



Complément Personnes ayant une déficience physique

Guide des bonnes pratiques en itinérance

PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Les personnes ayant une déficience physique (DP) en situation d'itinérance constituent un groupe diversifié présentant un large éventail de caractéristiques et d'expériences, en fonction par exemple du type de déficience avec lequel elles vivent, de leur genre ou de leur âge. Toutefois, un certain nombre d'éléments qui leur sont spécifiques sont à considérer.

QUI SONT LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

La déficience physique (DP) est un terme global qui regroupe un ensemble de conditions entraînant des « incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices^[01] » et qui ont un impact sur la réalisation des activités et des rôles de la vie quotidienne. À noter que, dans ce complément, sont considérées toutes les conditions vécues par les personnes en situation d'itinérance qui ont un impact sur la réalisation de leurs activités et de leurs rôles et qui transcendent l'offre de services de différents programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment celle du programme-services Déficience physique (voir note [1](#) de bas de page 2).

Peu d'études ont porté sur l'ensemble des formes de DP chez les personnes en situation

d'itinérance, et aucune ne l'a fait spécifiquement au Québec. Une étude menée dans plusieurs villes canadiennes auprès de 351 personnes en situation d'itinérance révèle que 51 % d'entre elles rapportent vivre avec une ou plusieurs incapacités limitant leur participation aux activités de la vie quotidienne, ce qui est le cas pour 14 % de la population canadienne^[02].

Une des conditions les plus fréquemment rapportées et étudiées est le traumatisme crânio-cérébral (TCC). Plusieurs études récentes indiquent que plus de la moitié (jusqu'à 75 % dans certaines études) des personnes en situation d'itinérance auraient eu un TCC au cours de leur vie^[03-05]. Une recension des écrits indique une prévalence moyenne (selon les études) de 22,5 % pour le TCC de modéré à sévère^[06], alors que c'est le cas pour 2,6 % de la population générale^[07]. Les circonstances de la blessure à la tête menant au TCC chez les personnes en situation d'itinérance varient en fonction du genre ; ainsi, les femmes en situation d'itinérance seraient plus susceptibles d'avoir vécu un TCC lors d'une situation de violence conjugale, alors que les principales circonstances du coup à la tête chez les hommes sont les accidents de travail et les voies de fait^[08].

La douleur chronique entraînant des incapacités fonctionnelles a été rapportée chez 45 à 60 % des personnes en situation d'itinérance^[09-12], en particulier chez les personnes âgées de plus de 35 ans et les personnes utilisatrices de drogues injectables^[13]. L'expérience de la douleur chronique, la façon de l'exprimer, sa localisation et ses conséquences fonctionnelles peuvent varier en fonction de différents facteurs biopsychosociaux^[14]. Chez les personnes utilisatrices de drogues injectables, le dommage nerveux aux sites d'injection est susceptible d'entraîner des douleurs chroniques à long terme^[13]. Des douleurs chroniques sévères et des problèmes musculo-squelettiques sont souvent rapportés au dos et aux membres inférieurs^[15], possiblement en lien avec les activités quotidiennes spécifiques aux personnes en situation d'itinérance : station debout et marche pendant plusieurs heures, sommeil sur des surfaces dures ou dans des postures contraintes, périodes de récupération musculaire limitées ou fréquemment interrompues^[11,16]. Plusieurs études ont montré une prévalence élevée d'arthrite chez les personnes en situation d'itinérance, entraînant souvent des difficultés fonctionnelles liées à la mobilité, de même que des douleurs sévères^[10,17].

¹ Pour en savoir plus sur ce programme, consulter le document [Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme](#) (MSSS, 2017).

Plusieurs études montrent que les personnes en situation d'itinérance sont également plus susceptibles que la population générale de présenter une DP liée à la mobilité. Une étude de grande envergure menée auprès de personnes de 50 ans et plus en situation d'itinérance indique que 43 % d'entre elles rapportaient une déficience liée à la mobilité affectant leur capacité fonctionnelle, que 29 % d'entre elles utilisaient une aide technique à la mobilité comme une canne ou un fauteuil roulant, et que 39 % présentaient des douleurs sévères liées à leur condition^[18,19].

Les déficiences auditives et visuelles sont également fréquentes parmi les personnes en situation d'itinérance^[18]. Dans une étude menée à Toronto, 44 % des adultes en situation d'itinérance vivant en refuge présentaient une déficience auditive de faible à modérée, et 19 % une déficience auditive de modérée à sévère^[20]. Des études montréalaises et torontoises ont montré de leur côté que de 24 à 27 % des adultes en situation d'itinérance fréquentant des ressources d'aide présentaient une déficience visuelle, alors que c'est le cas de 6 % des adultes canadiens^[21,22]. Ces données correspondent à celles d'études précédentes qui montrent une prévalence élevée de déficiences sensorielles chez les personnes en situation d'itinérance^[23-25], y compris chez les enfants accompagnant leurs parents dans des maisons d'hébergement ou des logements de transition^[26,27].

Bien que la déficience langagière et les troubles d'apprentissage (qui peuvent être une des conséquences de la déficience langagière) soient parmi les types de déficiences les moins étudiées, une étude a montré que près de 80 % des jeunes âgés entre 16 et 21 ans fréquentant des hébergements d'urgence présentaient un trouble d'apprentissage^[28].

Il importe de souligner qu'un certain nombre de personnes en situation d'itinérance présentent plusieurs formes de DP dont les caractéristiques et les conséquences peuvent s'entrecroiser.

QU'EST-CE QUI CARACTÉRISE LEURS TRAJECTOIRES VERS L'ITINÉRANCE ?

