

2

Résumé

Les besoins de santé des personnes en situation d'itinérance sont complexes et plusieurs barrières à l'accès aux soins persistent. Afin de rejoindre ces personnes dans leur milieu de vie, la pratique infirmière de proximité est préconisée. Cette pratique s'avère peu documentée. L'objectif de cette étude était de développer une meilleure compréhension des pratiques de soins infirmiers en itinérance. L'ethnographie critique a été utilisée comme devis, ainsi que l'approche qualitative comparative. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'infirmières de proximité (n=12), et auprès de personnes en situation d'itinérance qui utilisent les services infirmiers de proximité (n=12). De l'observation dans le milieu a aussi été réalisée. L'analyse des données a fait émerger trois thèmes centraux : 1) besoins des personnes utilisatrices des services ; 2) complexité de l'accès aux services de santé ; et 3) mandat de reconnexion de la pratique infirmière de proximité. Parallèlement à la mise en place de services infirmiers en itinérance, une offre accrue de mesures sociales et de santé favorisant l'inclusion des populations marginalisées s'avère essentielle. Certaines recommandations découlent de cette étude, dont une plus grande sensibilisation des professionnels de la santé aux réalités des personnes en situation d'itinérance.

Mots clés ethnographie ; itinérance ; pratique de proximité ; recherche qualitative ; soins infirmiers communautaires

La pratique infirmière de rue face à la désaffiliation sociale des personnes en situation d'itinérance : regards croisés entre le vécu expérientiel des personnes concernées et celui des infirmières

ETIENNE PARADIS-GAGNÉ, MARIE-CLAUDE JACQUES, PIERRE PARISEAU-LEGAULT ET STEPHANIE POTOCAVA

Introduction

Les personnes qui vivent en situation d'itinérance se butent à de nombreux obstacles à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, tel que les préjugés des professionnels de la santé à leur endroit, le sentiment d'exclusion des milieux de soins et l'absence de documents officiels, dont les documents d'assurance-maladie (1,2). Ces personnes consultent souvent peu les milieux cliniques en raison de ces nombreuses contraintes nuisant à l'accès aux services (3,4). Elles peuvent

donc s'inscrire dans un processus de non-recours aux services (5). Ce processus s'explique selon quatre dimensions : les services peuvent être disponibles et inconnus à la personne (non-connaissance), ils peuvent être inconnus par les intervenants ou leur accès restreint (non-proposition), ils peuvent avoir été demandés sans être reçus (non-réception) et la personne peut éviter de demander ces services pour différentes raisons (non-demande). De plus, l'absence de logement, l'isolement social, l'insécurité alimentaire, la pauvreté, l'usage de substances et les problèmes de santé mentale sont des facteurs venant exacerber les conditions de précarité de ces personnes (6,7).

Les études publiées jusqu'à ce jour portant sur le vécu des personnes en situation d'itinérance indiquent qu'elles sont souvent désaffiliées du réseau de la santé, notamment en raison d'un manque de confiance dans les services (4,8,9). Il ressort de ces écrits la nécessité d'offrir des approches plus adaptées à cette population présentant des besoins complexes, auxquels les services offerts par les établissements de santé tardent encore à répondre. En effet, on constate dans

la littérature une inadéquation des pratiques soignantes à la réalité de ces personnes marginalisées, ainsi que la nécessité de mieux les accueillir dans les milieux cliniques (9,10).

Afin de répondre à cette problématique, différentes approches infirmières ont été développées à l'échelle internationale. Les écrits montrent que ces interventions ont des impacts positifs auprès des personnes en situation d'itinérance (11-13). Au Québec, des équipes spécialisées en itinérance ont vu le jour ces dernières années afin de répondre à l'ampleur croissante de l'itinérance (8,14-17). Un vaste projet de recherche sur les pratiques d'intervention de ces équipes, rattachées au réseau de la santé, a mis en lumière que leurs pratiques visent essentiellement à rétablir les liens entre la personne en situation d'itinérance et les services institutionnels dont elle a besoin afin d'améliorer sa santé et sa situation sociale (17). Le rôle infirmier auprès des personnes en situation d'itinérance, plus spécifiquement, demeure cependant peu documenté dans les écrits scientifiques (11,18). Nous connaissons très peu l'influence de ce rôle sur le mandat de réaffiliation conféré aux équipes spécialisées en itinérance, soit de reconnecter les personnes aux services sociaux et de santé dits « conventionnels » (19). Pourtant, différentes recherches démontrent que la contribution infirmière engendre des impacts significatifs sur la situation de santé et la qualité de vie des personnes itinérantes (20). Ainsi, comme l'indique Bonin (14) : « La pratique infirmière développée auprès de personnes itinérantes, bien qu'unique, représente, enfin, une invitation à une pratique infirmière plus globale, davantage axée sur la personne, sur la promotion de la santé et sur la prévention » (p. 92). Or, peu d'études ont adopté une approche comparative du vécu expérientiel des personnes en situation d'itinérance et des infirmiers-ères de rue qui en prennent soin. Afin de développer une meilleure compréhension des pratiques de soins infirmiers en itinérance (ou soins infirmiers de proximité), nous avons réalisé une étude en ethnographie critique. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de : 1) décrire les caractéristiques distinctives de la pratique infirmière en itinérance au Québec ; 2) explorer les perceptions et les préférences des personnes en situation d'itinérance qui utilisent des soins infirmiers de proximité. Pour réaliser ces objectifs, ce projet a été réalisé en deux phases successives. Les résultats de chacune de ces phases ont fait l'objet de publications préalables (21,22), et le présent article s'intéresse à l'analyse comparative des résultats de ces deux phases.

