gêné, comme mes collègues aussi [...] on donnait de la nourriture qui était périmée aux usagers, on donnait des sandwichs midi et soir, la même chose, puis les usagers s'en plaignaient, puis nous on essayait de faire remonter ça, puis il y avait pas d'écoute [...] Il y a aucune initiative qui a été prise par les gestionnaires qui ont fait le projet, ils ont été extrêmement... passifs dans les manières de trouver des solutions, et c'est pas parce que l'équipe leur a pas fait remonter des solutions. »

(Entrevue de groupe, infirmières)

Dès le début de l'initiative, certains professionnels ont souligné des lacunes de communication importantes concernant le rôle et l'objectif global de l'unité d'isolement. Plusieurs professionnels rapportent ainsi qu'ils ne « savaient pas dans quoi ils s'embarquaient ».

« Les préoccupations qu'on pouvait avoir étaient des préoccupations très basiques, c'est-à-dire : est-ce qu'on sait si on a de l'équipement, est-ce que les protocoles sont en place, est-ce qu'on s'en va dans quelque chose qui a été planifié, organisé, structuré au niveau de la santé-sécurité? Je pense que beaucoup de personnes avaient cette préoccupation-là. Moi, je l'avais aussi. »

(Entrevue de groupe, intervenants)

« Je pense qu'on s'attendait à beaucoup plus de précisions. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Puis, j'ai pas su grand-chose avant d'arriver. Je savais que c'était au Royal Victoria, que c'était la population sans domicile fixe, je savais que ça allait être un hébergement. Je ne savais pas tant dans quoi je m'embarquais. »
(Entrevue de groupe, infirmières)

Cet élément important met en lumière une nuance qu'il est nécessaire d'apporter en regard du volontariat mentionné par de nombreux gestionnaires interrogés. Comme on peut le noter dans les extraits ci-dessous, l'information limitée sur cette initiative en début de projet vient en quelque sorte nuancer le caractère volontaire et le principe de choix éclairé concernant l'implication dans ce projet.

« En fait, il était impossible d'être volontaire. C'est ce que j'avais écrit à mon chef à ce moment-là, parce qu'on nous demandait d'être volontaire sur quelque chose où, dès qu'on posait une question, on nous donnait zéro information. Bien qu'on a su par la suite que le projet était quand même plus élaboré que ce qui nous était dit, il y avait zéro, zéro information qui filtrait; fait que c'était difficile de se porter volontaire de façon "oui, j'ai envie de vivre l'expérience", parce que c'était opaque de ce côté-là. C'est probablement ça qui, au niveau du volontariat, était le plus difficile, parce que c'était un chèque en blanc, donc probablement que ma notion de volontariat aurait été différente si on avait transmis davantage l'information. J'aurais eu pas seulement un volontariat en termes personnels, mais j'aurais aussi probablement eu une adhésion plus grande au projet. » (Entrevue de groupe, intervenants)

De la même manière, certaines personnes interviewées ont mentionné avoir été placées devant une sorte de non-choix, en ce sens où elles étaient à risque d'être délestées dans d'autres milieux aux conditions difficiles, à savoir les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) :

« [...] Fait que ces gens-là étaient comme "tout pognés", et je pense qu'ils étaient beaucoup dans un mode "il faut que je sauve ma peau avant toute chose". On leur a dit : "On prend les gens volontaires, mais si vous n'êtes pas volontaires pour ça, bien, la deuxième vague, c'est qu'on envoie de force des gens en CHSLD", on avait des gens volontaires! Mais on avait des gens qui étaient très

ouverts et qui le disaient, il n'y avait pas de cachette que c'était stratégique aussi et qu'ils préféraient bien plus être à Royal Victoria qu'en CHSLD. »

(Gestionnaire-clinicien 4)

5.2.3

Soutien des directions

Plusieurs répondants considèrent que le soutien des hautes directions a été un facteur favorable à l'innovation. En effet, la réponse organisationnelle à la crise sanitaire représente un élément ayant pu faciliter la mise en place rapide d'une telle initiative. Certains gestionnaires soulignent le rôle de la haute direction et de la direction adjointe dans le développement et l'implantation de l'initiative.

« Tout était à faire! En fait, on a été chanceux parce que notre direction y a cru, et notre direction adjointe en dépendance aussi [...]. Il est allé voir des équipes du CRDM en disant : "Qui est volontaire? Qui lève la main?" Et on a eu 40 volontaires tout de suite. On avait des gens qui levaient la main pour aller travailler en zone rouge! »
(Gestionnaire 6)

Un gestionnaire ajoute que la flexibilité forcée par la crise sanitaire sur le plan institutionnel a possiblement été favorisée par la mise sur pied d'une cellule de crise permettant de répondre et de faire remonter rapidement les besoins et les enjeux émergents.

« Je n'ai eu aucun frein des différentes directions de soutien. C'est quand même tout un exploit à ce niveau-là, un exploit d'organisation, selon moi, et je pense qu'il faut être en mesure de le reconnaître [...] Il y avait une adhésion de la haute direction pour faire en sorte qu'il n'y avait pas de barrière institutionnelle pour pouvoir créer cette offre de services et avoir tous les services dont on avait besoin, tout en étant très, très, très créatifs. » (Gestionnaire 7)

De la même manière, deux autres ajoutent avoir senti le soutien de la direction dans sa réactivité et l'autonomie accordée au projet.

« C'était facile. Quand il y avait des affaires qui brassaient, il fallait les remonter rapidement. Et ça remontait vite, et ça redescendait vite aussi. » (Gestionnaire 3)

« On était dans un milieu aussi qui ne relevait pas de processus décisionnels standards. C'était notre projet, d'une certaine façon – fait qu'on n'avait pas à négocier beaucoup de choses avec la santé physique, avec des personnes qui sont plus loin de la dépendance. Notre carré de sable était plus défini et plus autonome. »

(Gestionnaire 5)

Certains médecins rapportent aussi avoir senti un assouplissement du cadre de gestion du CIUSSS CCSMTL, ce qui a facilité et accéléré la mise en place de l'initiative et la réponse aux besoins de l'équipe.

5.2.4

Réorganisation du continuum avant la crise sanitaire

Les entrevues effectuées permettent de relever un élément important qui a pu influencer le contexte dans lequel l'initiative a dû être mise en place. En effet, avant la pandémie de COVID-19 et l'instauration des mesures d'urgence, un processus de réorganisation du continuum de services dépendance-itinérance avait été amorcé. Plusieurs répondants considèrent que cette réorganisation s'était opérée dans un contexte autoritaire provoquant le désengagement de certains professionnels, en particulier des intervenants psychosociaux. Cet enjeu organisationnel est cité par certains gestionnaires et médecins interrogés pour expliquer en partie un certain manque de leadership des intervenants psychosociaux au sein de l'unité d'isolement.

« J'aurais aimé qu'il y ait un leadership d'intervenants plus fort. [...] Ils ont été tellement maltraités avant la COVID, ces gens-là. En tout cas, je ne veux pas parler pour eux, mais mon analyse, c'est qu'ils étaient en PTSD, en post-traumatique stress disorder de tellement de choses qui s'étaient passées avant dans la direction [...] Fait que

ces gens-là étaient comme "tout pognés" et je pense qu'ils étaient beaucoup dans un mode "il faut que je sauve ma peau avant toute chose". »

(Gestionnaire-clinicien 4)

« Ça, c'était un de nos enjeux "pré". On avait une vision très top-down – on est dans un CIUSSS très top-down avec une vision très "gestionno-centristo-post-Barrette" où les choses descendent beaucoup, c'est comme ça qu'il faut faire et tout ça – et on était vraiment en train de travailler fort, et après moult rébellions d'essayer de faire les choses un peu plus "de la base". Il y a vraiment ça en trame de fond et on a eu de grosses crises liées à ça autour de Noël. On était vraiment en train d'instaurer ça avant que COVID arrive. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« Puis là, on ramenait des équipes qui avaient vécu aussi des traumatismes institutionnels par différents changements administratifs, de ballottage, des gens qui étaient comme un peu méfiants initialement – fait que des fois, on avait des choses à vouloir faire, puis là, ça voulait pas se mettre en place sur le terrain, ça partait du haut [...] Puis, quand on arrivait en bas, ça bloquait, puis moi personnellement, je l'ai vécu, plus avec les psychosociaux qu'avec les infirmières, mais c'est mon expérience personnelle. »

(Entrevue de groupe, médecins)

À cet égard, certains intervenants psychosociaux relèvent que leur rôle était peu ou mal défini et, en ce sens, la nomination à un rôle de leadership d'un intervenant psychosocial présent le jour et le soir aurait permis de mieux organiser le travail de ces professionnels.

« Moi, je pense que, dans un contexte comme celui-là, il y a une notion d'organisation du travail qui est hyper importante à prévoir, à mettre en place. Ça nous a laissé beaucoup de responsabilités, comme équipe, à s'auto-gérer, [...] Je pense qu'on aurait gagné d'avoir quelqu'un plus avec un rôle de leader durant le soir; ç'aurait été plus structurant, plus simple; puis dans l'organisation, il y aurait eu moins de perte de temps. » (Entrevue de groupe, intervenants)

Enfin, ces deux constats semblent souligner l'importance de la définition des rôles professionnels au sein

de l'initiative et, plus largement, dans le cadre du travail interdisciplinaire.

EN RÉSUMÉ : PERSPECTIVES SUR LE CONTEXTE INTERNE DE L'INTERVENTION

Les résultats révèlent des perspectives contrastées en fonction des groupes professionnels relativement au contexte interne de l'intervention. D'un côté, les gestionnaires et les médecins ont une perception positive des processus de coconstruction, des structures de communication et du soutien organisationnel. Ils considèrent que leurs demandes ont été entendues et reconnues, et que cela a favorisé la réussite de leur mandat. De l'autre côté, les propos des autres groupes professionnels reflètent une appréciation plus défavorable. Plusieurs rapportent avoir manqué d'information et avoir eu le sentiment que leurs demandes n'étaient pas entendues ou reconnues. Cette perception négative s'inscrit dans le contexte d'une restructuration amorcée avant la pandémie, que certains jugent autoritaire et traumatique.

5.3

Perspectives sur le contexte externe

Les entrevues de groupe réalisées auprès des gestionnaires et des cliniciens impliqués dans le projet permettent de documenter leur perception du contexte externe à l'intervention — dans ce cas-ci, la crise sanitaire et les relations avec les partenaires communautaires et institutionnels.

5.3.1

Contexte de crise sanitaire

Plusieurs gestionnaires considèrent que le contexte de crise sanitaire a favorisé l'assouplissement des structures décisionnelles et, par conséquent, l'émergence de l'unité d'isolement décrite ici. Deux des gestionnaires interrogés soulignent que la lourdeur et la complexité des processus standards nuisent à l'innovation des pratiques médicales et psychosociales.

« Je corrobore quand même le fait que, d'habitude, quand on va implanter une nouvelle pratique dans notre CIUSSS, c'est laborieux. [...] J'ai vécu mon épiphanie en COVID, parce que tout d'un coup, la machine était à la même vitesse que moi, et la machine était là pour m'aider au lieu de me ralentir. Je n'ai jamais vécu ça. [...] COVID a enlevé ça complètement. Là, il faut des résultats, il faut qu'on réussisse avec des objectifs de santé pour les patients. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« Je pense que c'est une question d'opportunité. En situation de crise, il y a de nouvelles opportunités, de nouvelles façons de faire qui ne sont pas nécessairement dans un cadre usuel d'approbation, de processus, etc., qui a pu faciliter [...] » (Gestionnaire 5)

« Dans des modes de fonctionnement usuels, on n'a pas toujours un problème et une solution dans les prochaines minutes ou dans les prochaines heures. En gestion de crise, on les avait. » (Gestionnaire 7)

L'un des gestionnaires ajoute que le contexte de crise a contribué à équilibrer les pouvoirs entre les volets administratif et clinique.

« Avant, c'était : "Les gestionnaires et les comités vous disent, et vous devez faire ça." Et là, ça, ça a vraiment beaucoup changé. Là, on sent que le ballant est en train de revenir, mais il y a eu vraiment un momentum où ça été médecin-led, beaucoup. » (Gestionnaire-clinicien 2)

Enfin, deux médecins citent aussi le contexte d'urgence sanitaire comme un facteur ayant facilité le développement et l'implantation de l'unité d'isolement. Selon eux, l'assouplissement des pratiques et du cadre de gestion a favorisé et accéléré la réponse aux besoins de l'équipe.

« [...] J'ai trouvé que Royal Vic, c'était comme un infini de possibilités. Il n'y a jamais un gestionnaire qui m'a écoutée de même, c'était extraordinaire. Je ne sais pas s'ils se sentaient complètement largués à cause du virus, puis de la pandémie, mais j'ai jamais senti qu'on était autant collés, médecins et gestionnaires, et ça pour moi, c'était un gros plus. » (Entrevue de groupe, médecins)

« Pour les initiatives, par exemple, ça c'était le free for all. C'était le fun, puis on a eu vraiment beaucoup plus de lubrifiant dans les engrenages du réseau. » (Entrevue de groupe, médecins)

5.3.2

Arrimage et coordination avec les partenaires externes

Plusieurs gestionnaires évoquent la coordination difficile avec les partenaires externes. Le nombre élevé d'acteurs (Ville de Montréal, organismes communautaires, services régionaux, hôpitaux, ministère de la Santé et des Services sociaux), les impératifs politiques de chacun, le dialogue entre les services administratifs et les services cliniques, la rareté du personnel (en particulier, la pénurie d'infirmières) et les bris de communication sont cités comme des obstacles par les répondants. Ultimement, certains répondants mentionnent que les règles et consignes fluctuantes de la Direction régionale de santé publique ou de l'Institut national de santé publique du Québec, par exemple, ont occasionné des problèmes d'arrimage avec les partenaires externes.

« On a vraiment eu une difficulté à collaborer entre tous les acteurs. Ça allait vite, il y avait beaucoup de monde, il y avait beaucoup de joueurs [...] et tout le monde a ses tâches aveugles. [...] Il y a eu des enjeux de collaboration, de communication, de travailler ensemble dans cette folie-là. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« Les services régionaux [...] gèrent la courroie de transmission avec les organismes communautaires, et je pense que c'est une de nos énormes lacunes [...] Il faudrait que la clinique et les gens qui communiquent avec le communautaire soient mieux attachés. » (Gestionnaire-clinicien 4)

« On se retrouvait dans une valse avec la santé publique, le service régional du CIUSSS aussi, qui callait un peu plus les grandes orientations avec les refuges, puis la Ville de Montréal. » (Entrevue de groupe, médecins)

« J'avais l'impression d'être constamment dans un état de dissonance cognitive, parce que justement, les règles changeaient tout le temps. » (Entrevue de groupe, médecins)

Certains répondants évoquent une stigmatisation des PESI atteintes de la COVID-19 et une impression que le milieu communautaire s'était désengagé de la gestion de la COVID-19.

« [...] Les milieux comme les milieux d'hébergement, les organismes en dépendance, tout ça, ça les a dédouanés de se structurer, parce que là, soudainement – c'était quand même notable –, les gens m'appelaient en disant : "J'ai un cas positif dans mon organisme, sors-moi ça d'ici!", le "ça" étant la personne. » (Gestionnaire 6)

Plusieurs répondants considèrent que le mandat de l'unité d'isolement n'était pas bien compris parmi les partenaires hospitaliers. L'un d'eux souligne que ce mandat était mal compris même par des partenaires hospitaliers privilégiés où de nombreux médecins impliqués dans le projet avaient leur pratique régulière. Certains rapportent avoir eu l'impression que des partenaires tentaient de se débarrasser des patients en essayant de les orienter vers l'unité d'isolement, et ce, même s'ils ne correspondaient pas aux critères.

« Puis, je souligne plus les éléments au niveau des références qui venaient du milieu hospitalier; donc, notre mandat n'était pas nécessairement clair. » (Entrevue de groupe, infirmières)

« Ce qui m'a vraiment heurtée, c'est que ce soit aussi difficile avec [hôpital 1], parce que c'est notre maison, c'est nos collègues, c'est les gens avec qui on travaille, puis on a vraiment pris le temps de bien leur expliquer l'offre de services. Moi, j'étais en communication avec la médecin-chef de l'urgence, puis c'est ceux avec qui je trouve que ça s'est le moins bien passé; ça m'a vraiment fait de la peine. » (Entrevue de groupe, médecins)

À cet égard, un médecin interrogé mentionne que, bien que cette impression de *dumping* de la part des partenaires soit regrettable, il était en quelque sorte préférable que ces PESI soient envoyées à l'unité d'isolement plutôt qu'elles ne reçoivent des soins et des services moins adaptés au sein des structures de services plus conventionnels dans un contexte de crise grave.