Deux profils de trajectoire vers l'itinérance des personnes présentant une DP peuvent être identifiés. Selon le premier profil (qui concerne la majorité des personnes), la DP a précédé la situation d'itinérance. Selon le deuxième profil, la DP est survenue lorsque la personne se trouvait déjà en situation d'itinérance^[29]. Dans les deux cas, comme pour l'ensemble

des personnes en situation d'itinérance, le parcours vers l'itinérance est caractérisé par l'articulation de réalités structurelles, institutionnelles et individuelles^[30].

Pour les personnes dont la DP précède la situation d'itinérance, les normes sociales capacitistes au sein des sociétés contemporaines peuvent constituer un vecteur d'itinérance. Le capacitisme correspond à un système de discrimination à l'endroit des personnes en situation de handicap, fondé sur la valorisation de certaines capacités et fonctionnalités humaines considérées comme « normales »^[31,32]. Par exemple, les personnes ayant une DP peuvent faire face à l'exclusion des milieux scolaires, du marché de l'emploi et du logement^[33-35]. L'exclusion du marché de l'emploi tend à maintenir plusieurs personnes ayant une DP dans une situation de pauvreté^[33,34]. Certaines études ont établi un lien entre la survenue d'une DP (en particulier, blessure orthopédique grave et douleur chronique) et la fragilisation subséquente de la situation financière, en particulier lorsque les limitations fonctionnelles de la personne affectent sa capacité à retrouver un emploi dans son domaine^[29,34,36]. Pour certaines personnes, cette fragilisation est associée au développement d'un usage d'opioïdes visant d'abord à soulager la douleur et d'autres symptômes associés à la DP, mais pouvant évoluer vers la dépendance^[29,37].

Certaines situations peuvent augmenter à la fois le risque de vivre une situation d'itinérance et celui de présenter une DP, par exemple lorsque des personnes vivent de la violence dans leur foyer et reçoivent des coups à la tête générant un traumatisme crânio-cérébral^[104,38]. Voulant fuir la violence au foyer, plusieurs, le plus souvent des femmes ou encore des jeunes, se retrouvent alors à la rue ou dans les refuges d'urgence. Pour la majorité des personnes en situation d'itinérance ayant vécu un ou plusieurs TCC, le premier traumatisme serait survenu pendant l'enfance ou l'adolescence et n'a souvent pas été traité^[39].

Comme pour d'autres personnes en situation d'itinérance, certains tournants dans les services et dans la prise en charge des personnes ayant une DP ont été identifiés dans les écrits scientifiques pour comprendre le passage à l'itinérance. Un de ces tournants est la fin de certains services éducatifs et d'insertion socioprofessionnelle offerts aux jeunes ayant une DP et à leurs familles lors de la transition à l'âge adulte^[40]. Un autre point potentiel de basculement vers l'itinérance survient lorsque les parents de personnes ayant une DP ne sont plus en mesure de les soutenir, soit en raison d'une santé précarisée ou lors de leur décès^[40].

Les limitations spécifiques en lien avec la DP peuvent aussi favoriser le basculement vers une situation d'itinérance. Les limites réduisant l'autonomie fonctionnelle peuvent diminuer la capacité des personnes à habiter seules : par exemple, des difficultés cognitives présentées par certaines personnes ayant un TCC peuvent entraîner des difficultés à payer les comptes et le loyer^[03,38,41]. C'est particulièrement le cas lorsque la survenue de la DP s'accompagne d'une diminution brusque de leur revenu et de la complexification des tâches de gestion financière qui s'ensuit^[42].

LEURS EXPÉRIENCES : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Une expérience commune à beaucoup de personnes en situation d'itinérance ayant une DP est celle de la douleur, souvent de longue date et persistante^[11,15,18]. Ne bénéficiant pas du soutien ou de traitement approprié, certaines d'entre elles peuvent recourir à des médicaments non prescrits ou à des opioïdes comme stratégie de gestion de la douleur^[09,11,15,37,43]. La douleur chronique peut entraîner diverses difficultés fonctionnelles, ainsi que des troubles du sommeil^[44]. La douleur non traitée et les symptômes résiduels liés à des conditions spécifiques sont souvent associés à des pensées et des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DP^[45,46].

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DP peuvent vivre des symptômes résiduels en lien avec leur condition spécifique. Chez les personnes ayant subi un TCC, ce peut être des maux de tête, des convulsions, des étourdissements, de la fatigue, de la dépression et de l'anxiété^[46,47]. Elles peuvent aussi présenter des problèmes cognitifs comme des difficultés de concentration, des pertes de mémoire ou des problèmes de planification et d'organisation, affectant leur capacité fonctionnelle, y compris lorsqu'elles résident dans les ressources de soutien ou d'hébergement^[38,45]. D'autres symptômes résiduels possibles du TCC sont l'irritabilité, la sensibilité aux stimuli sensoriels et, dans certains cas, l'agressivité ; en l'absence d'un soutien approprié, ces facteurs rendent les personnes en situation d'itinérance ayant un TCC particulièrement susceptibles d'être étiquetées comme « difficiles » au sein des services^[38], voire d'être arrêtées et incarcérées^[05,48] ou encore d'être impliquées dans des incidents lors desquels elles peuvent être victimes d'un crime^[05]. L'ensemble de ces facteurs amène certaines personnes à vivre des TCC de façon répétée lors de la situation d'itinérance^[03,49].

Certaines personnes ayant des déficiences physiques liées à la mobilité seraient plus susceptibles de chuter, ce qui peut entraîner une dégradation de leur état de santé^[18]. Elles peuvent également éprouver des difficultés fonctionnelles dans diverses activités quotidiennes, en particulier leurs déplacements extérieurs^[50].