Cadre théorique

Le modèle des Quatre Zones (ou modèle de la désaffiliation) proposé par Robert Castel (23) a été préconisé afin d'orienter théoriquement cette recherche et de faire ressortir les

dimensions sociales de l'itinérance et des interventions infirmières qui y sont associées. Ce modèle décrit la manière dont les personnes peuvent transiter à travers quatre zones interdépendantes : zones d'intégration, de vulnérabilité, de désaffiliation et d'assistance. 1) zone d'intégration : la présence d'un réseau de soutien, d'un emploi et d'une stabilité socio-économique qualifie les personnes s'inscrivant dans cette zone ; 2) zone de vulnérabilité : il s'agit d'un espace d'instabilité sociale, où règnent la précarité et les difficultés d'intégration sociale (ex. : situation de travail instable, fragilité du soutien relationnel, difficulté d'accès au logement) ; 3) zone de désaffiliation : la personne type de la zone de désaffiliation est coupée de tout soutien social, vit en situation de marginalité et peut faire l'objet de stigmatisation et diverses mesures répressives. « C'est la vulnérabilité qui alimente la grande marginalité, ou la désaffiliation. » (23, p. 16) ; 4) zone d'assistance : réfère à une protection rapprochée, fondée sur le recours à l'assistante sociale, le soutien professionnel et les ressources adaptées. En ce qui concerne la zone de désaffiliation, il est utile de préciser que Castel rappelle l'impossibilité de concevoir une situation d'exclusion totale de la société.

Le modèle proposé par Castel permet d'appréhender l'itinérance comme un phénomène social mobilisant les zones de vulnérabilité, d'assistance et de désaffiliation sociale. Le passage d'une zone à l'autre dépend du soutien social et professionnel auquel un individu a accès, ainsi que des ressources et du « capital social » qui les entourent. Le capital social peut comprendre l'accessibilité au logement, à un emploi décent, aux soins de santé et aux services sociaux. Puisque les travaux de Castel s'inscrivent à la fois dans la théorie critique, la sociologie de la santé, la vulnérabilité et l'itinérance (24), ce modèle s'est avéré des plus pertinents pour notre étude, en plus d'être en concordance avec le devis préconisé. De plus, les travaux de Castel sur la vulnérabilité s'insèrent dans une perspective de justice sociale (25). La justice sociale est une posture morale et politique qui, pour Browne et Reimer-Kirkham (26), nous invite à : a) conceptualiser la santé comme étant un droit humain (et non comme privilège) ; b) critiquer et remettre en question les politiques néolibérales de la santé (ex. : réformes des systèmes de santé, capitalisme et privatisation des soins de santé) ; c) privilégier les mesures collectives à celles plus individualistes qui mettent la faute sur la personne comme cause de ses propres problèmes ; d) reconnaître la persistance du racisme, de la discrimination et de l'exclusion dans les milieux de soins.

Méthodologie

Devis

Le devis de l'ethnographie critique proposé par Madison (27)

a été utilisé lors des deux phases du projet, soit auprès des infirmiers-ères et des utilisateurs de services de proximité. L'ethnographie critique fait partie de la famille plus large de l'ethnographie - une méthode issue de l'anthropologie portant sur l'étude des cultures et comportements sociaux - (28) et met l'emphase sur les relations de pouvoir, ainsi que sur les injustices sociales, inhérentes au phénomène étudié. Les iniquités sociales et de santé qui découlent de différents déterminants (ex. : racisme, stéréotypes, sexisme) (29), les pratiques pouvant engendrer l'exclusion (discours, normes et cultures institutionnelles, pratiques cliniques), tout comme les iniquités dans l'allocation des ressources en santé sont au nombre d'épiphénomènes appréhendés par l'ethnographie critique (30). Il s'agit d'une approche en recherche qui favorise une remise en question des façons de faire afin de pallier ces injustices, en plus de donner une voix à des populations marginalisées. Les retombées doivent aussi aider à contribuer aux réformes législatives et organisationnelles, à la mise en place de politiques, ou la mobilisation des communautés et des milieux cliniques pour initier des changements dans les pratiques de soins.