« Avec les partenaires externes, le *dumping* était quelque chose de vraiment... puis des fois, je sais pas, ça serait intéressant pour moi de me questionner pourquoi je pensais ça, mais des fois j'étais comme : "Ben, je pense que, dans le contexte de la COVID, pour de l'isolement, je pense que j'aime mieux qu'ils soient *dumpés* chez nous, je pense qu'ils vont être mieux traités chez nous." Je sais pas si c'est une forme de défense de droit ou de "j'ai baissé les bras", puis le système rejette ces gens-là, puis au lieu de militer, je suis comme : "Je vais les prendre." Une vision très charité chrétienne à la limite, mais il y avait vraiment des moments où j'étais comme : "Sérieux, ça me fait chier qu'il soit *dumpé* chez nous, mais il va être ben mieux chez nous, j'ai le feeling qu'il va être mieux traité." » (Entrevue de groupe, médecins)

À l'inverse, certains médecins rapportent que les collaborations avec les partenaires externes se sont bien déroulées, notamment en ce qui a trait au transfert des patients, aux congés des patients et aux besoins de consultations avec un ou des spécialistes. Ils attribuent ce bon fonctionnement à la mobilisation de leurs réseaux et alliés antérieurs. L'exemple donné ci-dessous par un des médecins interrogés est à cet égard frappant.

« Moi, j'ai remarqué que les meilleures choses qu'on a eues, c'est avec des alliés, des gens qu'on connaissait déjà – je pense à la médecine interne, je pense justement le psychiatre qui est venu nous voir : c'est tous des gens qu'on connaissait déjà. Donc, en gros, on s'est organisés encore une fois en marge du système, on a développé notre réseau de connaissances au fil du temps, puis on est allés solliciter ça. » (Entrevue de groupe, médecins)

Un participant mentionne qu'il aurait été bénéfique d'avoir un agent de liaison, qui aurait pu s'assurer des relations avec les partenaires de façon proactive afin de maximiser l'utilisation des ressources de l'unité d'isolement, au bénéfice du plus grand nombre de PESI.

« Mais c'est vrai que je pense qu'il y aurait eu intérêt à avoir un peu plus ce qu'on appelle un agent de liaison par rapport à toute la question des communications avec les partenaires ou juste aussi une personne un peu plus significative pour pouvoir accueillir les demandes qu'on avait de l'extérieur. » (Entrevue de groupe, infirmières)

EN RÉSUMÉ : PERSPECTIVES SUR LE CONTEXTE EXTERNE À L'INTERVENTION

Dans leurs propos, les répondants présentent la crise sanitaire comme une occasion favorisant l'innovation sociale. Plusieurs évoquent l'assouplissement des structures et la flexibilité inhabituelle du réseau de la santé et des services sociaux en contexte de crise. Par contre, sur le plan des relations avec les partenaires, les répondants déplorent que le grand nombre d'acteurs et le mandat mal compris de l'unité aient pu contribuer à des arrimages difficiles et des problèmes de communication. Il est toutefois intéressant de noter que quelques-uns évoquent une expérience positive avec quelques partenaires. Ceux-ci rapportent avoir mobilisé des réseaux de contacts et des relations professionnelles qui étaient déjà solides avant la pandémie.

5.4

Perspectives sur les pratiques professionnelles

Comme il est relevé dans le cadre théorique utilisé dans ce projet, les individus agissent en fonction de normes et d'intérêts culturels, organisationnels, professionnels et individuels qui ont une influence sur l'implantation d'une intervention (Damschroder et al., 2009). Les entrevues individuelles et de groupe réalisées auprès des gestionnaires et des cliniciens impliqués dans le projet d'unité d'isolement permettent de mettre au jour des motivations sous-jacentes ainsi que des enjeux sur les plans de la collaboration et des rôles professionnels.

5.4.1

Provenance du personnel, motivations et leadership

Plusieurs répondants soulignent que les professionnels impliqués dans l'initiative provenaient de milieux très différents. Si un important contingent de professionnels faisait partie du continuum dépendance et itinérance du CIUSSS CCSMTL, certaines personnes avaient été recrutées à partir du site web « Je contribue! » ou venaient de milieux autres que ceux de la dépendance et de l'itinérance. À cet égard, une cogestionnaire interrogée évoque des disparités dans le niveau de connaissances pour intervenir auprès de PESI ou de personnes aux prises avec un trouble d'usage.

« Des professionnels en psychoéducation, en travail social, en sexo, en crimino... c'est pas les gens que tu imagines les premiers à être volontaires pour faire des lits en série. [...] Bien, câline! Ça opérerait! J'ai rarement vu des lits se faire aussi vite que ça! » (Gestionnaire 9)

« Après ça, les intervenants. On était une équipe tellement disparate! On était allés chercher les gens volontaires, et c'est sûr que c'est des gens dans la Direction de santé mentale et dépendance, mais juste pour vous donner une idée, il y en a qui faisaient des programmes externes depuis des années, et ils ne faisaient quasiment que des stimulants et de l'alcool, et ils n'avaient jamais vu d'opioïdes de leur vie. Ils ne savaient pas c'était quoi

de la Suboxone, ils n'avaient jamais donné de la naloxone à personne – fait qu'on n'avait vraiment pas des niveaux similaires [...], mais c'est un petit peu moins un banc de poissons, c'était comme plus difficile. » (Gestionnaire 3)

De plus, certains professionnels appréhendaient le fait de travailler avec de nouveaux collègues, de devoir créer une nouvelle chimie avec des personnes provenant de plusieurs milieux.

« Je craignais beaucoup pour l'équipe, parce que moi, je travaille au sein d'une équipe en itinérance, où la force de cette équipe-là, c'est justement les connaissances de chacun, la symbiose qu'il y a, puis là, je me disais : "Dans des contextes comme ça, faut être capables de se soutenir, puis truster, faire confiance à nos collègues; puis là, si on se ramasse avec quelqu'un sorti de nulle part, qui s'est fait déléster là de force, youpelaïe." Ça, j'avais un petit peu peur. » (Entrevue de groupe, médecins)

« Il y avait donc l'appréhension concernant l'équipe dans laquelle j'allais travailler, parce que je ne connaissais pas la plupart des gens; donc je connais juste une minorité de l'équipe. » (Entrevue de groupe, infirmières)

D'autres évoquent aussi la crainte de contracter la COVID-19. Pour cette raison, le recrutement et la rétention de personnel de sécurité ont aussi été difficiles.

« Moi, je craignais beaucoup pour la sécurité, je dois dire. Je sais pas si c'est en lien avec les inquiétudes au niveau de la population qui m'atteignaient moi aussi. » (Entrevue de groupe, médecins)

« Les agents de sécurité, les premiers qu'on a eus, quand ils ont su qu'on allait avoir des patients COVID positif, ils ont arrêté de se présenter. » (Gestionnaire 6)

Plusieurs gestionnaires considèrent que, malgré les appréhensions, les professionnels engagés dans le projet avaient un niveau d'implication et de motivation élevé. Plusieurs évoquent d'ailleurs le volontariat du personnel comme un élément crucial dans le succès de l'initiative.

« Toute cette sensibilité à développer des façons de faire ensemble a été assez grandiose parce qu'on avait vraiment des gens mobilisés. Il y avait toujours des volontaires, il n'y avait jamais personne qui était forcé à contribuer, et ç'a été des personnes différentes. C'est sûr qu'au fil du temps, il y a des gens qui ont pris un certain leadership, naturellement, dans l'équipe, mais vraiment à tous les niveaux. [...] Je pense que toutes les forces de chacun ont pu être mises à profit et en complémentarité. [...] Les gens qui ont eu des inconforts avec l'offre de services, ils se sont comme un peu éliminés d'eux-mêmes, ils sont partis ailleurs ou ils sont tombés malades ou ont donné moins de dispo, et on l'a vu quand même assez rapidement. » (Gestionnaire 5)

« Je dirais : le volontariat de tout le monde. C'est des gens qui ont choisi de venir, qui avaient vraiment envie. Des gens qui ne connaissaient pas nécessairement toute l'itinérance, la dépendance, mais qui étaient très, très volontaires [...] Je pense que c'est gagnant d'avoir une variété de professionnels qui viennent de milieux différents. » (Gestionnaire-clinicien 8)

« Le fait aussi que c'était des gens volontaires, c'est une grosse part de la réussite du Royal Vic. Tout le monde y mettait du sien, puis la plupart, c'était correct que ça change tout le temps, même si c'est difficile toujours le changement. J'ai trouvé les gens quand même plus positifs que ce que j'aurais pu penser au départ. » (Entrevue de groupe, infirmières)

Plusieurs répondants soulignent le fait que, si les professionnels venaient d'horizons différents, la majorité possédait une expérience auprès du type de clientèle desservie par l'unité, puisqu'ils avaient été recrutés sur la base du volontariat au sein des équipes en itinérance et dépendance. Selon eux, cette expérience préalable a facilité le développement des services au sein de l'unité d'isolement, notamment en termes de savoir-être et de réduction des méfaits.

« [...] Moi, je pense que le service qui a été construit, c'est un service qui aurait pu être très, très difficile à vivre si ça avait pas été des gens qui déjà travaillent avec une clientèle plus marginalisée, parce que... veut, veut pas, on est teinté de nos valeurs, de nos croyances, et ça, c'est un grand bout de travail qu'il y a pas eu à faire. L'équipe

qui est venue en place arrivait déjà avec une longueur d'avance. » (Entrevue de groupe, intervenants)

Du point de vue de plusieurs intervenants psychosociaux, travailler à l'unité d'isolement a représenté une occasion de retrouver du sens dans son travail et de développer de nouvelles compétences. Certains évoquent aussi le sens du devoir afin d'expliquer leur choix de se porter volontaire pour l'unité d'isolement. D'autres soulignent qu'ils souhaitaient faire leur propre choix et ne voulaient pas attendre de se faire imposer un délestage. En effet, dans le contexte de la crise sanitaire, les professionnels étaient à risque d'être délestés dans d'autres milieux de pratique aussi en crise, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

« Ben moi, avant que tout ça arrive, j'étais un peu désabusée, j'avais même songé à quitter le centre [...] Je sentais aussi qu'on allait éventuellement nous obliger à faire des choix; donc moi, avec l'ancienneté que j'avais, je me suis dit : "Aussi bien, moi, choisir tout de suite avant qu'on me l'impose." Et je suis quelqu'un qui aime beaucoup, beaucoup commencer des projets, donc d'emblée je me suis pas posé de questions très, très longtemps. J'ai donc demandé à aller à Royal Victoria, même avant de savoir ce qui allait se passer là-bas. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Il y avait une mission, un objectif, puis en ce sens-là, j'étais rejoint par cette mission-là, de par le désir de faire quelque chose et d'être mobilisé de manière constructive pour l'unité contre la COVID – c'était une occasion à saisir en ce sens-là. [...] Faire du sens dans ce qu'on faisait, ça résonne beaucoup, surtout dans un contexte de restructuration, qu'on sait qu'on part, on quitte quelque chose, puis quand on va revenir, ça va être quoi, ça va être qui, ça va être comment? On savait pas du tout. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« J'étais volontaire, je sentais beaucoup d'impuissance en restant à mon poste. J'ai donné mon nom, en fait, pour pouvoir aider. Puis, c'est sûr que le projet Royal Victoria m'interpelaient plus que d'autres projets ou d'autres postes qui auraient pu avoir un lien avec la pandémie. » (Entrevue agent administratif)

« *Donc oui, ça demeure un choix, mais souvent, c'est un non-choix, dans la mesure où on demeure stratégique à ce moment-là. Ça été mon cas. Je pense que c'était une offre stratégique, donc à partir de ce moment-là, je voulais surtout éviter d'aller dans un CHSLD.* » (Entrevue de groupe, infirmières)

Enfin, plusieurs gestionnaires attribuent la mise en œuvre du projet au leadership des instigatrices du projet. L'un d'entre eux souligne toutefois l'importance de tous les membres du personnel dans la réalisation du projet.

« *Il faut saluer le travail de tout le monde [...] l'ensemble des membres des équipes qui étaient prêts. Ce n'est pas dans la tête d'une ou deux personnes qu'on peut mettre une offre de services sur pied, c'est la collaboration, la contribution des personnes terrain. Il y a eu beaucoup d'adaptation qui a émané des intervenants qui étaient sur place [...] Il y a une latitude, aussi, pour pouvoir innover à ce niveau-là, mais surtout adapter les services qu'on était en train de mettre en place à Royal Vic, centrés sur les besoins des usagers. C'est ça qui fait que ça fonctionne, c'est : "Tout le monde a mis son grain de sel pour pouvoir y arriver."* » (Gestionnaire 7)

5.4.2

Collaboration égalitaire et interdisciplinaire

Les instigatrices du projet souhaitaient instaurer un climat de collaboration égalitaire et interdisciplinaire entre les différents professionnels impliqués dans l'initiative, et plusieurs répondants considèrent que cet objectif a été atteint.

« *Pour plusieurs, c'était la première expérience d'un vrai de vrai travail d'intervention en interdisciplinaire. [...] Il peut y avoir des frustrations de part et d'autre, c'est un peu intrinsèque au travail, mais on a toujours été capables de se ramener à "Qu'est-ce que ça prend pour que ça marche et est-ce que je peux t'aider? Il y a-tu quelque chose qui manque? On va se former entre nous, on va se soutenir entre nous." Et ça a fait, ultimement, que c'est une relation qui était très égalitaire.* » (Gestionnaire 6)

« *On avait toujours l'image un peu du milieu hospitalier où le médecin se comporte en roi et maître, et dans ce contexte-là, au contraire, ils ont eu beaucoup d'écoute, ils ont favorisé un bon climat de travail.* » (Entrevue de groupe, intervenants)

Un répondant souligne ainsi que le fait de partager une approche d'intervention commune de réduction des méfaits a favorisé la coopération. D'autres ajoutent que les collaborations au sein de l'équipe semblent avoir été facilitées par certaines personnes clés très mobilisées.

« *C'était vraiment facile, dans le sens où on avait besoin de travailler sur quelque chose, on avait toujours des personnes mobilisées pour le faire, on avait un résultat en peu de temps, que ce soit écrit, formé, dans la pratique – ça été très efficient en termes de travail d'équipe et de réalisations sur le terrain. [...] Vraiment très satisfaisant comme sentiment d'efficacité professionnelle, mais même personnel.* » (Gestionnaire 6)

Plusieurs répondants soulignent l'avantage de réaliser un projet en équipe interdisciplinaire, en termes d'entraide et de partage d'expertise. Un autre considère que le fait d'être une équipe permettait de diminuer l'anxiété et les appréhensions face au projet.

« *Il y a eu beaucoup d'entraide, ce qui a été très apprécié. Moi, je suis quand même assez nouvellement infirmière aussi, donc j'ai été bien contente d'avoir des gens pour pouvoir aider et pour pouvoir m'aider.* » (Entrevue de groupe, infirmières)

« *On a essayé de créer des choses vraiment le fun, de connaître les autres intervenants, connaître leur réalité, puis bénéficier de leur expertise aussi, t'sais d'avoir une [intervenante X] qui en a vu un, puis un autre, quelqu'un en toxico qui vient te voir, puis qui dit : "Là, lui, il est sur le point de nous péter une coche" ou "Lui, inquiète-toi pas, il est correct". Moi, c'était comme : "Aaah, OK, wow, c'est rassurant."* » (Entrevue de groupe, médecins)

Plusieurs d'entre eux soulignent que la mise en commun des expertises, la collaboration interdisciplinaire et la communication ont permis de développer une compréhension du travail des autres et de trouver des solutions complémentaires aux problèmes rencontrés.