La survenue, la récurrence ou l'aggravation de la DP peuvent être associées aux conditions de vie des personnes^[51]. Par exemple, un TCC peut survenir lors d'une chute dans un logement de fortune non destiné à l'habitation, ou encore par suite d'un coup à la tête lorsqu'une personne subit de la violence. Des problèmes musculo-squelettiques peuvent aussi apparaître en raison de la pression qu'exercent sur ce système les activités quotidiennes des personnes en situation d'itinérance^[16], qui les rendent sujettes entre autres aux engelures. D'autres déficiences physiques peuvent apparaître en lien avec le vieillissement prématuré associé à une situation d'itinérance de longue date^[18,24]. Certaines déficiences physiques peuvent survenir en raison de conditions de santé non traitées, par exemple la déficience visuelle permanente à la suite d'un glaucome ou d'une rétinopathie diabétique non traitée^[25]. Enfin, une déficience visuelle peut souvent être causée par une erreur de réfraction non corrigée, quand une personne n'a plus accès à une orthèse visuelle fonctionnelle^[21,22].

QUELS SONT LES BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES AYANT UNE DP EN SITUATION D'ITINÉRANCE ?

Les besoins peuvent être différents selon que la DP précède ou non la situation d'itinérance. Ainsi, les personnes dont la DP est survenue après ou au même moment que la situation d'itinérance peuvent avoir besoin d'information pour mieux comprendre leur condition^[52].

Pour l'ensemble des personnes en situation d'itinérance ayant une DP, le besoin le plus fréquemment identifié est celui d'une prise en compte globale de leur santé. En effet, plusieurs personnes ayant une DP font également l'expérience de conditions de santé physique chroniques, de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation d'une substance^[50].

Les personnes en situation d'itinérance ayant une DP peuvent avoir besoin d'aides techniques facilement accessibles et gratuites, par exemple, de prothèses auditives ou d'aides à la mobilité^[24,53]. Elles peuvent également avoir besoin de lunettes et d'autres aides visuelles^[22].

En raison de leurs conditions de vie, ces objets peuvent être perdus, endommagés ou volés, ce qui génère un besoin de les remplacer, et ce, avec le minimum de délais et de barrières administratives^[27,53]. Plusieurs personnes peuvent avoir besoin de services de réadaptation pour bien utiliser leurs aides techniques, ainsi que de conseils et de soutien pour prévenir le risque de chutes et de blessures^[18,54]. Elles peuvent aussi avoir besoin d'accompagnement et de transport dans les différents services sociaux, médicaux et de réadaptation^[55]. Enfin, certaines personnes en situation d'itinérance qui sont en transition vers un logement peuvent avoir besoin d'une évaluation fonctionnelle effectuée par un professionnel reconnu, notamment un ergothérapeute, pour déterminer les adaptations domiciliaires ou le niveau de soutien requis^[54,56]. L'évaluation fonctionnelle peut aussi permettre l'identification des adaptations, aides techniques et soutiens nécessaires pour faciliter la participation sociale des personnes en situation d'itinérance ayant une DP, de même que favoriser la prise de décision en équipe interdisciplinaire^[54,57].

QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ?

Il peut être difficile pour les personnes en situation d'itinérance ayant une DP d'accéder aux services. Si leur DP est liée à la mobilité, ces personnes peuvent, par exemple, ne pas pouvoir se déplacer facilement pour accéder aux services sociaux, de santé et de réadaptation, ce qui rend indispensable la prestation de tels services à proximité des personnes ou une offre de transport et d'accompagnement vers ces services^[58]. C'est d'autant plus le cas pour les services spécialisés de réadaptation puisqu'ils sont géographiquement offerts dans des établissements désignés. En effet, certains services nécessitent l'apport d'une expertise, notamment pour l'évaluation, l'attribution ou l'ajustement d'aides techniques complexes. Enfin, les processus de sélection pour l'admissibilité aux services de réadaptation peuvent défavoriser les personnes en situation de pauvreté ou d'itinérance^[59].

Un obstacle important à l'utilisation des ressources d'hébergement d'urgence et de transition est le manque d'accessibilité physique de ces ressources^[50,60,61]. Les structures institutionnelles et organisationnelles (par ex. : milieux de vie, de services, de soins, de loisirs ou de travail) pensées par et pour des personnes n'ayant pas de déficience, et qui ne sont pas adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ayant une DP, engendrent une discrimination importante à leur égard. Une enquête réalisée en 2010 par l'Office des personnes handicapées

du Québec^[62] révélait que 6 % des maisons d'hébergement pour femmes vivant de la violence conjugale étaient accessibles en fauteuil roulant, 28 % disposaient de signalisation visuelle, et aucune ne disposait de signalisation tactile. Les difficultés fonctionnelles de certaines personnes ayant une DP peuvent limiter leur capacité à respecter les règles de certaines ressources de soutien et d'hébergement (participer aux tâches collectives, respecter un couvre-feu, par exemple), ce qui peut mener à leur exclusion des services^[45].

Les personnes peuvent aussi vivre de la stigmatisation au sein des services, en lien avec des attitudes capacitistes où elles peuvent être vues comme moins intelligentes et crédibles^[61] ou encore comme incapables de prendre soin d'elles-mêmes et de contribuer à la société. En ce sens, on peut ne pas leur proposer des programmes de retour aux études, d'insertion socioprofessionnelle ou d'accompagnement résidentiel^[63].

Au sein des services de santé et de réadaptation, certaines idées reçues à l'endroit des personnes en situation d'itinérance peuvent également constituer un obstacle à l'utilisation des services. Plusieurs intervenants auraient tendance à associer fortement l'itinérance aux troubles mentaux et à la toxicomanie, donnant ainsi la priorité aux besoins liés à ces conditions au détriment d'autres besoins, en particulier concernant la douleur^[11-13]. Certains médecins peuvent éviter de recourir à des stratégies pharmacologiques avec des personnes vivant à la fois de la douleur chronique et un trouble lié à l'utilisation d'une substance, sans nécessairement offrir à ces personnes d'autres stratégies de gestion de la douleur^[64].