« Le travail est un apprentissage. C'est sûr qu'au début, chacun cherchait un petit peu ses marques et comment travailler ensemble, mais c'est vrai que, plus ça allait, plus on a pu avoir de belles discussions d'équipe avec une complémentarité qui était encore à travailler, ça, c'est sûr, mais bon, en trois mois, on pose les pierres et voilà! [...] Ça permis peut-être de développer une connaissance du travail des uns et des autres. »

(Gestionnaire-clinicien 8)

« Moi, personnellement, c'est ce que j'ai apprécié le plus pendant le séjour à Royal Vic, c'est le fait de pouvoir collaborer autant au niveau des médecins et des intervenants psychosociaux dans une vision derrière une démarche. C'est sûr que ça pas été parfait, mais je dirais que ça a été quand même la force, il faut quand même souligner ça, de mon point de vue, je pense qu'il y a eu une belle collaboration, il y a eu une belle énergie. » (Entrevue de groupe, infirmières)

« Le professionnalisme de chacun, le fait que c'était multidisciplinaire aussi – on travaillait en équipe –, que c'était des médecins extrêmement humbles, des médecins qui viennent de la dépendance, donc ils sont habitués de travailler en équipe. Comme je disais, le fait que chacun avait ses couleurs – on avait criminologue, psychoéducatrice, psychologue, éducateur, travailleur social –, chacun avait un peu ses couleurs, puis des fois, c'est sûr que ça amenait des frictions, mais d'autres fois, c'était super riche comme échanges, puis tout le monde avait une piste de solution différente, complémentaire. »

(Entrevue agent administratif)

À l'inverse, certains répondants évoquent des frictions professionnelles, notamment au niveau de la cogestion ainsi qu'entre les différents types de professionnels.

« Puis, en même temps, les enjeux de tension au sein de ces partenaires internes; puis je parle aussi avec le nursing, avec les psychosociaux, en fonction des cultures institutionnelles qui leur sont propres. [...] Là, je sentais qu'il y avait clairement des silos, il y avait clairement une approche multidisciplinaire, mais que c'était très en silo. » (Entrevue de groupe, médecins)

Enfin, plusieurs médecins et gestionnaires soulignent la force des relations de complicité entre les acteurs et les partenaires qui se connaissaient déjà très bien avant de démarrer le projet. Cette complicité ainsi que l'expérience antérieure et l'expertise auprès de la population cible sont décrites par les répondants comme des facteurs ayant facilité le déploiement du projet.

« Je pense qu'on est une gang de médecins assez tissés serrés. On est des collègues, mais on est aussi des amis, et on a la même vision de ce que devraient être les soins médicaux, sociaux et nursing optimaux en itinérance/dépendance au Québec, au niveau de la réduction des méfaits, et pas juste la chanson! [...] Je trouve qu'on était comme un petit banc de poissons, et ça a été une de nos forces, on a été capables de bouger vraiment vite et il n'y avait plus rien d'autre qui comptait, parce que c'était l'urgence COVID. » (Gestionnaire-clinicien 4)

« Bien, c'est ça, la beauté de la chose. [Gestionnaire X] et moi, ça fait tellement longtemps qu'on travaille ensemble qu'on n'a pas besoin de se parler; on sait exactement où l'une et l'autre s'en va. C'est super facilitant. [Gestionnaire Y] connaît super bien ses équipes et connaît très bien [Gestionnaire X] et moi, et comment on travaille – fait qu'on n'a pas tellement besoin de lui expliquer non plus! Il sait où on s'en va. Cette synergie au sein de notre direction a été hyper gagnante. » (Gestionnaire 6)

5.4.3

Rôles professionnels

De nombreux extraits d'entrevues mettent en lumière des incompréhensions et des confusions sur le plan des rôles, en particulier en ce qui concerne le rôle des intervenants psychosociaux.

« Parce qu'il y avait des rôles qui n'étaient pas définis, il y a des rôles qui n'étaient pas compris au niveau psychosocial, étant donné que les intervenants qui étaient là, c'était des intervenants de deuxième ligne, majoritairement ARH, ou du monde qui faisait du suivi externe, de comprendre c'était quoi le vécu dans une unité d'intervenants délestés. » (Gestionnaire 3)

« Mais par rapport aux infirmiers-infirmières, je pense qu'on aurait peut-être gagné en efficacité si on avait pu [...] répartir mieux les tâches. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« C'est que là, des fois, il y avait comme une confusion des rôles, des choses pas bien descendues aux intervenants et aux infirmières, puis c'était comme pas notre rôle de faire ça, comme médecins, puis ça a demandé une énergie épouvantable de le faire, puis si on le faisait, on était plus pantoute dans un milieu de vie, on était dans un modèle très médico-centriste où tout part du médecin et descend, puis quand on voulait pas être médico-centriste. » (Entrevue de groupe, médecins)

« [...] Je pense que les compétences des intervenants psychosociaux n'ont pas été mises à leur juste valeur dans la question de l'animation au niveau de l'unité. Donc, je pense que ça aurait probablement été à revoir, c'est ce que je pense. » (Entrevue de groupe, infirmières)

Plusieurs intervenants psychosociaux rapportent avoir été sollicités pour réaliser des manœuvres ou des tâches habituellement effectuées par d'autres types de professionnels, et pour lesquelles ils n'étaient pas formés.

« Ce qui manquait vraiment, au vu de la population qu'on avait... le problème, c'est qu'on n'avait aucune préposée aux bénéficiaires, et ça, c'était un gros manque, parce que l'exemple de soulever quelqu'un, moi je l'ai fait pour

aider une infirmière, mais je l'ai soulevé comme je pourrais soulever une personne qui tombe dans la rue : c'était pas sécuritaire, une chance que je n'ai pas été blessé ni l'usager. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Au niveau nursing, des fois, ils devaient se trouver de quoi, parce qu'ils étaient même pas légaux en termes de ratio patients-infirmière, au point qu'ils ont même demandé à un moment donné – ça a pas été jusque-là – que les intervenants psychosociaux fassent certains actes. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Moi je trouve que, personnellement, au niveau du rôle des éducateurs, comme j'avais déjà travaillé avec des éducateurs dans le passé, je pense que si on posait la question aux éducateurs actuellement, puis aux professionnels, je pense qu'ils ont pu effectivement sentir de leur part un peu plus la médicalisation de ce qui s'est passé. Et eux, dans leur rôle spécifique, probablement à un moment donné, ça ressemblait plus à préposé aux bénéficiaires que vraiment aller chercher leur qualité propre en tant qu'éducateur ou professionnel au niveau des références et tout ça. Ça, c'est mon opinion. » (Entrevue de groupe, infirmières)

« Au début, je m'attendais vraiment beaucoup plus de faire de l'informel, revenir à mes premières amours, vraiment faire ça un milieu de vie – ils sont chez eux, on est là un peu pour les crises, s'il y en a, et les aider à ce que ce soit le moins pénible possible –, et rapidement sont arrivées beaucoup de choses médicales et des demandes médicales pour qu'on fasse des plans de sortie. Ça, c'est venu un peu me déstabiliser, je m'attendais pas à ça. Puis, il y avait beaucoup de travail à faire au niveau du plancher, que ce soit juste donner les repas, la façon que c'était organisé; donc, personnellement, j'avais de la difficulté à incorporer tout ça dans mon intervention de la journée. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« On n'était plus des intervenants en dépendance, notre rôle était beaucoup plus proche de celui de préposé aux bénéficiaires, avec toujours un angle, capable d'avoir une analyse clinique et un degré relationnel avec les usagers, de manière à favoriser une certaine... un climat de confort. Fait qu'au début, il fallait... moi, j'ai tenté de vouloir être vigilant par rapport au fait de ne pas être intrusif, de pas chercher à poser des questions pour avoir

des réponses à tout prix, de m'en tenir au strict minimum et de laisser la personne venir se déposer si elle en avait le besoin. » (Entrevue de groupe, intervenants)

L'adoption d'une approche de milieu de vie au sein de l'unité d'isolement a également eu une incidence sur la pratique des médecins. Malgré un certain inconfort professionnel, ces derniers rapportent avoir adopté une approche clinique moins interventionniste afin d'être en adéquation avec la philosophie d'un milieu de vie. Cela s'est d'ailleurs révélé être une préoccupation dès le début de l'initiative, et n'a jamais cessé de l'être tout au long de celle-ci.

« Je pense que c'était notre vœu pieux. On se disait que c'est une bonne idée, mais en même temps, on se connaît, on se le disait, les médecins, qu'il allait falloir se checker, puis pas trop être interventionnistes, qu'on allait voir plein de choses qu'on allait avoir envie de régler, parce qu'on est fait de même, et qu'il allait falloir se calmer. Mais en même temps, c'était comme une grosse équipe avec des infirmière 24/7, puis des médecins tous les jours, fait que c'est vraiment difficile de pas être trop interventionnistes, puis... je sais pas, peut-être qu'on s'est trop fait des accroires, je sais pas, en tout cas, on s'est dit ça au début, puis on savait que ça allait être difficile, puis ça l'a été, c'est ça. » (Entrevue de groupe, médecins)

EN RÉSUMÉ : PERSPECTIVES SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les thèmes de la motivation, de la collaboration et des rôles professionnels sont caractérisés par des perspectives divergentes.

- Les propos des répondants révèlent que leur engagement dans l'initiative a été marqué par une ambivalence entre des sentiments de motivation et de crainte.
- Plusieurs propos reflètent la perception d'une expérience d'entraide, de collaboration et de familiarisation avec le travail des autres, teintée toutefois par certaines frictions interprofessionnelles.
- De nombreux extraits d'entrevues évoquent la confusion des rôles, en particulier pour les intervenants psychosociaux. Par opposition, plusieurs d'entre eux racontent s'être engagés dans l'initiative pour retrouver le sens de leur pratique.

Au final, le thème des approches d'intervention partagées demeure transversal. Il apparaît comme un facteur ayant permis de conserver un équilibre et une direction malgré les divergences et les ambivalences.

5.5

Retombées perçues du projet

Les différentes entrevues individuelles et de groupe menées au cours de ce projet permettent de mettre en lumière les retombées perçues par les répondants en termes de collaboration professionnelle, d'adoption de nouvelles pratiques et d'effets pour les PESI qui ont séjourné à l'unité d'isolement.

5.5.1

Collaboration : Apprendre à se connaître et à se faire confiance

Plusieurs répondants rapportent que la création de l'unité d'isolement a permis le développement de collaborations au sein du continuum itinérance-dépendance. Plus spécifiquement, ils évoquent des collaborations entre individus qui, en se côtoyant au quotidien, ont appris à se connaître et à se familiariser avec les différents rôles professionnels et les structures existantes au sein de ce continuum.

« Ce qu'on s'est rendu compte, c'est que ça a permis de connaître ce qu'on fait au CRD parce que les gens se sont rencontrés, se sont connus dans les différentes directions. Fait que, de mieux comprendre les clientèles, ça va être un beau tremplin pour le projet de transfo' qui est en branle actuellement. Ça, ça a été très positif. C'est peut-être le plus grand... l'aspect le plus intéressant : de mieux comprendre dans l'entièreté c'est quoi un client avec une problématique de dépendance, et c'est quoi un peu un client itinérant. » (Gestionnaire 3)

« Après ça, à l'interne, j'ai trouvé ça vraiment le fun de décroisser les services en toxico au CIUSSS Centre-Sud, comme moi je fais les jeunes de la rue; puis quand mes jeunes de la rue veulent un suivi externe psychosocial en toxico, ils vont à Louvain, qui est à l'autre bout du monde – je suis allée là une fois, c'est l'enfer se rendre là, pour moi c'est comme le Pérou –, puis ils me parlaient toujours du fameux [nom de l'intervenant], puis tous mes patients avaient des suivis conjoints avec [nom de l'intervenant], puis j'avais aucune idée c'était qui; puis là, on s'est enfin rencontrés, puis on a travaillé ensemble, puis là il disait : "Ah, mais moi, les patients me parlent de la fameuse R1." Fait que, pour ça, c'était vraiment chouette,

puis je pense que ça va demeurer de l'expérience Royal Vic. » (Entrevue de groupe, médecins)

« Finalement, les gens étaient super contents qu'on se soit rencontrés parce qu'il y a des gens au Centre de réadaptation en dépendance de Louvain qu'on n'avait jamais vus! Qui travaillaient tout seuls dans leur bureau [...] Ça a été vraiment le fun en termes d'échanges, de partage de pratiques, puis aussi, maintenant, quand on va s'appeler, on va se connaître et on va se faire confiance parce qu'on connaît aussi notre éthique de travail et on sait qu'on a été capables de créer et d'innover, tout le monde ensemble. [...] Maintenant, on se connaît mieux et les gens disaient : "Quand je vais appeler pour un lit ou une référence au STMU" – ils disaient ça à la blague –, mais ils disaient : "Ça ne sera pas toujours les fatigans qui me disent non, ça va être [infirmière Y], et [infirmière Y], je la connais, fait que je vais savoir comment lui parler!" »

(Gestionnaire-clinicien 4)

5.5.2

Développement, implantation et pérennisation de soins novateurs

Dans le cadre de l'unité d'isolement, une nouvelle offre de services a été développée et implantée, notamment un programme de gestion de l'alcool (ou service wet) et la pharmacothérapie de remplacement (safer supply). Ces nouveautés cliniques font référence à des pratiques cliniques probantes qui ont déjà cours ailleurs au Canada et qui étaient en cours de développement au Québec. Plusieurs répondants considèrent que la mise en œuvre de ces nouveaux services dans le contexte actuel de crise a ouvert la porte à la pérennisation de ces pratiques dans des cadres cliniques standards.

« C'est vrai que ce que Royal Vic a permis aussi, c'est de dire : "Bien, si on le fait au Royal Vic, pourquoi on ne le fait pas ailleurs?" [...] Là, on devient comme un peu plus capable de tenir cette incohérence. [...] Les gens qui ont travaillé au Royal Vic, c'est tous des gens qui sont dans ces équipes-là, fait que ça aussi, c'est un facteur de pérennisation [...] Il y a vraiment une sensibilité de l'équipe, le seuil s'est beaucoup abaissé, encore plus à Relais pendant COVID, on a prescrit beaucoup plus de

pharmacothérapie de remplacement [...] C'est comme si tout le monde embarque et veut s'assurer qu'on ne perde pas ce momentum et qu'on va soit le documenter, soit le nourrir. » (Gestionnaire-clinicien 2)

« C'est sûr que je ne vais pas laisser ça mourir. [...] Je pense que ça a permis d'ouvrir le pan wet à [hôpital X]. Ce n'est pas encore assis solide-solide, mais on a un pied dans la porte. Fait que ça, c'est le fun. »
(Gestionnaire-clinicien 4)

« Quand il y a des crises, il y a des opportunités. Et on a été capables de toutes les utiliser, et je refuse de retourner en arrière. On ne peut pas retourner en arrière, c'est impensable qu'on retourne en arrière de ça. Comment est-ce qu'on pérennise ce qu'on a développé et qu'on utilise ces savoirs-là pour aller de l'avant? »
(Gestionnaire 6)

« C'était le premier wet au Québec. J'ai assisté à la première fois qu'un médecin québécois a signé un protocole wet et j'en tire une certaine fierté, même si j'avais rien à voir là-dedans. Je me dis que ça a créé un précédent et, en ce sens-là, si ça peut être récupéré, ça serait déjà beaucoup. » (Entrevue de groupe, intervenants)

Afin d'assurer la pérennisation des soins novateurs développés à l'unité d'isolement, certains médecins ont décidé de s'investir dans de nouveaux départements pour y implanter les nouvelles pratiques.

« Comment on fait pour ne pas que ça meure, tout ça? On a décidé de [travailler] en Urgence-dépendance du Centre de réadaptation de Montréal. [...] On s'est dit: "Bien, peut-être qu'on peut tranquillement commencer à s'habituer à l'équipe, à l'endroit, à tester, à faire nos marques et, si on aime ça comme équipe, on pourra continuer aux étages et faire la couverture de ça et amener tranquillement nos pratiques innovantes là-bas." [...] Il y a l'idée de pousser un transfert de connaissances et d'ouvertures à de la réduction des méfaits dans ce contexte. » (Gestionnaire-clinicien 4)

« Ça, aussi, je pense que c'est un nouvel outil qu'on découvre. Effectivement, les acquis qu'on a faits pour Royal Vic, on aurait avantage à leur donner une nouvelle façon de vivre en dehors de Royal Vic : tous les assou-

plissements au niveau du TAO, il faudrait qu'ils restent. »
(Gestionnaire 5)

« Ça, je l'ai entendu des différents gestionnaires où les gens du Royal Vic sont revenus sur le terrain, qui ont changé leur vision par rapport à l'intervention biopsychosociale à faire auprès de nos usagers. Pour moi, ça devient des acquis qui vont venir percoler au sein des différentes équipes, parce que les gens étaient de différentes provenances; donc, ça va avoir un impact important sur les suites, dans l'organisation des services dans nos différents lieux d'intervention. » (Gestionnaire 7)

5.5.3

Développement professionnel et remise en question des pratiques usuelles

Plusieurs répondants rapportent que l'unité d'isolement a représenté une occasion de développement professionnel qui leur a permis de se recentrer sur la relation avec les patients.

« Il y a plusieurs infirmiers, infirmières qui, d'habitude, sont très, très dédiés à la tâche parce que c'est ce qu'on leur demande, qui ont pu aussi être dédiés au caring, s'asseoir avec des patients et jaser avec eux. Je pense que, plein de monde, c'est pour ça qu'ils travaillent aussi, c'est qu'ils veulent soigner et carer. On n'a pas beaucoup de temps pour carer tant que ça dans notre vie professionnelle actuellement, étant donné la vitesse. »
(Gestionnaire-clinicien 2)

Un autre ajoute que le projet lui a permis de développer de nouvelles compétences, d'innover et de questionner ses pratiques habituelles.

« Dans ma pratique professionnelle, ça m'a donné, très personnellement, un peu de confiance en moi. J'ai l'impression qu'en trois mois, j'ai appris de manière très concentrée, peut-être aiguisé mes réflexes. [...] Ça a été une parenthèse où on a eu aussi l'occasion un peu de tout questionner: "C'est nouveau, pourquoi on ne ferait pas ça comme ça?", "Pourquoi on ne tenterait pas ça?" [...] et de voir d'autres personnes intervenir aussi, ça donne des cues, ça donne: "Ah, tiens! Elle s'adresse comme ça, elle se positionne comme ça. Est-ce que je pourrais essayer

de faire comme ça dans ma pratique avec tel usager?»
(Gestionnaire-clinicien 8)

Dans le même ordre d'idées, des gestionnaires et des intervenants interrogés considèrent que cette expérience a également pu servir à « dépolssiérer » des pratiques et des manières de faire chez des professionnels qui avaient pris l'habitude de ne faire que certains types d'interventions et qui ont dû développer des réflexes de prise en charge plus globale, plus interdisciplinaire et moins technique.

« [...] Les gens se sont cristallisés dans des façons de faire. [...] Ça aussi dépolssiéré au niveau de la réduction des méfaits, parce que là, on ne pouvait pas être plus bas seuil que ça. On est vraiment allés plus loin. Il y a des gens qui n'étaient pas sûrs encore au niveau de la réduction des méfaits [...] et là, ils ont vécu la pertinence, ils l'ont vue. Ce n'était pas juste de le dire verbalement, et dans leurs équipes, ils n'ont pas tant à le vivre, la porte est tellement fermée à ça qu'ils ne peuvent pas le vivre, mais là, ils l'ont vécu, et je sens que ces gens-là ne seront plus capables de retourner en arrière aussi. »

(Gestionnaire-clinicien 2)

« Je pense que ça va prendre de la flexibilité dans les structures parce que ça nous a juste prouvé que ça fonctionne. [...] Ça permettait de reconnecter à l'essence même de notre mission et de notre passion pour l'intervention. On n'est plus en train de faire des IGT et de caser des rendez-vous [...] et faire des stats! [...] Je pense aussi que le fait de travailler en équipe et de se rendre compte que les intervenants, quand on leur laisse la marge de manœuvre pour être créatifs, ils sont excellents! Ils sont créatifs et ils font du bon boulot. Non seulement ils font du bon boulot, mais en plus, ils sont satisfaits de leur boulot. » (Gestionnaire 9)

« Donc, en perspective macrosystémique et exosystémique, si on prend les modèles de politiques qui existent au Québec, puis si on prend aussi le contexte social dans lequel on est, la COVID nous a permis de prendre des décisions rapides, pour les gros paquebots que sont les CIUSSS, qui sont excessivement lents et qui tergiversent à tout vent, là on a une situation qui a commandé des réponses rapides. Ces réponses rapides-là ont eu pour impact de faire avancer de pas de géant nous, dans la

dépendance, et je reviens encore sur le wet shelter, parce que je pense que c'est essentiel qu'on le nomme. Si on a quelque chose à dire là-dessus, c'est que quand on essaye des choses, on peut se tromper, mais on peut surtout, puis on peut surtout aller de l'avant. Je pense qu'on est encarcené dans un genre de structure très, très rigide, régie par des règles étouffantes, mais quand on laisse la créativité des intervenants s'exprimer pour se fédérer autour d'un projet comme ça, c'est là qu'on retire des résultats qui sont intéressants et c'est là qu'on va faire de l'innovation, pas dans un contexte où chaque initiative doit être prise par en haut. On a une belle expérience de voir qu'est-ce qu'on est capables de faire, malgré le fait que j'ai nommé tout à l'heure, les difficultés qu'on a eues à faire entendre nos idées, il y a plusieurs des idées qu'on a eues qui ont été adoptées, il y a plusieurs idées novatrices qui ont fait leur chemin là-dessus. En ce sens-là, s'il y avait un mot de la fin, j'aimerais maintenir l'espoir que ça soit entendu, de dire qu'on n'a pas, peut-être pas nécessairement besoin de... on a besoin d'avancer, on a besoin de créer, puis on a besoin d'être écoutés là-dans. » (Entrevue de groupe, intervenants)

En contrepartie, certains craignent que le retour à leur milieu de travail conventionnel soit difficile. Un gestionnaire souligne que ce retour aux processus standards peut entraîner des remises en question.

« Je recroise des gens, dernièrement, qui reviennent dans leurs équipes et qui sont tout chamboulés de cette expérience, dans le sens où leur vie a changé. Ils trouvent ça un petit peu plate, peut-être, dans leurs équipes. Ils repensent à leur carrière. Ils retournent dans un bureau tout seuls à faire de l'intervention psychosociale d'un à un, et le trip de gang aussi n'est plus là. Fait qu'il y en a qui sont justement encore dans cette capacité réflexive sur leur pratique de dire : "Bien, qu'est-ce que je veux, maintenant, après le Royal Vic, vivre comme professionnel de la santé?" » (Gestionnaire 5)

« Ça, ça va laisser une blessure pour longtemps, et ça fait aussi partie de ce que j'ai dans ma tête : essayer de voir comment on peut, le mieux possible, accueillir ces personnes au sein des différentes équipes. [...] Les gens qui sont allés de façon volontaire au Royal Vic, qui reviennent crinqués, qui sont prêts déjà à mobiliser les équipes, à dire "Heille! Avec ce que j'ai vu là-bas, comment on peut

faire autrement, peut-être, certaines pratiques?” [...] il faut qu’on revienne un peu à la normale, mais en prenant en compte tout ce qui s’est passé dans les dernières semaines et dans les prochains mois. » (Gestionnaire 7)

À propos du retour dans le milieu de travail conventionnel, certaines personnes mentionnent avoir vécu des difficultés, notamment une certaine forme d’ostracisme de la part de leurs collègues.

« Oui, puis une des choses que j’ai retenues dans la rencontre, quand on nous a accueillis le matin, c’est qu’il y avait peut-être une sensibilité des autres qui avaient pas été en zone rouge, qui auraient peut-être un peu peur de nous et tout ça, puis qu’on soit sensible à ça. T’sais, une couche supplémentaire, c’est moi qui faut qui prenne soin du fait que j’arrive de la zone rouge, puis que mes collègues vont se pousser de moi. Ce qui est arrivé d’ailleurs, il y a des gens, quand j’arrivais dans un corridor, ils prenaient un autre corridor. [...] » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Il y avait une compréhension aussi de notre part, mais une incompréhension de nos collègues, de dire : “Ben, pourquoi ils ont pas eu un temps pour... t’sais, mettre une distance avec la zone rouge?” Fait que, même eux se sentaient comme un peu peut-être pas respectés dans leur travail; on apportait des gens de zone rouge. Pis, ç’a été la même chose pour nos collègues qui ont été déléstés en CHSLD : ils ont terminé une journée, puis ils revenaient ici sans zone tampon, donc ç’a été la même chose. » (Entrevue de groupe, intervenants)

De la même manière, ce retour au travail conventionnel a pu être difficile à vivre pour les personnes ayant participé à l’unité d’isolement en raison des différences de dynamique entre les deux milieux de travail.

« [...] Puis on nous a demandé comment on se sentait, puis tous ceux qui avaient participé au projet, on avait le sentiment un peu d’être des vétérans de la COVID... puis dans notre narratif, c’est ça qu’on était, on était des gens qui avaient été déracinés de leur hôpital. Je pense que c’est un peu pareil pour tout le monde. On y a mis beaucoup plus que ce qu’on nous a demandé, on s’est investis avec nos tripes là-dedans, puis tout d’un coup, c’est terminé. Là, on arrive, on doit se réadapter à un

milieu, on doit se réadapter au monde civil avec des gens qui ont pas vécu ça, avec des personnes qui ont continué à faire des appels téléphoniques, qui ont vécu d’autres choses, qui ont eu d’autres difficultés, qui ont eu d’autres choses à s’adapter – fait que je me suis senti un petit peu comme un extraterrestre par rapport à ça, qu’il y avait plus nécessairement tous les mêmes repères, puis ça m’a pris du temps à me réadapter à mon milieu, même que je dirais que c’est pas toujours évident. Il y avait une belle cohésion, ça aussi c’est difficile quand t’as une équipe que t’es toujours sur le plancher ensemble, puis que t’étais habitué d’avoir tes collègues à côté de toi, de faire appel à eux, tandis que là, c’est plus un travail beaucoup, beaucoup trop individualiste, puis on a énormément de travail à faire là-dessus pour se réapproprier la belle collaboration qu’on a développée. » (Entrevue de groupe, intervenants)

5.5.4

Effets perçus pour la clientèle

Selon les répondants, la prise en charge des PESI atteintes de la COVID-19 par une équipe de professionnels possédant une expérience a permis de garder les personnes en sécurité.

« Les gens qui ont été au Royal Vic ont tous eu ce qu’ils avaient besoin sur place, avec des personnes qui étaient des professionnels là-dedans et au niveau très technique, mais aussi au niveau de l’approche. C’est des gens qui étaient habitués. Donc, il n’y a pas eu non plus de heurts liés au savoir-être, qui est pas mal la clé d’entrée, d’habitude. [...] Je pense qu’il y a eu un gain de sécurité aussi, dans le sens où on avait des professionnels de la santé 24/7, fait que c’est sûr que, pour des gens un peu limite qui respirent un peu vite avec la COVID ou qui boivent de la bière à la planche avec plein de médicaments, ils étaient probablement plus en sécurité chez nous que dans les hôtels ou dans les autres organisations. » (Gestionnaire-clinicien 2)

Plusieurs rapportent que les services offerts et l’expérience générale de l’unité ont été grandement appréciés par la clientèle. Selon eux, les services offerts répondaient aux besoins des personnes, et l’approche de milieu de vie, combinée à la réduction des méfaits,

représentait un avantage pour retenir ces personnes pour la durée de la période d'isolement.

« Par rapport aux patients, comment ça a été reçu, ils capotaient, ils étaient full contents, ils ne comprenaient pas! [...] Mais oui, très reconnaissants qu'on leur offre de l'alcool [et des cigarettes]. Pour eux, c'était comme... tellement insoupçonné! » (Gestionnaire-clinicien 4)

« Certains ne voulaient plus partir, en fait! Donc, je pense qu'on leur a donné un niveau de confort et d'ouverture à leurs vulnérabilités, et de normalité par rapport à ce qui est considéré anormal chez eux dans l'offre de services habituelle dans leurs liens avec les instances du réseau de la santé habituel. [...] Les fois où je suis sur l'unité, j'avais des gens paisibles, souriants, de ce que j'ai pu voir [...] » (Gestionnaire 5)

« L'immense majorité des usagers, ils ont été extrêmement satisfaits des services qu'ils ont reçus. D'une part, on a répondu à des besoins fondamentaux, donc on leur a fourni un toit, on leur a permis d'avoir accès à de la nourriture, on leur a permis d'avoir un endroit sécuritaire où dormir. Juste ça, de ne pas avoir à chercher où dormir, quoi manger, où je peux avoir un abri sur la tête pour ne pas avoir froid, c'était peut-être l'intervention qu'ils avaient le plus de besoin, dans le contexte présent, sans jugement. » (Entrevue de groupe, intervenants)

« Puis, il y avait un autre couple aussi, inuit je crois. On avait fait un programme wet, puis eux, le témoignage : "C'était la première fois qu'on a pu sentir qu'on était accueillis comme couple, un, qu'on était accueillis comme couple avec notre consommation et notre désir de ne pas vouloir cesser cette consommation-là, peu importe la raison, puis qu'on soit accueillis avec respect." » (Entrevue de groupe, médecins)

En contrepartie, un répondant s'inquiète du fait que l'intensité des services offerts à l'unité d'isolement puisse avoir créé un besoin auquel il sera difficile de continuer à répondre. Cela interroge ainsi la capacité des services de santé et des services sociaux à répondre de manière intégrée en dehors d'une période de crise.

« J'extrapole et ça peut être pertinent pour vous, mais c'est ça que j'ai l'impression qu'on va avoir à gérer pendant longtemps : ce qu'on va avoir créé un peu comme trauma chez les gens, qu'ils aient vécu une certaine normalité – manger trois fois par jour, avoir un lit, une toilette, une douche, de l'intimité – et là, soudainement, on leur enlève ça! J'ai l'impression que ça va être plus long rattraper ça down the line. » (Gestionnaire 6)

EN RÉSUMÉ : RETOMBÉES PERÇUES DU PROJET

En matière de retombées perçues, trois grands thèmes reviennent dans les propos des répondants.

Premièrement, ces derniers considèrent que l'engagement dans l'unité d'isolement a permis aux professionnels de différents milieux de se rencontrer et de développer de nouvelles relations de confiance.

Deuxièmement, ils jugent que l'initiative a servi de tremplin pour l'implantation de pratiques novatrices, telles que la pharmacothérapie de remplacement et le programme de gestion de l'alcool (service wet). De la même manière, l'unité d'isolement a permis aux différents professionnels de repenser leur approche et leur manière d'être avec la clientèle.

Enfin, les répondants témoignent de la satisfaction exprimée par les PESI qui ont séjourné dans l'unité d'isolement. Selon eux, ces personnes étaient reconnaissantes du fait que leurs besoins aient été reconnus et qu'on y ait répondu avec respect et sans jugement.

CHAPITRE

6

Constats et leçons tirés de l'étude



CONSTATS ET LEÇONS TIRÉS DE L'ÉTUDE

Les résultats présentés aux chapitres précédents démontrent que les objectifs de l'étude ont été atteints. Ceux-ci permettent également d'inscrire l'unité d'isolement décrite dans ce projet dans le contexte plus global d'autres initiatives similaires mises en œuvre dans le monde au printemps 2020.

RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

- Documenter les composantes de l'unité d'isolement destinée aux PESI atteintes de la COVID-19 ou en attente d'un résultat de dépistage mise en place dans l'ancien hôpital Royal Victoria, à Montréal.
- Déterminer les forces, les obstacles ainsi que les enjeux d'implantation du programme, selon la perspective de gestionnaires et de cliniciens impliqués dans cette initiative.

6.1

Comment l'unité d'isolement se compare-t-elle aux initiatives similaires?

Les modalités déployées à l'unité d'isolement dans le contexte de la crise sanitaire s'inscrivent en cohérence avec celles d'autres initiatives mises en place au même moment en Occident pour les PESI (voir section [2.1 Composantes des programmes destinés aux PESI](#)). En effet, la majorité des initiatives mises en œuvre pour les PESI se caractérisent par une offre de services répondant aux besoins de base (repas et espace où dormir et s'isoler de façon sécuritaire). Plusieurs de ces initiatives proposent en outre un ensemble de services connexes offerts dans une perspective de réduction des méfaits.

D'abord, à propos des espaces physiques, la majorité des programmes étrangers étudiés sont mis en œuvre dans des hôtels, alors que l'initiative montréalaise a été implantée dans un ancien hôpital. De plus, malgré l'utilisation des espaces hospitaliers, le projet montréalais se démarque d'autres initiatives similaires par sa volonté explicite d'offrir un milieu d'isolement se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie. Ainsi, au-delà de la tolérance à la consommation de SPA, l'unité du Royal Victoria visait à offrir un espace de vie avec une présence importante de professionnels pouvant répondre aux différents besoins exprimés par les personnes hébergées.

À propos des services offerts dans le cadre des réponses d'urgence en lien avec la crise de COVID-19, l'unité d'isolement s'est distinguée de certaines initiatives recensées par l'intégration d'un ensemble de services liés à la consommation de SPA. Elle a notamment offert, comme il a été noté plus haut, un programme de gestion de l'alcool (service *wet*), un programme de gestion du tabac et du cannabis, une salle d'injection supervisée ainsi qu'un ensemble de protocoles de pharmacothérapie de remplacement. À cet égard, les initiatives similaires menées ailleurs dans le monde se limitent bien souvent à la prescription d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) et à la tolérance à une certaine consommation d'alcool.