Les recommandations des professionnels de la réadaptation, par exemple des adaptations domiciliaires pour réduire le risque de chutes ou l'instauration d'un programme d'exercices, peuvent être incompatibles avec les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance, ou encore avec la présence d'une comorbidité importante^[18,59]. Dans certains cas, les équipes interdisciplinaires en soins aigus peuvent choisir de ne pas procéder à des interventions (chirurgicales, par exemple) requises par l'état de santé de la personne lorsque celle-ci n'est pas jugée comme une bonne « candidate à la réadaptation »^[65]. Par ailleurs, les personnes en situation d'itinérance ayant subi un TCC sont plus susceptibles de quitter l'hôpital contre l'avis de l'équipe traitante^[66], et sont plus susceptibles de vivre des complications à la suite de ce départ précoce^[67].

Enfin, certaines formes de DP, ainsi que leurs conséquences, peuvent ne pas être reconnues comme telles par les personnes elles-mêmes, de même que par les intervenants qui les côtoient. Les difficultés des personnes ayant une DP peuvent ne pas être reconnues comme des conséquences de sa DP par certains intervenants, en particulier lorsqu'il s'agit d'une déficience « invisible »^[68] telle que le TCC, la douleur chronique ou la déficience auditive. Par exemple, il arrive que les personnes ayant subi un TCC à la suite d'un accident n'aient pas de documentation médicale attestant de leur condition parce qu'elles n'ont pas été vues à l'urgence lors de leur accident et ne sont pas au courant des conséquences de l'accident sur leur fonctionnement, ce qui restreint l'accès à des services de réadaptation^[48,68]. Les intervenants peuvent également percevoir certains comportements, comme des sautes d'humeur, de l'irritabilité et des difficultés à se concentrer, comme des signes d'abus d'alcool ou de trouble mental, alors qu'il peut s'agir de manifestations d'une DP « invisible » et non traitée^[38,69].

QUELLES SONT LES PISTES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER ?

- Offrir des occasions de réfléchir aux croyances, attitudes et normes capacitistes, autant au sein des milieux de soins aigus et de réadaptation que de celui de l'itinérance ou de l'habitation, afin de s'assurer d'offrir des services équitables et inclusifs aux personnes en situation d'itinérance ayant une DP^[63,66].
- Dans les ressources fréquentées par les personnes en situation d'itinérance, procéder de façon courante au dépistage du TCC^[38,45,48,68,70,71], ainsi qu'au dépistage de la déficience visuelle et auditive^[20,23,24], y compris pour les familles et les enfants hébergés^[26]. Ce dépistage pourrait également être fait au sein des services de santé mentale fréquentés par les personnes en situation d'itinérance^[72]. Certains instruments de dépistage ont été adaptés aux besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance (par exemple pour le TCC^[48]).
- Intégrer des programmes d'intervention précoce pour faire du dépistage et intervenir auprès des jeunes en situation d'itinérance qui peuvent présenter des déficiences physiques ou des troubles d'apprentissage^[73-75].

- Porter une attention particulière au risque d'itinérance et d'instabilité résidentielle dans le suivi des jeunes et des adultes ayant une DP, à court terme (par ex. : dans la période suivant le congé des services de soins aigus ou de réadaptation) et à long terme^[34,76].
- Adapter les milieux d'hébergement et les environnements physiques que fréquentent les personnes en situation d'itinérance, y compris les refuges pour femmes ayant vécu de la violence, afin d'améliorer leur accessibilité pour les personnes ayant des problèmes de mobilité, une déficience visuelle, ou qui sont à risque de chuter^[18,51]. Par exemple :
 - › Rendre accessibles les entrées des bâtiments pour les personnes utilisant un fauteuil roulant ou d'autres aides techniques à la mobilité
 - › Adapter la hauteur des lits
 - › Utiliser des contrastes (ruban de couleur différente, entre autres) pour délimiter les bordures des marches
 - › Ancrer les éléments de mobilier instables
 - › Installer des barres d'appui
 - › S'assurer d'un éclairage adéquat pour les personnes ayant des problèmes de vision.
- Travailler en collaboration avec les professionnels de la réadaptation du réseau de la santé et des services sociaux afin d'offrir des adaptations plus complexes des milieux d'hébergement ou de vie^[56].
- Adapter les services de réadaptation aux besoins et aux caractéristiques des personnes en situation d'itinérance et introduire une flexibilité selon leur réalité^[38,70,77-79]. Promouvoir une approche holistique de la santé qui tienne compte simultanément des conditions de santé physique et mentale, de la douleur associée, ainsi que des troubles liés à l'utilisation d'une substance^[80]. Celle-ci pourrait diminuer l'incidence de nouvelles conditions de santé^[49]. Développer des

partenariats avec les milieux institutionnels et communautaires, par exemple, idéalement pour offrir des services directement dans la communauté, ou pour accompagner les personnes dans les services de réadaptation^[81].

- Faciliter l'accès à des services interdisciplinaires de traitement et de gestion de la douleur chronique, comprenant tant des approches pharmacologiques que non pharmacologiques^[10,13,43,64,82], entre autres chez les utilisateurs d'opiacés^[37]. Des modèles de telles interventions de groupe déjà adaptées pour les personnes en situation d'instabilité résidentielle pourraient être mis en œuvre^[83]. Compte tenu de la cooccurrence fréquente de la douleur chronique, des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation d'une substance, proposer des traitements intégrés pour ces trois conditions^[09].
- Adopter une approche sensible aux traumatismes dans les services que fréquentent les personnes en situation d'itinérance ayant une DP, y compris en soins aigus et en réadaptation^[37,38].
- Adapter les modalités de communication aux capacités cognitives et langagières des personnes^[38,40,84].
- Offrir un soutien spécialisé, adapté, flexible et individualisé aux personnes en situation d'itinérance, en particulier les jeunes, souhaitant effectuer un retour aux études et qui sont susceptibles de présenter un trouble d'apprentissage^[28,35,85]. Une évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute ou un autre professionnel désigné avant l'intégration dans un programme de soutien aux études ou en emploi pour les jeunes ayant des troubles d'apprentissage peut s'avérer utile pour mieux adapter ces programmes aux besoins individuels des jeunes^[35], ainsi que l'intégration du mentorat et du soutien par un adulte de confiance^[85].
- Maintenir une offre de logements permanents physiquement accessibles et adaptés pour les personnes ayant une DP qui bénéficient d'un accompagnement résidentiel à la suite d'une situation d'itinérance^[19,33]. Compte tenu des possibles limitations fonctionnelles des personnes ayant une DP, considérer la localisation des logements en visant à faciliter les déplacements des personnes dans leur collectivité^[33]. Penser les logements pour permettre à ces personnes de vieillir dans leur milieu de vie avec le soutien nécessaire^[53,56].

POUR EN SAVOIR PLUS

COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES PERSONNES AYANT UNE DP APPARTENANT À CERTAINS SOUS-GROUPES DE PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE :

- [Jeunes](#)
- [Personnes âgées](#)
- [Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme](#)

LISTE DES RÉFÉRENCES

01. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001935/?&date=DESC& sujet=deficience-physique&critere=sujet>
02. Waegemakers Schiff, J., Pauly, B., et Schiff, R. (2016). Pandemic preparedness in the context of homelessness: Health needs and analysis of pandemic planning in four Canadian cities. Dans K. Buccieri et R. Schiff (dir.), *Pandemic preparedness and homelessness: Lessons from H1N1 in Canada* (p. 163-192). Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/LessonsfromH1N1-Chapter_7.pdf
03. Barnes, S. M., Russell, L. M., Hostetter, T. A., Forster, J. E., Devore, M. D., et Brenner, L. A. (2015). Characteristics of traumatic brain injuries sustained among veterans seeking homeless services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(1), 92-105. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0010>
04. Bymaster, A., Chung, J., Banke, A., Choi, H. J., et Laird, C. (2017). A pediatric profile of a homeless patient in San Jose, California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(1), 582-595. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0041>

05. To, M. J., O'Brien, K., Palepu, A., Hubley, A. M., Farrell, S., Aubry, T., Gogosis, E., Muckle, W., et Hwang, S. W. (2015). Healthcare utilization, legal incidents, and victimization following traumatic brain injury in homeless and vulnerably housed individuals: A prospective cohort study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(4), 270-276. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000044>
06. Stubbs, J. L., Thornton, A. E., Sevic, J. M., Silverberg, N. D., Barr, A. M., Honer, W. G., et Panenka, W. J. (2020). Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e19-e32. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30188-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30188-4)
07. Corrigan, J. D., Yang, J., Singichetti, B., Manchester, K., et Bogner, J. (2018). Lifetime prevalence of traumatic brain injury with loss of consciousness. *Injury Prevention*, 24(6), 396-404. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042371>
08. Mollayeva, T., Mollayeva, S., et Colantonio, A. (2018). Traumatic brain injury: Sex, gender and intersecting vulnerabilities. *Nature Reviews Neurology*, 14(12), 711-722. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0091-y>
09. Bauer, L. K., Brody, J. K., León, C., et Baggett, T. P. (2016). Characteristics of homeless adults who died of drug overdose: A retrospective record review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 846-859. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0075>
10. Bicket, M. C., Park, J. N., Torrie, A., Allen, S. T., Weir, B. W., et Sherman, S. G. (2020). Factors associated with chronic pain and non-medical opioid use among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 102, 106172. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106172>
11. Fisher, R., Ewing, J., Garrett, A., Harrison, E. K., Lwin, K. K., et Wheeler, D. W. (2013). The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: An observational study. *F1000Research*, 2, 164. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-164.v1>
12. Fond, G., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubière, S., Boyer, L., et Auquier, P. (2019). The need to improve detection and treatment of physical pain of homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First Study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.07.021>
13. Matheson, C., Hamilton, E., Wallace, J., et Liddell, D. (2019). Exploring the health and social care needs of older people with a drug problem. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(6), 493-501. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1490390>