6.2

Quels sont les obstacles ayant nui à l'implantation de l'unité d'isolement selon les acteurs impliqués?

Les principaux obstacles cités par les répondants renvoient à des lacunes de communication, au manque de personnel et aux tensions liées à l'approche d'intervention.

6.2.1

Lacunes de communication

Dans toute initiative d'envergure, la communication est centrale, et le cas de l'unité d'isolement décrite ici ne fait pas exception. Ainsi, une partie des répondants ont rapporté avoir observé des lacunes de communication qui ont pu constituer des freins à l'implantation et au bon fonctionnement interne de l'unité. Plus précisément, ceux-ci ont noté que la communication aux interquarts et l'absence de réunions d'équipe ont représenté des obstacles à la continuité des soins entre les quarts de travail. Ces lacunes ont été particulièrement ressenties et nommées par les intervenants psychosociaux. Cela met en lumière l'expérience et la perception différentes des enjeux de communication qu'ont pu avoir ces intervenants par rapport aux autres catégories de professionnels interviewés.

Dans un autre ordre d'idées, les répondants évoquent la méconnaissance du mandat de l'unité d'isolement et de la clientèle cible de la part des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du milieu communautaire. Cela a contribué à complexifier le travail des professionnels affectés au Royal Victoria et pourrait expliquer le sentiment de *dumping* relevé par un médecin interrogé, l'unité d'isolement ayant été vue et utilisée par les partenaires comme l'endroit vers lequel diriger les cas trop complexes. À cet égard, il apparaît évident que le rôle et le mandat d'une telle unité devraient être les plus explicites possible, tout en étant diffusés largement auprès des partenaires par l'entremise d'un agent de liaison, comme cela a été proposé par un autre des médecins interrogés. Ultiment, les difficultés de communication

en temps de crise avec les partenaires externes, ainsi que l'évolution rapide des directives et des consignes sanitaires, ont pu entraîner des difficultés, notamment lors du congé des PESI hébergées à l'unité.

6.2.2

Manque de certains types d'emplois

La rapidité à laquelle l'initiative a été mise en place ainsi que le fardeau imposé au réseau de la santé et des services sociaux par la crise sanitaire ont nécessité de la part des responsables du projet de faire des choix en ce qui a trait au personnel à impliquer. Par conséquent, l'absence de préposés aux bénéficiaires, le manque d'infirmières et la difficulté à recruter des agents de sécurité ont représenté des obstacles importants à l'implantation. Afin de pallier ces manques, des intervenants psychosociaux se sont retrouvés à assumer des tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés ou qui ne s'inscrivent pas dans leur mandat. Cette flexibilité dans les rôles assumés par les intervenants psychosociaux représente ainsi à la fois une qualité, tel que noté plus haut, mais aussi la conséquence du manque de certains types d'emplois.

6.2.3

Tensions entre le milieu de vie et les possibilités d'intervention

Une tension importante en ce qui a trait aux approches préconisées dans l'implantation de l'unité d'isolement a été notée par de nombreuses personnes interrogées. En effet, la recherche constante d'équilibre entre le respect du rythme des PESI hébergées et la possibilité d'intervenir (sur le plan médical et social) auprès d'une clientèle souvent difficile à desservir a généré une tension parfois lourde à assumer pour les professionnels. Celle-ci semble en outre avoir été exacerbée par la forte présence médicale ainsi que par le fort leadership de ces intervenants tout au long de l'initiative. Il est toutefois à noter que ce contexte d'ambivalence peut également être vu comme un élément ayant favorisé l'innovation et la flexibilité sur le plan des rôles dans un contexte de crise. De même, cette ambivalence semble avoir permis à certaines des personnes interviewées d'adopter une posture autoréflexive sur leur pratique professionnelle.

TROIS THÈMES TRANSVERSAUX QUI RÉSUMENT LES CONSTATS ET LEÇONS TIRÉS DU PROJET :

- **Ambivalence** : Des ambivalences ont caractérisé l'implantation de l'unité à plusieurs égards, en particulier dans la recherche d'un équilibre entre l'approche de milieu de vie et l'interventionnisme médical. La tolérance à l'ambivalence et les réflexions des répondants sur leur pratique semblent avoir constitué des facteurs favorisant l'implantation de l'initiative, malgré les défis.
- **Flexibilité et adaptabilité** : L'initiative et ses principaux acteurs (professionnels et gestionnaires) ont fait preuve d'adaptabilité en développant des pratiques innovantes afin de répondre aux besoins des PESI ainsi qu'à l'urgence sanitaire. La flexibilité et l'adaptabilité apparaissent comme des aspects essentiels du développement et de la mise en œuvre d'un nouveau programme en contexte de crise sanitaire. De plus cette flexibilité et cette adaptabilité ne semblent pas étrangères à l'ambivalence décrite ci-haut, cette dernière ayant pu influencer de façon positive sur la flexibilité présentée ici.
- **Approches d'intervention partagées (milieu de vie et réduction des méfaits)** : L'adhésion commune à une approche de réduction des méfaits semble avoir favorisé le maintien de l'équilibre dans l'équipe ainsi que la rétention des PESI pour la période requise de leur isolement volontaire. L'expérience préalable de la majorité des intervenants auprès de la clientèle cible pourrait avoir contribué à faciliter l'adoption d'une vision commune de la réduction des méfaits.

6.3

Quels sont les facteurs ayant facilité l'implantation de l'unité d'isolement selon les acteurs impliqués?

Trois grandes catégories de facteurs ayant favorisé l'implantation de l'unité d'isolement ont été évoquées par les parties prenantes interrogées : les facteurs associés aux caractéristiques du personnel, les facteurs associés au cadre de gestion et les facteurs associés à l'approche de milieu de vie et philosophies d'intervention.

6.3.1

Facteurs associés au personnel

En ce qui a trait aux facteurs facilitants associés aux caractéristiques du personnel, le récit fait par les répondants lors des entrevues met en relief l'expérience antérieure pertinente, les motivations et le leadership, l'adaptabilité et la flexibilité, la tolérance à l'ambivalence et la collaboration professionnelle.

6.3.1.1

Expérience antérieure pertinente

Les résultats de l'analyse des entrevues réalisées mettent en lumière l'expérience préalable dans le domaine de la dépendance des parties prenantes impliquées dans le développement, le déploiement et le soutien du programme. Leur expertise auprès de la clientèle semble avoir contribué à la mise en place d'une offre de services favorisant la rétention de la clientèle et la réponse à leurs besoins.

6.3.1.2

Volontariat, motivations et leadership

Les entrevues avec les professionnels révèlent également que plusieurs d'entre eux se sont portés volontaires pour travailler à l'unité d'isolement du Royal Victoria en disposant de très peu d'informations et pour éviter d'être délestés dans d'autres milieux de soins, en particulier les CHSLD. Malgré cela, la motivation et le leadership demeurent des thèmes centraux du récit des professionnels et des gestionnaires interrogés. La volonté de redonner un sens à son travail et de déve-

lopper de nouvelles compétences explique les motivations de plusieurs professionnels engagés dans le projet. De plus, le rôle de catalyseur joué par les instigatrices de l'initiative et par d'autres personnes ayant fait preuve de leadership est perçu de façon générale comme un facteur ayant favorisé la mise en œuvre de l'unité d'isolement.

6.3.1.3

Tolérance à l'ambivalence et flexibilité du personnel

Le récit des acteurs impliqués dans le programme illustre leur tolérance à l'ambivalence. En effet, les répondants témoignent de l'existence d'une tension entre l'objectif d'une approche de milieu de vie et les possibilités d'intervention qu'offrait la présence des personnes hébergées dans l'unité. À cet égard, les entrevues effectuées révèlent une grande capacité de réflexion de la part des personnes interrogées sur leur expérience et leur positionnement professionnels, du début à la fin de l'initiative.

Ainsi, les résultats de l'analyse qualitative mettent en relief la volonté du personnel d'adapter les services en fonction des besoins de la clientèle desservie tout au long de l'initiative. Que ce soit sur le plan de l'offre alimentaire, de l'intensité des soins ou de la gestion de la consommation de SPA, l'adaptabilité des modalités semble avoir été favorisée par la flexibilité du personnel.

6.3.1.4

Collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe de l'unité d'isolement

Le travail interdisciplinaire, l'entraide et le partage d'expertise sont cités par de nombreux répondants comme des facteurs ayant facilité l'implantation du projet dans la mesure où la collaboration permettait de faire diminuer l'anxiété liée au caractère incertain du projet, de développer une compréhension du travail des autres et de trouver des solutions complémentaires aux problèmes rencontrés.

6.3.2

Facteurs associés au cadre de gestion

En ce qui a trait aux facteurs facilitants associés au cadre de gestion, les entrevues qualitatives mettent en lumière l'adaptabilité du programme ainsi que l'assouplissement des structures de gestion pour répondre à la crise sanitaire. De même, la fluidité de la communication entre les paliers hiérarchiques est citée par les gestionnaires interrogés. Cependant, ce constat ne semble pas avoir été partagé par certains autres groupes de professionnels, notamment les intervenants psychosociaux, qui ont vécu davantage de frictions en lien avec cette question.

6.3.2.1

Adaptabilité des composantes du programme

L'unité d'isolement, dans sa conception initiale, visait à offrir un milieu de vie aux PESI du territoire du CIUSSS CCSMTL atteintes de la COVID-19 mais qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation afin qu'elles puissent compléter la période d'isolement requise dans un contexte sécuritaire, en ayant accès à des soins médicaux et des services sociaux de base. Cependant, des modifications ont dû être apportées en cours de projet. Peu de temps après sa mise en œuvre, le programme a ainsi fait preuve d'adaptabilité (Damschroder et al., 2009) en modifiant sa définition du concept d'itinérance et en élargissant son mandat et ses critères d'admission pour inclure les PESI en attente du résultat d'un test de COVID-19. L'adaptabilité semble donc être un thème central qui a accompagné l'initiative, de son idéation à sa gestion quotidienne, en passant par son implantation. Rappelons à cet égard que l'unité d'isolement se voulait une réponse exceptionnelle à une situation de crise exceptionnelle et a été déployée rapidement.

6.3.2.2

Flexibilité des structures de gestion en contexte de crise sanitaire

L'analyse du récit des répondants suggère que le contexte de crise sanitaire a favorisé l'assouplissement des structures décisionnelles et, par conséquent, l'implantation rapide de l'unité d'isolement destinée aux PESI — et le développement de pratiques innovantes par le biais de celle-ci.

6.3.2.3

Communication entre les paliers hiérarchiques

Les propos de plusieurs répondants permettent de conclure que les stratégies de communication entre les paliers décisionnels et le corps médical de l'unité d'isolement ont favorisé une réponse rapide aux demandes faites sur le terrain pour répondre aux besoins de la clientèle. Toutefois, il est nécessaire de nuancer ces propos en ajoutant que certains répondants, en l'occurrence de nombreux intervenants psychosociaux, considèrent avoir été exclus des structures de communication.

6.3.3

Facteurs associés à l'approche de milieu de vie et aux philosophies d'intervention

L'analyse des témoignages obtenus auprès des acteurs impliqués dans l'unité d'isolement met en lumière l'incidence des approches d'intervention en termes de rétention des PESI et de cohésion de l'équipe professionnelle.

D'une part, l'approche de milieu de vie, l'accompagnement individualisé et les interventions de réduction des méfaits semblent avoir contribué à la satisfaction des PESI hébergées dans l'unité, selon ce qui est rapporté par les intervenants interrogés, ce qui aurait favorisé leur séjour volontaire pour la durée prescrite d'isolement.

D'autre part, malgré certaines frictions professionnelles, l'adhésion générale à des approches et à des philosophies d'intervention partagées semble avoir contribué à maintenir l'équilibre de l'ensemble des acteurs impliqués et leur poursuite commune d'objectifs.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente étude comporte plusieurs limites. D'une part, la perspective de plusieurs parties prenantes n'a pu être documentée (i.e. PESI hébergées, partenaires du réseau), notamment en raison de délais associés au développement du devis de recherche et de l'obtention des autorisations du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS CCSMTL obtenues le 14 mai 2020. Pendant leurs séjours à l'unité d'isolement, les PESI hébergées n'ont pas pu être invitées à participer à l'étude et rencontrées sur place en raison des mesures sanitaires. Après leur séjour à l'unité d'isolement, les PESI n'ont pas pu être recontactées afin de participer à l'étude. Enfin, la courte durée de vie de l'unité d'isolement (31 mars 2020 au 12 juin 2020) associée aux délais pour la mise en place du projet de recherche a également participé à l'incapacité de l'équipe de recherche d'intégrer la perspective des personnes hébergées. Dans le cas précis des personnes hébergées à l'unité d'isolement, la possibilité d'aller à leur rencontre aurait permis d'enrichir notre compréhension des composantes de l'unité d'isolement et de leur impact sur les personnes hébergées et sur la gestion interne de l'unité d'isolement.

D'autre part, certaines personnes interrogées ont pu être interrogées deux fois en raison de leur double responsabilité au sein de l'unité (p. ex. : clinicien et gestionnaire). Ce faisant, il est possible que cela ait amplifié l'importance de certains thèmes mis de l'avant par les personnes interviewées. De plus, la méthodologie rétrospective, qui a pris la forme d'entrevues a posteriori, n'a pas permis de recouper les perceptions des différents acteurs avec, par exemple, des observations *in situ*. À cet égard, notons que le contexte de la pandémie de COVID-19 a limité la capacité de l'équipe de recherche à procéder à de telles observations au Royal Victoria. Par ailleurs, il faut rappeler que l'emploi d'une méthodologie rétrospective s'accompagne d'un risque de biais de rappel.

À l'inverse, l'approche qualitative préconisée dans ce projet a permis de réaliser des entrevues approfondies avec les professionnels et les gestionnaires impliqués. De plus, le projet de documentation de cette initiative a pu bénéficier de l'apport d'une diversité d'intervenants, mais aussi et surtout de l'apport des personnes ayant réfléchi à cette initiative et l'ayant mise en place. À cet égard, notre étude se démarque d'autres études repérées dans la littérature par le fait qu'elle combine une analyse de contenu objectif et subjectif, à savoir l'expérience vécue des différents intervenants impliqués dans cette initiative ainsi que la documentation des différentes composantes du projet. De plus, les entrevues ont été effectuées à l'aide d'un canevas d'entretien exhaustif développé en fonction d'un cadre théorique d'évaluation robuste et éprouvé, à savoir le *Consolidated Framework for Implementation Research* (Damschroder et al., 2009).

CONCLUSION

L'implantation d'une unité d'isolement pour les PESI au pavillon Ross de l'ancien hôpital Royal Victoria a été une initiative exceptionnelle en réponse à une situation de crise tout aussi exceptionnelle. Le présent projet a permis de documenter les composantes fondamentales de cette initiative, ainsi que les éléments qui ont pu faciliter ou freiner son implantation. Bien que les objectifs de cette étude ne visaient pas l'élaboration de recommandations formelles, ses résultats soulignent plusieurs éléments qui peuvent aider à la réflexion et au développement d'initiatives similaires dans d'autres régions du Québec et ailleurs dans le monde en prévision d'éventuelles crises sanitaires.

De plus, au niveau des pratiques professionnelles et organisationnelles, les résultats de ce projet soulignent l'importance des services d'hébergement dans le développement d'une réponse intégrée aux besoins complexes des PESI. De la même manière, l'expérimentation de certaines pratiques novatrices dans le domaine de la dépendance a permis de documenter auprès des répondants interrogés la faisabilité de ces pratiques et leur acceptabilité. Ce faisant, il apparaît intéressant, à partir de cette expérimentation préliminaire, de suivre la manière dont ces pratiques novatrices pourront être adaptées dans le cadre de services plus conventionnels et en dehors du contexte de crise sanitaire. Enfin, plus largement, ce projet montre l'importance d'une réponse intégrée pour correspondre adéquatement aux besoins multiples d'une population souvent aux prises avec des enjeux complexes et concomitants de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. Ce projet met en exergue la nécessité de développer de nouvelles approches collaboratives et multidisciplinaires pour répondre aux besoins des PESI en dehors du contexte de pandémie.