14. Chao, M. T., Hurstak, E., Leonoudakis-Watts, K., Sidders, F., Pace, J., Hammer, H., et Wismer, B. (2019). Patient-reported outcomes of an integrative pain management program implemented in a primary care safety net clinic: A quasi-experimental study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1105-1107. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04868-0>
15. Hwang, S. W., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., et MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: Characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Family Practice*, 12(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-73>
16. Marmolejo, M. A., Medhanie, M., et Tarleton, H. P. (2018). Musculoskeletal flexibility and quality of life: A feasibility study of homeless young adults in Los Angeles County. *International Journal of Exercise Science*, 11(4), 968-979. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30147826/>
17. Breakey, W. R., Fischer, P. J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Ross, A., Royall, R. M., et Stine, O. C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *Journal of American Medical Association*, 262(10), 1352-1357. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/378578>
18. Abbs, E., Brown, R., Guzman, D., Kaplan, L., et Kushel, M. (2020). risk factors for falls in older adults experiencing homelessness: Results from the HOPE HOME Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1813-1820. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05637-0>
19. Cimino, T., Steinman, M. A., Mitchell, S. L., Miao, Y., Bharel, M., Barnhart, C. E., et Brown, R. T. (2015). The Course of Functional Impairment in Older Homeless Adults: Disabled on the Street. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1237. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1562>
20. Noel, C. W., Mok, F., Wu, V., Eskander, A., Yao, C. M. K. L., Hwang, S. W., Lichter, M., Reekie, M., Smith, S., Syrett, I., Zirkle, M., Lin, V., et Lee, J. M. (2020). Hearing loss and hearing needs in an adult homeless population: A prospective cross-sectional study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 8(1), E199-E204. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190220>
21. Beaulieu, K., et Yelle, B. (2020). *La prévalence et les causes de la déficience visuelle dans la population en situation d'itinérance de la région de Montréal*. 17e Journée scientifique annuelle du Groupe de recherche en sciences de la vision et de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23883/Beaulieu%20%26%20Yelle%20V.Finale%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Jiang, S., Mikhail, M., Slomovic, J., Pereira, A., Lebovic, G., Noel, C., et Lichter, M. (2020). Prevalence and impact of eye disease in an urban homeless and marginally housed population. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 55(1), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2019.07.006>
23. Pitz, S., Kramann, C., Krummenauer, F., Pitz, A., Trabert, G., et Pfeiffer, N. (2005). Is homelessness a risk factor for eye disease? *Ophthalmologica*, 219(6), 345-349. <https://doi.org/10.1159/000088376>
24. Saccone, P. A., et Steiger, J. R. (2007). Hearing handicap among adult residents of an urban homeless shelter. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(1), 161-172. <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0018>
25. Shahid, K., Kolomeyer, A. M., Nayak, N. V., Salameh, N., Pelaez, G., Khouri, A. S., Eck, T. T., et Szirth, B. (2012). Ocular telehealth screenings in an urban community. *Telemedicine and E-Health*, 18(2), 95-100. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0067>
26. Sedarous, F., Dimaras, H., Isaac, M., Lichter, M., et Tehrani, N. N. (2018). Identifying the ophthalmic needs of families living in Toronto shelters. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 53(5), 447-452. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2017.12.010>
27. Smith, N. L., Smith, T. J., DeSantis, D., Suhocki, M., et Fenske, D. (2015). Vision problems in homeless children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(3), 761-770. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0072>
28. Barwick, M., et Siegel, L. (1996). Learning difficulties in adolescent clients of a shelter for runaway and homeless street youths. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4). https://www.researchgate.net/publication/234633209_Learning_Difficulties_in_Adolescent_Clients_of_a_Shelter_for_Runaway_and_Homeless_Street_Youths
29. Creech, S. K., Johnson, E., Borgia, M., Bourgault, C., Redihan, S., et O'Toole, T. P. (2015). Identifying mental and physical health correlates of homelessness among first-time and chronically homeless veterans: Homeless veterans. *Journal of Community Psychology*, 43(5), 619-627. <https://doi.org/10.1002/jcop.21707>
30. Roy, S., et Hurtubise, R. (dir.). (2007). *L'itinérance en questions* (1re éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18phb30>
31. Masson, D. (2013). Femmes et handicap. *Recherches féministes*, 26(1), 111-129. <https://doi.org/10.7202/1016899ar>
32. Parent, L. (2017). Ableism/disablism, on dit ça comment en français ? *Canadian Journal of Disability Studies*, 6(2), 183. <https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355>

33. Aitken, Z., Baker, E., Badland, H., Mason, K., Bentley, R., Beer, A., et Kavanagh, A. M. (2019). Precariously placed: Housing affordability, quality and satisfaction of Australians with disabilities. *Disability & Society*, 34(1), 121-142. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1521333>
34. Dubuc, É., Gagnon-Roy, M., Couture, M., et Bottari, C. (2020). Integration in the community following a severe traumatic brain injury: A qualitative study exploring the presence of occupational rights violations over a lifetime experience. *Journal of Occupational Science*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1803953>
35. Kannenberg, K., et Boyer, D. (1997). Occupational therapy evaluation and intervention in an employment program for homeless youths. *Psychiatric Services*, 48(5), 631-633. <https://doi.org/10.1176/ps.48.5.631>
36. Takano, T., Nakamura, K., Takeuchi, S., et Watanabe, M. (1999). Disease patterns of the homeless in Tokyo. *Journal of Urban Health*, 76(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/BF02344463>
37. Chatterjee, A., Yu, E. J., et Tishberg, L. (2018). Exploring opioid use disorder, its impact, and treatment among individuals experiencing homelessness as part of a family. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.012>
38. Adshead, C. D., Norman, A., et Holloway, M. (2019). The inter-relationship between acquired brain injury, substance use and homelessness; the impact of adverse childhood experiences: An interpretative phenomenological analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1700565>
39. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Howatt, M., Ouchterlony, D., Michalak, A., Masanic, C., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., et Cusimano, M. D. (2014). Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: Observational study of rates and mechanisms of injury. *Canadian Medical Association Journal Open*, 2(2), E69-E76. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20130046>
40. Backer, T. E., et Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 375-388. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0100-1>
41. Andersen, J., Kot, N., Ennis, N., Colantonio, A., Ouchterlony, D., Cusimano, M. D., et Topolovec-Vranic, J. (2014). Traumatic brain injury and cognitive impairment in men who are homeless. *Disability and Rehabilitation*, 36(26), 2210-2215. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.895870>

42. Koller, K., Woods, L., Engel, L., Bottari, C., Dawson, D. R., et Nalder, E. (2016). Loss of financial management independence after brain injury: Survivors' experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 7003180070p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.020198>
43. Baria, A. M., Pangarkar, S., Abrams, G., et Miaskowski, C. (2019). Adaption of the biopsychosocial model of chronic noncancer pain in veterans. *Pain Medicine*, 20(1), 14-27. <https://doi.org/10.1093/pm/pny058>
44. Kelly, U. (2010). Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 247-251. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941361/>
45. Brenner, L. A., Hostetter, T. A., Barnes, S. M., Stearns-Yoder, K. A., Soberay, K. A., et Forster, J. E. (2017). Traumatic brain injury, psychiatric diagnoses, and suicide risk among Veterans seeking services related to homelessness. *Brain Injury*, 31(13-14), 1731-1735. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1376758>
46. Topolovec-Vranic, J., Schuler, A., Gozdzik, A., Somers, J., Bourque, P.-É., Frankish, C. J., Jbilou, J., Pakzad, S., Palma Lazgare, L. I., et Hwang, S. W. (2017). The high burden of traumatic brain injury and comorbidities amongst homeless adults with mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.004>
47. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Colantonio, A., Cusimano, M. D., Hwang, S. W., Kontos, P., Ouchterlony, D., et Stergiopoulos, V. (2012). Traumatic brain injury among people who are homeless: A systematic review. *BMC Public Health*, 12(1), 1059. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1059>
48. Dams-O'Connor, K., Cantor, J. B., Brown, M., Dijkers, M. P., Spielman, L. A., et Gordon, W. A. (2014). Screening for traumatic brain injury: Findings and public health implications. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(6), 479-489. <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000099>
49. Nikoo, M., Gadermann, A., To, M. J., Krausz, M., Hwang, S. W., et Palepu, A. (2017). Incidence and associated risk factors of traumatic brain injury in a cohort of homeless and vulnerably housed adults in 3 Canadian cities. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4), E19-E26. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000262>
50. Kehn, M. E., Ho, P.-S., et Kroll, T. (2013). Identifying the health service needs of homeless adults with physical disabilities. *Public Health*, 127(8), 785-787. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.01.011>

51. Fazel, S., Geddes, J. R., et Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
52. Wilson, K. S., Silberberg, M. R., Brown, A. J., et Yaggy, S. D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1485-1498. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0385>
53. Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., et Kushel, M. B. (2017). Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757-766. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw011>
54. Mobsby, I. (1996). A guide to the responsibilities of occupational therapists and their managers in regard to homeless people who use their services. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(12), 557-560. <https://doi.org/10.1177/030802269605901203>
55. Monahan, K., et O'Leary, K. D. (1999). Head injury and battered women: An initial inquiry. *Health & Social Work*, 24(4), 269-278. <https://doi.org/10.1093/hsw/24.4.269>
56. Gutman, S. A., Amarantos, K., Berg, J., Aponte, M., Gordillo, D., Rice, C., Smith, J., Perry, A., Wills, T., Chen, E., Peters, R., et Schluger, Z. (2018). Home safety fall and accident risk among prematurely aging, formerly homeless adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 7204195030p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028050>
57. Merryman, M. B., et Synovec, C. (2020). Integrated care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting. *Work*, 65(2), 321-330. <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>
58. Dawes, J., Brydson, G., McLean, F., et Newton, M. (2003). Physiotherapy for homeless people. *Physiotherapy*, 89(5), 297-304. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60042-9](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60042-9)
59. Lam Wai Shun, P., Bottari, C., Ogourtsova, T., et Swaine, B. (2017). Exploring factors influencing occupational therapists' perception of patients' rehabilitation potential after acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 149-158. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12327>
60. Milberger, S., Israel, N., LeRoy, B., Martin, A., Potter, L., et Patchak-Schuster, P. (2003). Violence against women with physical disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), 581-591. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.5.581>
61. Regroupement des activistes pour l'inclusion au Québec (RAPLIQ). (2011). Crimes cachés : Mieux comprendre la violence et la négligence à l'égard des personnes en situation de handicap. <https://rapliq.org/wp-content/uploads/2020/04/Rapport-Crimes-Cach%C3%A9s-RAPLIQ.pdf>

62. Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). (2010). *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. OPHQ, Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Rapport_EvaluationFinal_Acc.pdf
63. Conseil des Montréalaises. (2019). *Favoriser l'inclusion et la mixité sociale dans le logement à Montréal : quelle place pour les femmes en situation de handicap ?* https://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P104/7-143_conseil_montrealaise.pdf
64. Vogel, M., Frank, A., Choi, F., Strehlau, V., Nikoo, N., Nikoo, M., Hwang, S. W., Somers, J., Krausz, M. R., et Schütz, C. G. (2017). Chronic pain among homeless persons with mental illness. *Pain Medicine*, 18(12), 2280-2288. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw324>
65. Wadhera, R. K., Khatana, S. A. M., Choi, E., Jiang, G., Shen, C., Yeh, R. W., et Joynt Maddox, K. E. (2020). Disparities in care and mortality among homeless adults hospitalized for cardiovascular conditions. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 357. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6010>
66. De Guise, E., LeBlanc, J., Dagher, J., Tinawi, S., Lamoureux, J., Marcoux, J., Maleki, M., et Feyz, M. (2014). Characteristics of patients with acute traumatic brain injury discharged against medical advice in a Level 1 urban trauma centre. *Brain Injury*, 28(10), 1288-1294. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.916820>
67. Marcoux, J., Alkutbi, M., Lamoureux, J., Feyz, M., Saluja, R. S., et de Guise, E. (2017). Discharge against medical advice in traumatic brain injury: Follow-up and readmission rate. *Canadian Journal of Neurological Sciences | Journal canadien des sciences neurologiques*, 44(3), 311-317. <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.241>
68. Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Ouchterlony, D., Cusimano, M. D., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., et Brenner, L. (2013). Clarifying the link between traumatic brain injury and homelessness: Workshop proceedings. *Brain Injury*, 27(13-14), 1600-1605. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.823666>
69. Ennis, N., Roy, S., et Topolovec-Vranic, J. (2015). Memory impairment among people who are homeless: A systematic review. *Memory*, 23(5), 695-713. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.921714>
70. Bacciardi, S., Maremmani, A. G. I., Nikoo, N., Cambioli, L., Schütz, C., Jang, K., et Krausz, M. (2017). Is bipolar disorder associated with traumatic brain injury in the homeless? *Rivista di Psichiatria*. <https://doi.org/10.1708/2631.27053>
71. To, M. J., Palepu, A., Matheson, F. I., Ecker, J., Farrell, S., Hwang, S. W., et Werb, D. (2016). The effect of incarceration on housing stability among homeless and vulnerably housed individuals in three Canadian cities: A prospective cohort study. *Canadian Journal of Public Health*, 107(6), e550-e555. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5607>