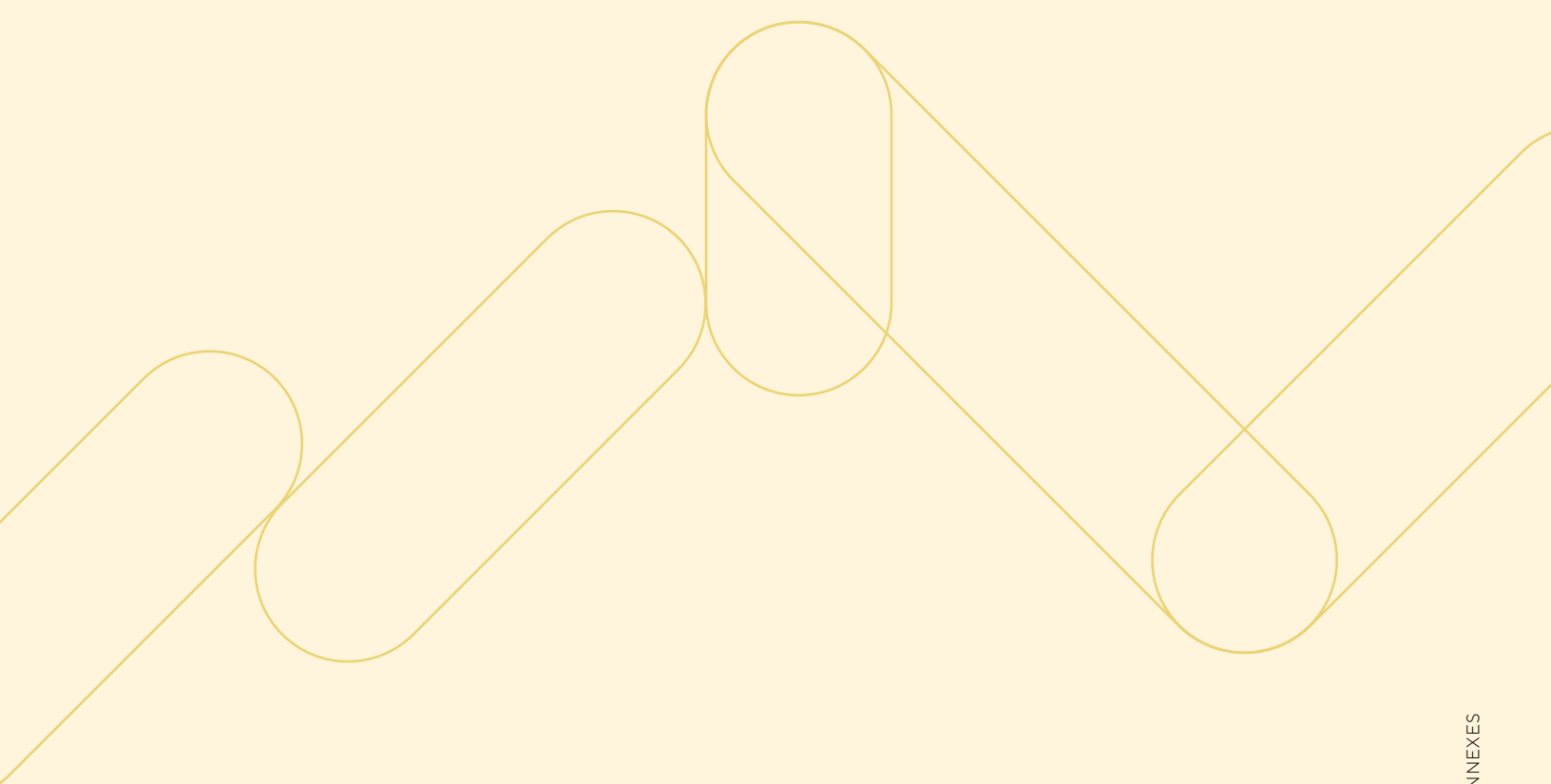
RÉFÉRENCES

- Alameda County Health Care Services Agency. (2020). *Operation Comfort: Alameda County Emergency Hotel Shelter Handbook*. https://mcusercontent.com/d477f3e2e075003c9d2f335a3/files/7a700a11-4a88-4f17-8b85-bc29c0c94669/Alameda_County_Draft_Isolation_Hotel_PPs_manual_v_3_1_04_09_20.pdf
- Baggett, T. P., Racine, M. W., Lewis, E., De Las Nueces, D., O'Connell, J. J., Bock, B. et Gaeta, J. M. (2020). Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 33354920936227. <https://doi.org/10.1177/0033354920936227>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Brousselle, A., Hartz, Z. et Denis, J.-L. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes*.
- County of Los Angeles. (2020, 13 mars). COVID-19: Project Room Key. COUNTY OF LOS ANGELES. <https://covid19.lacounty.gov/project-roomkey/>
- County of Wellington et Drop-In Centre Guelph. (2020). *Interim Covid Shelter (ICS) - Procedure Handbook*. Google Docs. https://docs.google.com/document/d/1uqAZ8f1Z-CGS7gpUUbq8zz32CyFYM-X33glhs3UQuUw8/edit?usp=embed_facebook
- Cunningham, A., Howell, B. A., Feler, J., Lapadula, J., Lipkin, S., Lopez, L., Lo, E., Martinez-Strengel, A., Nash, K. A., Portanova, J., Thompson, K. et Rosenthal, D. I. (2020). *COVID19 Respite Facility for people experiencing homelessness* (p. 80). National Health Care for the Homeless Council. https://nhchc.org/wp-content/uploads/2020/04/ForDissemination_DRAFT_March2020_NewHaven_COVIDRESPITE.pdf
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Gaeta, J. M., De Las Nueces, D., Munson, D. G., Barocas, J. A. et Walsh, K. E. (2020). Case 21-2020: A 66-Year-Old Homeless Man with Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpc2002421>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Décret 177-2020 - Concernant une déclaration d'urgence sanitaire conformément à l'article 118 de la Loi sur la santé publique*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-177-2020.pdf?1584224223>
- Goyer, M.-È., Hudon, K., Bell, S., Ferguson, Y., Lavoie, S. et Plessis-Bélair, M.-C. (2020). *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*. Institut universitaire sur les dépendances (IUD). https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Guide%20TUO_VF_envoy%C3%A9%20au%20MSSS%20le%20%20mars%202020.pdf
- Goyer, M.-È., Hudon, K., Plessis-Bélair, M.-C. et Ferguson, Y. (2020). *La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec : guide clinique à l'intention des prescripteurs*. Institut universitaire sur les dépendances. <http://dependanceitinerance.ca/dependance/la-pharmacotherapie-de-remplacement/>
- Heimer, R., McNeil, R. et Vlahov, D. (2020). A Community Responds to the COVID-19 Pandemic: a Case Study in Protecting the Health and Human Rights of People Who Use Drugs. *Journal of Urban Health*, 97(4), 448-456. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00465-3>
- Keck, F. (2020). *Ajustements de l'offre de service en itinérance en contexte COVID-19*. CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Kirby T. (2020). Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 447-449. <https://doi.org/10.1016/S2213-2600%2820%2930160-0>
- Komaromy, M., Harris, null, Koenig, M. R. M., Tomanovich, M. M., Ruiz-Mercado, G. et Barocas, J. A. (2020). Caring for COVID's most vulnerable victims: a safety-net hospital responds. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-97328/v1>
- Lewer, D., Braithwaite, I., Bullock, M., Eyre, M. T., White, P. J., Aldridge, R. W., Story, A. et Hayward, A. C. (2020). COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(12), 1181-1191. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30396-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30396-9)
- Los Angeles Homeless Services Authority. (2020). *Project Roomkey Interim Housing Program Policies and Procedures*. <https://www.lahsa.org/documents?id=4464-project-roomkey-interim-housing-program-policies-and-procedures.pdf>
- MacKenzie, O. W., Trimbur, M. C. et Vanjani, R. (2020). An Isolation Hotel for People Experiencing Homelessness. *New England Journal of Medicine*, 0(0), e41. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2022860>
- Marcus, T. S., Heese, J., Scheibe, A., Shelly, S., Lalla, S. X. et Hugo, J. F. (2020). Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa's COVID-19 lockdown. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00404-0>

- Ministère de la Santé et des services sociaux. (2020). *Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-05W.pdf>
- Mission Old Brewery. (2020). *Projet de réaffiliation en santé mentale et itinérance (PRISM)*. *Mission Old Brewery | Montréal*. <https://www.missionoldbrewery.ca/fr/nos-actions/prevention-et-fin-de-litinerance/sante-urbaine/>
- Miyawaki, A., Hasegawa, K. et Tsugawa, Y. (2020). Lessons from Influenza Outbreaks for Potential Impact of COVID-19 Outbreak on Hospitalizations, Ventilator Use, and Mortality Among Homeless Persons in New York State. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2781-2783. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05876-1>
- Nash, K. A., Howell, B. A., Lo, E., Portanova, J., Thompson, K., Cunningham, A., Dalal, M., Lipkin, S. B. et Rosenthal, D. I. (2020). Developing a COVID-19 Medical Respite Unit for Adults Experiencing Homelessness: Lessons Learned from an Interdisciplinary Community-Academic Partnership, 16.
- NHS et NHS Improvement. (2020). *COVID-19 Clinical homeless sector plan: triage – assess – cohort – care*. <https://www.pathway.org.uk/wp-content/uploads/COVID-19-Clinical-homeless-sector-plan-160420-1.pdf>
- O'Carroll, A., Duffin, T. et Collins, J. (2020). *Saving Lives in the time of COVID-19 - Case Study of Harm Reduction, Homelessness and Drug Use in Dublin, Ireland* (p. 13). The London School of Economics and Political Science. <https://www.drugsandalcohol.ie/32291/1/Harm-Reduction-in-the-time-of-COVID19.pdf>
- Perri, M., Dosani, N. et Hwang, S. W. (2020). COVID-19 and people experiencing homelessness: challenges and mitigation strategies. *CMAJ*, 192(26), E716-E719. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200834>
- Pfefferbaum, B. et North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Polflit, E., Goyer, M.-E. et Champagne, J. (2020). *Cadre clinique de l'unité COVID+*.
- Ramírez-Cervantes, K. L., Romero-Pardo, V., Pérez-Tovar, C., Martínez-Alés, G. et Quintana-Díaz, M. (2020). A medicalized hotel as a public health resource for the containment of Covid-19: more than a place for quarantining. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa129>
- Seattle-King County Public Health. (2020, 30 avril). *Response for people living homeless*. <https://kingcounty.gov/~media/depts/health/communicable-diseases/documents/C19/hch/infographic-isolation-quarantine-homeless.ashx?la=en>
- Silva, D. S. et Smith, M. J. (2020). Social distancing, social justice, and risk during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00354-x>
- Story, A. (2013). Slopes and cliffs in health inequalities: comparative morbidity of housed and homeless people. *The Lancet*, 382, S93. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62518-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62518-0)
- Svoboda, T., Baral, S., Perlas, P., Bond, A., Orkin, A., Jardine, L. et Tanner, G. (2020). *Isolation Site for Individuals Who Are Homeless: High Level Policies and Procedures Overview* (p. 32). Inner City Health Associates. <http://cnh3.ca/wp-content/uploads/Covid-19-Isolation-Shelter-Framework-for-Individuals-Who-Are-Homeless.pdf>
- Tricco, A., Langlois, E. et Straus, S. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. World Health Organization.
- Tsai, J. et Wilson, M. (2020). COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet. Public Health*, 5(4), e186-e187.

ANNEXES

Annexe 1 – Équation de recherche littérature scientifique	70
Annexe 2 – Liste des sources de littérature grise consultées	71
Annexe 3 – Algorithme d’inclusion des articles scientifiques	72
Annexe 4 – Canevas d’entrevues (entrevues individuelles avec les cliniciens et gestionnaires)....	73
Annexe 5 – Canevas d’animation (entrevues de groupe avec les professionnels)	76
Annexe 6 – Tableau résumé des résultats de la recension des écrits	78
Annexe 7 – Code de vie	84



ÉQUATION DE RECHERCHE LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Équation de recherche OVID (Medline, Psycinfo, Embase et Cochrane)

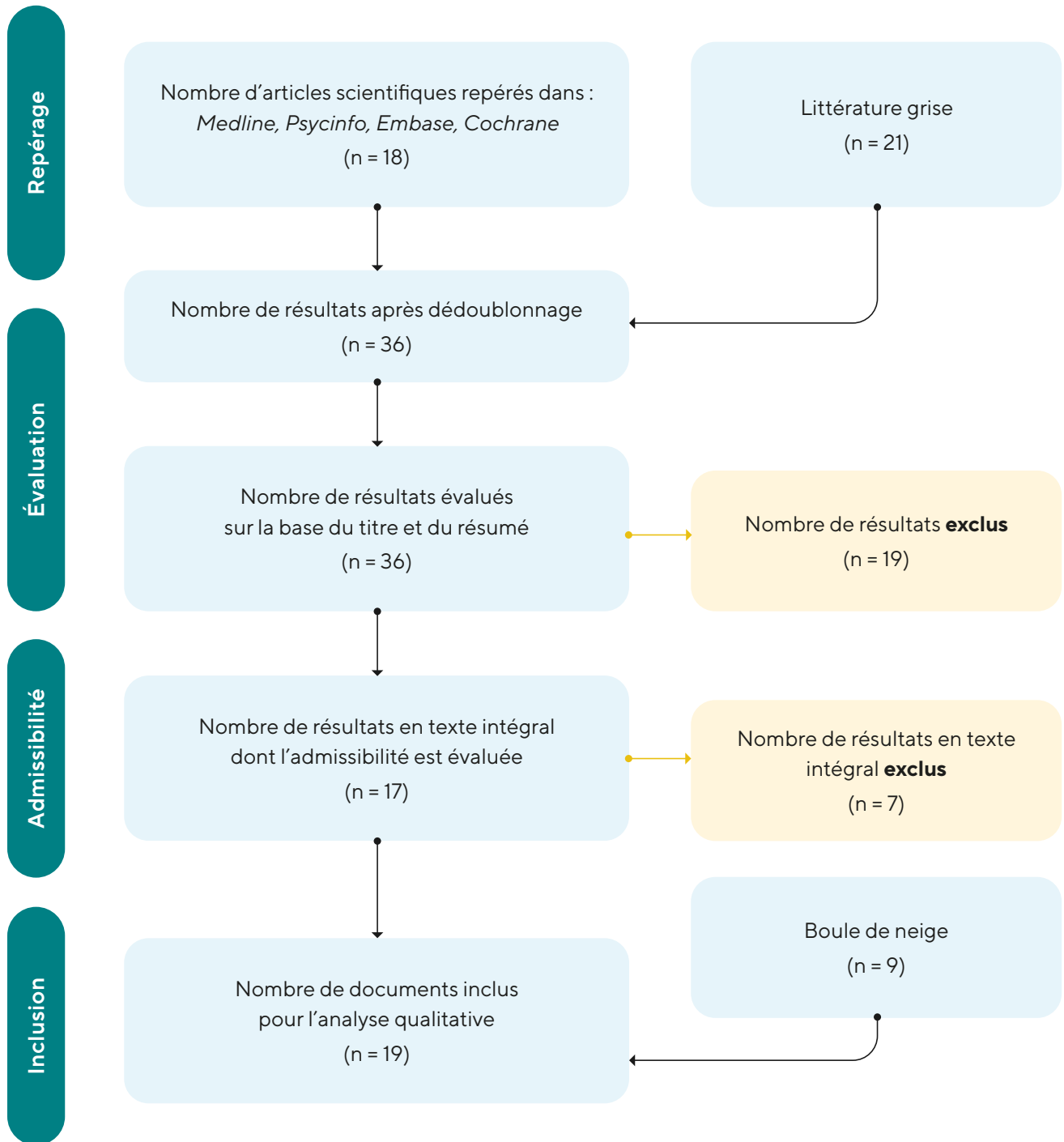
1. homeless* or houseless* or unsheltered or roofless* or evict* or housing excl* or "living on the street*" or unstable housing or marginally housed * or precarious housing* or "street entrenched" or improvised dwell* or street youth or street life or street people or street person* or street living or "without a roofOR rough sleeping").mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw, tn, dm, mf, dv, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, an, ui, sy, tc, id, tm, mh]
2. limit 1 to yr="2019 -Current"
3. (coronav* or SARS-CoV or Covid* or epidem* or pandem* or sanitary crisis or sanitary emergenc* or outbreak).mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw, tn, dm, mf, dv, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, an, ui, sy, tc, id, tm, mh]
4. limit 3 to yr="2019 -Current"
5. (hostel or motel or shelter*OR hospital-based isolation or living accommodation or community lodg* or public housing or community housing or emergency shelter* or relief shelter or housing programs or medical respite care).mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw, tn, dm, mf, dv, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, an, ui, sy, tc, id, tm, mh]
6. limit 5 to yr="2019 -Current"
7. 2 and 6
8. 4 and 9
9. 8 and 10
10. 2 or 6
11. 4 and 12
12. 7 and 13

LISTE DES SOURCES DE LITTÉRATURE GRISE CONSULTÉES

Sites web organisations/organismes interrogées :

- *Canadian Observatory on Homelessness,*
- *John Hopkins The Covid-19 Update,*
- *London School of Hygiene and Tropical Medicine,*
- *Drug and Alcohol Findings,*
- *EMCDDA Publications,*
- *Nature*
- Veille informationnelle CIUSSS- CCSMTL - Personnes en situation d'itinérance
- Veille informationnelle CIUSSS- CCSMTL - Personnes dépendantes
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues (CDPC)
- *British Columbia Center on Substance Use (BCCSU)*
- *British Columbia Center for Disease Control (BCCDC)*
- *Vancouver Coastal Health - COVID-19 and vulnerable groups*
- *The Homeless Hub*
- *CNH3*
- *Raising the roof*
- *Centre for Homeless Impact*
- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
- Santé Canada
- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

ALGORITHME D'INCLUSION DES ARTICLES SCIENTIFIQUES



CANEVAS D'ENTREVUES

(entrevues individuelles avec les cliniciens et gestionnaires)

1. Contexte pré-implantation: avant la COVID-19

- Avant d'aborder le contexte de la pandémie, pouvez-vous nous décrire vos fonctions et responsabilités professionnelles au sein de l'organisation?
 - Statut
 - Formation/discipline
 - Expériences antérieures
- Au mois de février (avant la COVID-19) comment décririez-vous la situation?
 - Services vs besoins des usagers
 - Moyens à disposition
 - Perspective de développement de nouvelles pratiques

2. Événements menant à l'ouverture de l'unité d'isolement

- Au mois de mars, les choses semblent à la fois s'être précipitées et avoir ouvert de nouveaux horizons d'intervention. Pouvez-vous nous parler de cette période?
- Si on voulait refaire la chronologie des événements, quelle serait la séquence des événements qui a marqué l'épisode RVH?

3. Philosophie d'intervention

- L'unité RVH n'est pas sans lien avec une tradition d'intervention qui se déploie dans plusieurs dispositifs développés depuis les trois dernières décennies dans les services sociaux montréalais. Qu'est-ce qui caractérise cette philosophie d'intervention?

4. Principaux acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'unité et leurs rôles

- Qui sont les personnes responsables à l'origine de l'initiative du RVH? Qui sont les personnes qui ont été impliquées dans l'élaboration et le développement de l'unité?
- Quelle expérience dans l'implantation d'initiatives similaires? De quelles organisations? Quel statut hiérarchique?
- Quels partenaires ont été sollicités/impliqués dans l'élaboration de l'initiative RVH?
 - Comment la collaboration s'est-elle effectuée?
 - Comment le partage des tâches/responsabilités s'est-il effectué?
 - Qui a pris le morceau et pour quelles raisons?

5. Objectifs et bases théoriques de l'unité

- Quels sont les objectifs et les mandats de cette unité? (*objectifs/mandats*)
 - Ont-ils évolué depuis la mise en place de l'unité?
- Sur quelles bases théoriques ou pratiques l'unité a-t-elle été conçue/réfléchi? (*origine de l'intervention*)

6. L'unité d'isolement au sein du réseau de la santé (contexte interne)

- Quelles sont les collaborations qui ont dû être établies avec les autres structures du RSSS, du milieu communautaire ou d'autres partenaires? (*réseau et communication*)
- Comment s'est déroulée la collaboration/communication avec les autres structures du RSSS, du milieu communautaire ou d'autres partenaires? (*réseau et communication*)
- Quel est le processus de référencement (trajectoire de service) pour les personnes présentant des symptômes de la COVID-19? (*mise en relation externe*)

7. Les services qui sont offerts à l'unité d'isolement

- Quelles sont les caractéristiques des soignants qui y travaillent? (*caractéristiques des intervenants*)
- Quelles sont les caractéristiques des personnes qui y reçoivent des soins? (*caractéristiques des usagers*)
- Est-ce que les services offerts répondent aux besoins des personnes qui sont admises à l'unité d'isolement? (*besoins des patients et ressources*)

8. Caractéristiques distinctives de l'unité

- Qu'est-ce qui distingue RVH d'autres ressources?
- Quels sont les avantages de cette unité?
- Quels sont les désavantages de cette unité?

9. La mise en place initiale de l'unité et de ses différentes composantes

- Comment s'est passée la mise en place initiale?
- Quels ont été les enjeux auxquels vous avez dû faire face?
- Comment a été accueillie l'implantation de l'unité d'isolement? (*climat d'implantation*)
 - Par le réseau?
 - Par les partenaires communautaires?
 - Par les soignants?
 - Par les personnes recevant des soins?

10. Facteurs facilitants et défis à l'implantation

- Quels ont été les facteurs qui ont facilité l'implantation d'une innovation comme le RVH dans un contexte d'urgence? (*stratégies d'innovation*)
- Quels ont été les défis rencontrés dans l'implantation d'une innovation comme le RVH dans un contexte d'urgence? Quelles stratégies avez-vous employées pour y faire face?
- Comment les caractéristiques personnelles des professionnels travaillant à l'unité d'isolement ont pu faciliter ou complexifier l'implantation et le travail au quotidien? (*Caractéristiques personnelles*)
- Quels sont les mécanismes de gestion qui ont été mis en place pour l'organisation du travail à RVH pour faciliter l'implantation et la flexibilité du service?

11. La gestion

- Qu'est-ce que la cogestion? Comment ça s'est appliqué/construit dans le contexte de RVH?
- Quel type de leadership? Par qui? (Caractéristiques professionnelles et personnelles)
- Quels mécanisme, espace réflexif ou espace de discussion ont été mis en place pour réfléchir à l'intervention planifiée et à son adaptation en temps réel? (réflexion et évaluation)
- Comment cela fonctionne-t-il? Quelle est l'appréciation générale de ce mécanisme par les gestionnaires et les professionnels?
- Comment ont été communiqués les problèmes, les préoccupations cliniques, les modifications potentielles et propositions de fonctionnement au sein de l'unité? (réseaux et communication)

12. Changements apportés à l'unité au cours de la vie de l'intervention (RVH)

- Quels changements ont été apportés?
- À quel moment?
- Qu'est-ce qui a motivé ces changements?
- Comment cela s'est-il déroulé?
- Comment la décision de mettre en place ces changements a-t-elle été prise?
- Comment ont été accueillis ces changements?
 - Par l'équipe clinique? Par les personnes recevant des soins?

13. Enjeux pour la suite

- Avec la fin de RVH, et son transfert, quels enjeux/préoccupations entrevoyez-vous?
- Quelles différences entrevoyez-vous dans le type de services offerts aux PESI COVID+ avec le transfert et le démantèlement de RVH?
 - Quels impacts cela peut-il avoir sur les personnes bénéficiant de ces services?
 - Quels impacts cela peut-il avoir sur les professionnels ayant travaillé à RVH de retour dans leur milieu respectif?

14. Bilan

- Qu'est-ce qui serait à faire autrement si vous aviez à rouvrir le RVH?
 - processus de gestion, collaborations, etc.
 - offre de soins, etc.
- Quels éléments fondamentaux du RVH seraient à garder tel quel dans le cas d'une réouverture?
- Dans le contexte où nous souhaiterions exporter le modèle à d'autres régions quels sont les éléments clés à prendre en considération? Quels sont les éléments fondamentaux à prendre en considération pour l'implantation de cette intervention dans un autre milieu?
- Expérience transformatrice en quoi?

CANEVAS D'ANIMATION

(entrevues de groupe avec les professionnels)

1. Contexte d'arrivée en poste à l'unité

- Dans quel contexte vous êtes-vous retrouvés au RVH? (*délestage, choix volontaire*)
 - Comment avez-vous vécu cela?
- Que saviez-vous alors du RVH?
 - Quelle était votre compréhension initiale de la mission et des services offerts au RVH?
 - Étiez-vous d'accord avec les objectifs de l'intervention et les principes qui les sous-tendent?
 - Est-ce que cela correspondait à la philosophie d'intervention de votre équipe habituelle?
 - Quels étaient les défis anticipés liés à cette nouvelle offre de service? Les avantages?

2. L'adaptation des pratiques professionnelles à l'unité d'isolement

- Comment avez-vous dû adapter votre pratique habituelle pour œuvrer dans ce contexte?
 - Comment les nouvelles normes de santé publique et la nouvelle façon d'organiser le travail en période COVID ont changé vos façons d'intervenir et votre rapport aux usagers?
 - En quoi l'organisation physique des lieux et le fait que le RVH se soit défini comme un milieu de vie ont impacté votre pratique?
- Quelle marge de manœuvre professionnelle avez-vous eue dans ce contexte de crise?
- Quelles adaptations ont été faites dans l'offre de service au fil de l'expérimentation?
 - Qu'est-ce qui a motivé ces changements?
 - À quel point les préoccupations professionnelles ou les préoccupations des usagers ont pu être relayées, et le cas échéant, influencer l'offre de service?
 - Quel espace réflexif avez-vous eu pour échanger, avec vos collègues, sur l'intervention planifiée et sur son adaptation en temps réel?
 - Comment ont été accueillis ces changements? (par l'équipe clinique, par les personnes recevant des soins)
- Avez-vous vécu des dilemmes éthiques en lien avec votre pratique professionnelle dans ce contexte?

3. Les collaborations interprofessionnelles

- Comment s'est déroulée la collaboration interprofessionnelle dans cette nouvelle équipe?
 - Y a-t-il eu des enjeux de collaboration entre les différents corps professionnels? (*De nouvelles alliances? Conflits?*)
 - Avez-vous senti une tension entre la mission « milieu de vie » du RVH et une vision plus hospitalo-centriste?
- Comment se sont déroulées les références vers le RVH? (*transfert des CH, des hôtels, des ressources d'hébergement en itinérance, etc.*)
 - Qu'est-ce qui a bien et moins bien fonctionné?

4. L'impact auprès des personnes accompagnées

- Selon vous, quels ont été l'appréciation et l'impact de cette expérience au Royal Victoria pour les usagers?
- Êtes-vous toujours en contact avec certains d'entre eux?
 - Comment se passe l'après-RVH pour eux?

5. Bilan et suites

- Que retenez-vous de cette expérience?
 - Quel bilan en faites-vous?
 - Quels ont été les facteurs de réussite et les défis auxquels il faut continuer de réfléchir?
- Quels enjeux entrevoyez-vous relativement au changement de l'offre de service lié à la redirection des personnes vers HND après le démantèlement du RVH?
 - Quelles différences entrevoyez-vous dans le type de services offerts aux PESI COVID+ avec le transfert et le démantèlement de RVH?
 - Quels impacts cela peut-il avoir sur les personnes bénéficiant de ces services?
 - Comment avez-vous réagi à la raison officielle du démantèlement? (*pas de « besoins cliniques »*)
 - Dans un monde idéal, quelle offre de service devrait maintenant être mise en place pour continuer de soutenir les usagers ayant bénéficié de cette offre de service au RVH?

TABLEAU RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

ARTICLES SCIENTIFIQUES

ID document	Composantes	Principaux résultats
Baggett et al.(2020) ÉTATS-UNIS BOSTON (MA)	Stratégie mise en place pour répondre aux besoins des PESI dans la région de Boston Services <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des symptômes • Tests accélérés • Lieux d'isolement • Investigation et traçage des contacts 	1 297 personnes testées en 6 semaines 33,1 % de résultats positifs à la COVID-19 Facteurs facilitant l'atteinte des objectifs <ul style="list-style-type: none"> • Coordination de la collaboration municipale par les centres de santé pour PESI ; surveillance épidémiologique et interventions cliniques en parallèle pour guider la réponse d'urgence; modèles d'intervention flexibles, stratégies de dépistage universelles et proactives; espaces suffisants pour l'isolement.
Gaeta et al.(2020) ÉTATS-UNIS BOSTON (MA)	Étude de cas de l'initiative décrite dans Baggett et al. (2020) Services <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage universel au refuge • Traçage des contacts • Hébergement médicalisé temporaire 	
Heimer et al. (2020) ÉTATS-UNIS NEW HAVEN (CT)	Stratégie d'isolement pour les PESI établie dans la ville de New Haven au Connecticut Services <ul style="list-style-type: none"> • Milieu de vie confortable favorisant la poursuite du séjour jusqu'à l'organisation d'un hébergement stable • Tolérance à la consommation de SPA et fumoir extérieur • Livraison de méthadone 	Facteurs facilitant l'atteinte des objectifs <ul style="list-style-type: none"> • Efforts locaux pour améliorer l'offre d'hébergement; transfert vers un hébergement à plus long terme; approche de réduction des méfaits, partenariats université et communauté.

<p>Kirby et al.(2020)</p> <p>ROYAUME-UNI</p>	<p>Stratégie nationale de prévention et d'isolement déployée au Royaume-Uni</p> <p>COVID-CARE</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes symptomatiques et personnes COVID+ Isolement pour une période de 14 jours Approche holistique Soutien médical et psychosocial Possibilité d'intégrer des soins palliatifs si l'état des patients se dégradait et que le transfert en centre hospitalier était contre-indiqué <p>COVID-PROTECT</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes asymptomatiques et personnes négatives devant s'isoler Offre de support médical et psychosocial Stratégie misant deux types d'installations : <ul style="list-style-type: none"> COVID-CARE Personnes symptomatiques et personnes COVID+ COVID-PROTECT Personnes asymptomatiques et personnes négatives devant s'isoler 	
<p>Komaromy et al. (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS BOSTON (MA)</p>	<p>Unité d'isolement pour PESI ayant un diagnostic de COVID-19 dans un ancien hôpital de la région de Boston</p> <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> Approche de réduction des méfaits Tolérance à l'intoxication modérée Prescription de stimulants ou benzodiazépines pour diminuer les cravings, inconforts et besoin de quitter l'unité Offre de cigarettes sur place Staff 24 heures/7 jours Induction buprénorphine et méthadone 	<p>226 patients traités entre 9 avril et 4 juin 2020 Durée moyenne de séjour : 7,3 jours</p> <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> Employés origines diverses (pas spécialisés clientèle en situation d'itinérance) Difficultés avec les critères de congés Difficulté à implanter une approche de réduction des méfaits (inconfort de certains employés, agents de sécurité et administrateurs) Nombre élevé de cas de troubles de santé mentale (unité pas préparée à cette réalité)
<p>Mackenzie et al. (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS RHODE ISLAND</p>	<p>Unité d'isolement pour personnes COVID+ implantée dans un motel du Rhode Island</p> <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> Soutien individualisé 	<p>179 admissions pour isolement, Séjour moyen: 10 jours 8 transferts à l'hôpital Majorité des congés vers refuge 18 congés vers des ressources de traitement du TUS.</p>
<p>Marcus et al. (2020)</p> <p>AFRIQUE DU SUD TSHWANE</p>	<p>Unité d'isolement pour PESI implantée dans un stade municipal de la ville de Tshwane</p> <p>Philosophies et approches</p> <ul style="list-style-type: none"> Approche réduction des méfaits <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> Hébergement Méthadone Dépistage COVID 	<p>Jusqu'à 2000 personnes dans l'installation</p> <p>Facteurs facilitant l'atteinte des objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Communication avec les personnes directement affectées par l'urgence, utilisation de méthadone pour réduction des méfaits; urgence d'inclure le TAO dans les soins primaires.