72. Folsom, D. P., McCahill, M., Bartels, S. J., Lindamer, L. A., Ganiats, T. G., et Jeste, D. V. (2002). Medical comorbidity and receipt of medical care by older homeless people with schizophrenia or depression. *Psychiatric Services*, 53(11), 1456-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.11.1456>
73. Bassuk, E., et Rubin, L. (1987). Homeless children: A neglected population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 279-286. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03538.x>
74. Zima, B. T., Bussing, R., Forness, S. R., et Benjamin, B. (1997). Sheltered homeless children: Their eligibility and unmet need for special education evaluations. *American Journal of Public Health*, 87(2), 236-240. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.2.236>
75. Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Frankish, C. J., et Somers, J. M. (2012). Missed opportunities: Childhood learning disabilities as early indicators of risk among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia. *British Medical Journal Open*, 2(6), e001586. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001586>
76. Mackelprang, J. L., Harpin, S. B., Grubenhoff, J. A., et Rivara, F. P. (2014). Adverse Outcomes Among Homeless Adolescents and Young Adults Who Report a History of Traumatic Brain Injury. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1986-1992. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302087>
77. Oosman, S., Weber, G., Ogunson, M., et Bath, B. (2019). Enhancing access to physical therapy services for people experiencing poverty and homelessness: The Lighthouse Pilot Project. *Physiotherapy Canada*, 71(2), 176-186. <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85.pc>
78. Zieman, G., Bridwell, A., et Cárdenas, J. F. (2017). Traumatic brain injury in domestic violence victims: A retrospective study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma*, 34(4), 876-880. <https://doi.org/10.1089/neu.2016.4579>
79. Chang, F.-H., Helfrich, C., Coster, W., et Rogers, E. (2015). Factors associated with community participation among individuals who have experienced homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11364-11378. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911364>
80. Chevreau, G., Castillo, M.-C., et Vallat-Azouvi, C. (2019). Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF. *L'Encéphale*, 45(5), 424-432. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.05.009>
81. Burra, T. A., Stergiopoulos, V., et Rourke, S. B. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 123-133. <https://doi.org/10.1177/070674370905400210>

82. Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T., et Blanchet Garneau, A. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
83. Bruns, E. B., Befus, D., Wismer, B., Knight, K., Adler, S. R., Leonoudakis-Watts, K., Thompson-Lastad, A., et Chao, M. T. (2019). Vulnerable patients' psychosocial experiences in a group-based, integrative pain management program. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(7), 719-726. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0074>
84. Gargaro, J., Gerber, G. J., et Nir, P. (2016). Brain injury in persons with serious mental illness who have a history of chronic homelessness: Could this impact how services are delivered? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(2), 69-77. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2016-034>
85. Chisolm-Straker, M., Sze, J., Einbond, J., White, J., et Stoklosa, H. (2018). A supportive adult may be the difference in homeless youth not being trafficked. *Children and Youth Services Review*, 91, 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.003>

Principes clés: un premier pas dans le Guide

- Principes clés du Guide des bonnes pratiques en itinérance

Fiches sur les pratiques de base à adopter

- Accueillir des personnes en situation d'itinérance dans les services
- Répondre aux besoins et orienter dans les services
- Donner des soins de santé à des personnes en situation d'itinérance
- Accompagner des personnes en situation d'itinérance

Fiches sur les situations défi rencontrées dans l'intervention

- Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert
- Susciter l'engagement et l'implication chez les personnes
- Comprendre et agir auprès des personnes dont les comportements dérangent
- Soutenir les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble mental
- Accompagner des personnes en contact avec la justice
- Assurer le relais avant, pendant et après un passage en hébergement dans un établissement ou dans un organisme
- Intervenir auprès des personnes lors d'un passage en centre hospitalier
- Agir sur l'instabilité résidentielle pour prévenir le passage vers l'itinérance
- Accompagner les personnes vers la stabilité résidentielle
- Accompagner les personnes des Premières Nations et les Inuit en situation d'itinérance

Compléments d'information sur certaines populations

- Femmes
- Hommes
- Jeunes
- Personnes âgées
- Personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
- Personnes ayant une déficience physique
- Personnes immigrantes
- Personnes LGBTQ+
- Personnes des Premières Nations et Inuit

HURTUBISE, Roch, ROY, Laurence, TRUDEL, Lucie, ROSE, Marie-Claude et PEARSON, Alexis (2021).
Guide des bonnes pratiques en itinérance. Montréal : CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

ÉDITION

La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Le Guide des bonnes pratiques en itinérance découle du mandat confié au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et réalisé par le CREMIS grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux et en collaboration avec ce dernier, afin d'appuyer le déploiement de la *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir*, dans le cadre du *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN: 978-2-550-86646-6 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Pour citer ce document:

HURTUBISE, Roch, ROY, Laurence, TRUDEL, Lucie, ROSE, Marie-Claude et PEARSON, Alexis (2021). *Guide des bonnes pratiques en itinérance*. Montréal : CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

© CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2021