<p>Nash et al. (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS</p>	<p>Site d'isolement implanté dans une école secondaire et destiné aux PESI ayant reçu un résultat COVID+</p> <p>Philosophies et approches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche d'isolement volontaire • Philosophie de réduction des méfaits • Approche sensible aux traumatismes <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé mentale et référencement services de santé mentale externe • Induction rapide à la buprénorphine-naloxone disponible • Livraison de méthadone sur place • Naloxone disponible sur place 	
<p>Ramirez-Cervantes et al. (2020)</p> <p>ESPAGNE MADRID</p>	<p>Hôtel médicalisé pour PESI et pour personnes ne pouvant respecter la période d'isolement suite à un diagnostic de COVID-19 dans la région de Madrid.</p> <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement en chambres individuelles (capacité de 120 lits sur 6 étages) • Services psychologiques et sociaux • Consultations psychiatriques • Médecins (n=21) et infirmières (n=49) 	<p>399 personnes admises, dont 59 % (235) ont un statut de migrants</p> <p>Principale raison pour référence (58 %) : Pas de conditions de logement pour isolement</p>
<p>O'Carroll et al. (2020)</p> <p>IRLANDE DUBLIN</p>	<p>Stratégie de prévention et d'isolement des PESI pour faire face à la COVID-19 déployée en Irlande</p> <p>Services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification et dépistage rapide • Installations pour isolement des cas suspectés et confirmés • Accès amélioré à la méthadone et naloxone; • Maintien benzodiazépines • Livraison des médicaments 	<p>Plus de 750 personnes testées</p> <p>Plus de 330 personnes isolées</p> <p>Plus de 500 en shielding</p> <p>120 transférées vers installations à faible occupation</p> <p>Offre d'hébergement à toutes les personnes sans abri</p> <p>63 PESI diagnostiquées</p> <p>Un décès lié à la COVID-19</p> <p>Facteurs facilitant l'atteinte des objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche coordonnée, pragmatique, fondée sur les données probantes; • Bas seuil d'exigence pour offre de méthadone, approvisionnement benzodiazépine (BZD) et naloxone.

RAPPORTS

ID document	Description du programme	Composantes du programme
<p>Alameda County Health Care Services Agency (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS (CA)</p>	<p>Stratégie en deux volets visant à permettre aux PESI COVID+ de s'isoler et aux PESI n'ayant pas accès à un hébergement sécuritaire de respecter l'isolement.</p> <p>Project Comfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • PESI vivant en refuges, COVID+ et à risques de complications. <p>Project Safer Grounds</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes vivant en refuges où la distanciation physique ne peut être respectée. • Ancré dans la réduction des méfaits 	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohortage en fonction des caractéristiques des personnes (ex : familles avec enfants, personnes nécessitant support en lien avec la dépendance, personnes transgenres) • Évaluation rapide du bien-être quotidiennement • Liaison avec pharmacie communautaire pour tous les médicaments (y compris traitement par agonistes opioïdes) pour une durée de 30 jours • Aide au logement offerte à tous les participants en prévision du congé • Repas et collations avec livraison à la chambre • Services de santé mentale • Support par des pairs aidants • Évaluation des troubles liés à l'usage de substances (TUS) • Protocoles de pharmacothérapie de remplacement : <ul style="list-style-type: none"> • Tabac : offre de médicaments pour la cessation tabagique • Alcool <ul style="list-style-type: none"> - Programme de gestion de l'alcool (<i>managed alcohol program</i>) - Prescription de benzodiazépines par télémédecine • Opioides <ul style="list-style-type: none"> - Encourager induction à buprénorphine-naloxone • Cannabis <ul style="list-style-type: none"> - Accepter les livraisons de cannabis de sources légales
<p>Keck (2020)</p> <p>CANADA QUÉBEC (QC)</p>	<p>Développement d'un centre de convalescence pour les PESI COVID+ et pour les personnes en situation de précarité</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement (zone froide (n=12 lits), zone tiède (n= 17 lits) et zone chaude (n=19 lits) • Aide au logement • Soutien médical, infirmier et psychosocial (intervenants communautaires et du réseau de la santé) <p>Clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • 244 personnes (65 % hommes et 35 % femmes) • 75% avec problématiques santé mentale et/ou dépendance <p>Impacts</p> <ul style="list-style-type: none"> • 59 personnes ont intégré un parcours résidentiel stable et ne sont plus en situation d'itinérance <p>Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre de convalescence implanté au sein d'une ressource déjà connue des PESI (diminution de la méfiance) • Projet opéré et implanté par organismes communautaires et par le réseau institutionnel (diminution de la méfiance) <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés passagères entre approches milieu communautaire et milieu institutionnel • Gestion des troubles concomitants

<p>County of Los Angeles (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS LOS ANGELES (CA)</p>	<p>Stratégie déployée par l'État de la Californie, du comté de Los Angeles et de la Los Angeles Homeless Services Authority (LAHSA) visant à offrir un hébergement pour les PESI n'ayant pas d'endroit où s'isoler afin de respecter l'ordre de confinement.</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel infirmier • Intervenant(e)s des services du LAHSA et gestionnaires de cas • Développement d'un plan individuel visant la stabilité résidentielle • Repas
<p>County of Wellington et Drop-In Centre Guelph (2020)</p> <p>CANADA GUELPH (ON)</p>	<p>Hôtel d'isolement opéré par le <i>Guelph Welcome In Centre</i>, destiné aux PESI n'ayant pas d'endroits où se mettre en quarantaine.</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chambres individuelles (37 chambres au total) • Livraison de repas préparés par l'organisme à la chambre • Personnel de l'organisme sur place et faisant des rondes de surveillance • Personnel équipé de naloxone et formé à l'utilisation de naloxone • Les personnes hébergées peuvent sortir et rentrer dans la ressource (les déplacements sont enregistrés par le personnel de la ressource)
<p>Cunningham et al. (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS NEW HAVEN (CT)</p>	<p>Unité d'isolement de style milieu de vie pour les PESI et COVID+ qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.</p>	<p>Philosophies à la base de l'initiative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie et respect des personnes • Politiques d'admission souples (<i>come as you are</i>) • Réduction des méfaits • Approche sensible aux traumatismes <p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervision médicale • Équipement de protection individuelle • Repas (3x/jour) • Appareils de divertissement • Fournitures d'hygiène de base • Safe supply • Gestion du sevrage de l'alcool sur place • Cigarettes et pauses cigarettes • Prescription médication gestion sevrage • Pharmacothérapie de remplacement pour les stimulants • Induction buprénorphine-naloxone et méthadone sur place et en collaboration avec clinique locale pour le suivi post-séjour
<p>Los Angeles Homeless Services Authority (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS LOS ANGELES (CA)</p>	<p>Large projet d'hébergement en réponse au Safer at home order, visant à permettre aux PESI asymptomatiques ou présentant des facteurs de risque de complications liées à la COVID-19 de pouvoir respecter la consigne de quarantaine.</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement en hôtel ou en motel avec chambres individuelles • Repas (3x/jour) livrés à la porte • Services connexes (<i>supportive services</i>) et soins de santé disponibles sur place entre 7 h et 19 h • Référencement vers services de santé mentale, de dépendance ou de logement permanent lorsque nécessaire <p>Consignes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes hébergées doivent être autonomes pour être admises dans le programme. • La consommation de drogues illicites est interdite sur le site. • Les personnes hébergées ont le droit de sortir entre 7 h et 19 h pour faire des activités permises par le <i>Safer at home order</i> (aller à l'épicerie, à la pharmacie, rendez-vous médicaux, exercice physique)

<p>NHS et NHS Improvement (2020)</p> <p>ROYAUME-UNI</p>	<p>Stratégie de prévention en deux volets élaborés par le <i>National Health Services</i> et le <i>National Health Services Improvement</i> pour permettre l'isolement des PESI et des personnes à risques de complication en lien avec la COVID-19.</p>	<p>Services offerts</p> <p>COVID-CARE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les PESI COVID+ ne nécessitant pas d'hospitalisation • Chambre individuelle pour une durée de 14 jours (auberges, hôtels inutilisés, hébergement étudiant ou établissements privés ou du NHS) • Services médicaux sur place (24 heures) <ul style="list-style-type: none"> • Médecin sur place ou sur appel • Infirmières et intervenant(e)s • Médecins spécialistes en toxicomanie, soins palliatifs, médecine interne et maladies infectieuses sur appel • Collaborations avec le réseau communautaire et des pairs aidants <p>COVID PROTECT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les PESI ne pouvant respecter le confinement édicté par les autorités sanitaires. • Chambre individuelle pour une durée de 14 jours (auberges, hôtels inutilisés, hébergement étudiant ou établissements privés ou du NHS) • Visite d'une équipe médicale (1x par jour) • Support des travailleurs du réseau communautaire et de pairs aidants.
<p>Seattle-King County Public Health (2020)</p> <p>ÉTATS-UNIS SEATTLE (WA)</p>	<p>Stratégie d'isolement et de quarantaine destinée aux PESI ou vivant en milieux partagés, déployée dans la région du comté de Seattle-King.</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services infirmiers • Repas • Évaluation médicale • Services de santé mentale • Appareils de divertissement • Accès à services de téléphonie pour demeurer en contact avec proches ou gestionnaire de cas • Induction à la buprénorphine-naloxone disponible sur place • Tolérance à la consommation d'alcool et de tabac
<p>Svoboda et al. (2020)</p> <p>CANADA TORONTO (ON)</p>	<p>Stratégie de développement d'un site d'isolement pour les PESI en attente de résultats, COVID+, à risque de complications et les personnes en incapacité de respecter les consignes de distanciation physique.</p>	<p>Services offerts</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Varient en fonction du niveau de besoins des patients) • Nourriture et livraison de nourriture • Buanderie • Support pour les besoins médicaux généraux (intervenant(e)s, pairs aidants, infirmières, infirmières en santé mentale) • Médecin (avec expérience auprès de populations précaires) sur place ou sur appel • Possibilité de <i>safe supply</i> (prescription d'opioïdes, de stimulants ou d'alcool en fonction des besoins)

CODE DE VIE

Centre d'isolement Royal Victoria

La politique de civilité repose sur des valeurs fondamentales, telles que : **le respect, la dignité, l'égalité.**

Pour les atteindre, mes relations avec les employés et les résidents doivent être empreintes du même respect que je voudrais pour moi-même et mes proches.

Le COVID-19 demande des mesures d'hygiène exceptionnelles, veuillez respecter les consignes à cet effet.

Je respecterai ces valeurs :

1. En maintenant la salubrité, l'hygiène et la sécurité de ma chambre et de ma personne selon les normes en vigueur qui me sont indiquées.
2. En évitant d'entrer dans les chambres des autres résidents.
3. En gardant les lieux communs propres et en ordre pour les autres utilisateurs.
4. En conservant un ton de voix modéré dans les aires publiques.
5. En écoutant la radio et la télévision à un volume raisonnable. (Si vous avez des problèmes auditifs, parlez-en à l'infirmière.)
6. En respectant les règles d'utilisation de la télévision.
7. En m'abstenant de faire du bruit après le couvre-feu et en favorisant l'obscurité durant la nuit.
8. En évitant de régler des conflits dans les corridors.
9. En n'exerçant aucune violence verbale ou physique. **Aucune violence et aucun harcèlement (racial, sexuel) ne sont tolérés.**
10. En ne m'appropriant pas les biens d'autrui et en n'effectuant **aucune transaction** avec les autres résidents (argent, tabac, médicaments, alcool ou drogues).
11. Si je consomme, je le ferai de manière discrète et respectueuse pour les autres résidents, à l'endroit approprié, de façon à garder le contrôle sur mes actions et je range mon matériel de consommation de façon sécuritaire. Mes cigarettes, mon cannabis et mon briquet seront conservés dans un bac hors de ma chambre et me seront remis lors des sorties pour fumer.
12. En m'assurant que mon entourage n'ait pas à subir les conséquences négatives de ma consommation.

13. En m'assurant que ma consommation n'ait aucun impact sur ma collaboration et ma participation aux différentes activités du centre.
14. Pour ma sécurité, si mon état de vigilance est altéré par la consommation d'alcool ou d'autres substances, je comprends et j'accepte que le personnel infirmier ne m'administre pas la médication prescrite par le médecin en raison des dangers d'interaction médicamenteuse possibles qui pourraient affecter mon état de santé. J'accepte également de rester à ma chambre lorsqu'on m'indique que mon comportement est inapproprié lors de consommation. Le personnel se réserve le droit de décider si la porte reste ouverte ou fermée pour ma sécurité.
15. Vous acceptez durant votre séjour que l'équipe en place prenne tous les moyens pour vous réanimer en cas d'overdose : administration de naloxone et transport ambulancier vers une urgence hospitalière.
16. L'usage du tabac et du cannabis est interdit à l'intérieur du bâtiment de même que sur le balcon. Il est permis de fumer à l'extérieur selon un horaire précis, si je respecte les consignes de sécurité.
17. En restant à l'extérieur du poste de garde réservé aux membres du personnel.
18. Les consignes de sécurité données par l'équipe médicale sont importantes pour votre sécurité et celle des autres résidents ainsi que celle du personnel, nous vous demandons de les respecter en tout temps.
19. Toute activité sexuelle est interdite.
20. Vous devez être vêtu(e) de façon appropriée pour circuler hors de votre chambre lorsque vous en aurez la permission.
21. Nous vous demandons de ne prendre aucune photographie ni vidéo à l'intérieur de l'unité.
22. J'accepte de me soumettre à une fouille de mes effets personnels et au protocole d'entrée sécuritaire à l'unité à mon arrivée.
23. Votre présence ici se veut volontaire. Toutefois, la Loi sur la santé publique nous oblige à aviser les autorités compétentes de votre départ si vous décidez de partir.

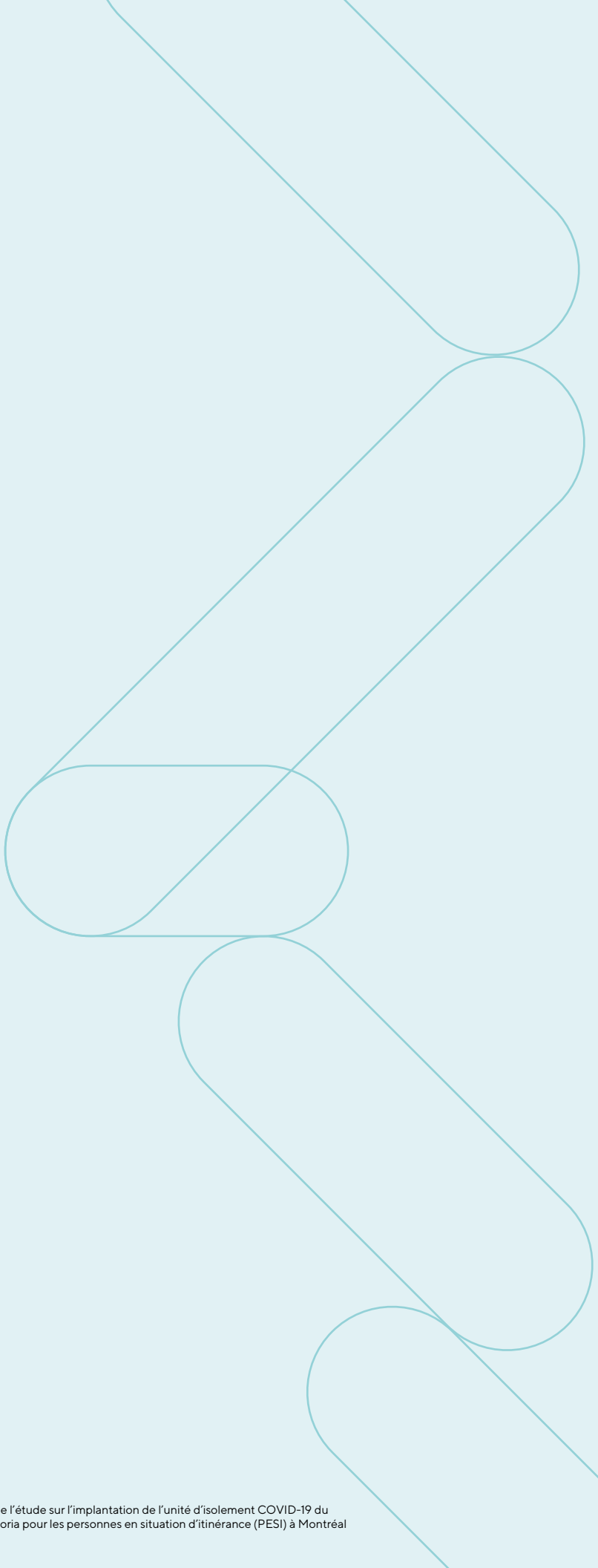
Pour toute insatisfaction, vous pouvez vous adresser à :
M^{me} Céline Roy, Commissaire aux plaintes, au 514 593-3600

Signature du résident : _____

Date-heure : _____

Représentant de l'unité : _____

Date-heure : _____



Une production de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel
en dépendance et itinérance, Institut universitaire sur les dépendances
du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Avec la précieuse collaboration de :
Santé Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec le soutien de la :
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

Mentions spéciales

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada. »

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »

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

Québec 