Nous avons utilisé l'approche qualitative comparative (31) afin d'analyser les données des deux phases du projet. Pour Palmberger et Gingrich (31), l'approche comparative s'avère particulièrement pertinente dans le cadre d'études ethnographiques qui utilisent plusieurs sources de données, et ce dans différents contextes. Cette approche nous a permis de comparer les données entre les deux phases du projet.

Recrutement et collecte de données

Cette recherche s'est effectuée entre 2019 et 2022 dans la province de Québec. Lors de la phase 1, des infirmier-ères qui pratiquent dans le milieu de l'itinérance ont été rencontrés en entrevue dans différents centres urbains au Québec. Ces infirmier-ères (n=12) pratiquaient soit directement dans la rue, dans des programmes de substitution ou encore dans des cliniques infirmières en itinérance. Les entrevues ont été réalisées par le premier auteur soit virtuellement, soit dans des cafés et restaurants. Dans la phase 1, les questions ont porté sur les caractéristiques de la pratique infirmière en itinérance et sur les meilleures pratiques et interventions à mettre en place.

Dans la seconde phase du projet, des personnes en situation d'itinérance (n=12) qui utilisent les services infirmiers de proximité dans la région de Montréal ont été rencontrées lors d'entrevues semi-dirigées (32), réalisées par le premier auteur et son équipe d'auxiliaires dans des refuges, des parcs ou des

cafés. Les questions ont porté sur l'expérience d'utilisation des services de proximité, les perceptions par rapport à l'accès aux services de santé et sur les suggestions et recommandations à mettre en place. Les entrevues ont ensuite été transcrites électroniquement par des étudiants en sciences infirmières. Des séances d'observation non participante (n=20) dans les milieux où interviennent les infirmières de proximité ont aussi été réalisées lors de la seconde phase (ex. : devant les organismes communautaires et près de stations de métro) (Paradis-Gagné et al., 2023). Ces séances d'observation ont permis à l'équipe de recherche d'être mieux connue dans le milieu, et d'être visible auprès des participants potentiels à la recherche. En effet, lors des séances d'observation, des intervenants communautaires et infirmiers-ères ont pu nous référer des participants potentiels pour la recherche.

Analyse des données

Les données collectées ont été analysées par les auteurs de cet article selon les étapes itératives proposées par Madison (27) pour la recherche en ethnographie critique : 1) codification et enregistrement des concepts identifiés dans les transcriptions et notes d'observation (coding and logging). Cette codification s'est effectuée sous deux formes : 1.1) codification de bas niveau (low-level coding) : codification plus concrète des données, ou analyse ligne par ligne ; 1.2) codification de haut niveau (high-level coding) : codification plus générale du texte, abstraction des idées et des données. 2) Identification de catégories génériques ; 3) ordonnancement des catégories sous forme de schémas présentant les connexions, interrelations et contrastes entre les idées (organizational framework) ; 4) création de points de vue, d'idées et d'énoncés centraux (statements) à travers le corpus analysé. Tout au cours de l'analyse, nous avons aussi suivi la méthode de comparaison des données proposée par Palmberger et Greenwich (31). Suivant cette méthode, nous avons comparé les deux unités d'analyse, soit la perspective des infirmières et celle des personnes en situation d'itinérance, en fonction de critères de comparaison évolutifs établis selon ce qui émergeait de l'analyse via les étapes de Madison (27), par exemple les points de vue sur les difficultés d'accès aux services ou encore les actions ou comportements qui en découlent.

Considérations éthiques

Une autorisation éthique a été octroyée pour la phase 1 du projet (certificat #CER-19-257-07.12). Une seconde autorisation éthique a été obtenue en 2020 pour réaliser la deuxième phase du projet auprès des personnes en situation d'itinérance (certificat #CERSES-20-138-D). Le consentement libre et éclairé

Tableau 1. Portrait des participants - infirmières

Participant	Genre	Années d'expérience clinique	Titre d'emploi
Infirmière 1	Femme	1	Infirmière
Infirmière 2	Femme	7	Infirmière
Infirmière 3	Femme	7	Infirmière, étudiante IPS*
Infirmière 4	Femme	2	Infirmière
Infirmière 5	Femme	2	Infirmière
Infirmière 6	Femme	1	Infirmière
Infirmière 7	Femme	8	Infirmière, étudiante IPS
Infirmière 8	Homme	2	Infirmier
Infirmière 9	Femme	3	Infirmière
Infirmière 10	Femme	4	Infirmière
Infirmière 11	Femme	1	Infirmière
Infirmière 12	Femme	8	IPS

a été obtenu par écrit auprès des participants, et nous avons suivi les recommandations canadiennes en matière d'éthique de la recherche auprès de personnes en situation d'itinérance (33,34).

Les participants ont accepté que les données soient utilisées pour une analyse comparative des deux phases. Une compensation financière en argent a été remise aux participants utilisateurs de service pour le temps consacré à l'entrevue. Aucune compensation n'a été remise aux infirmières participant à l'étude.

Critères de rigueur

Tout au cours de cette recherche, nous avons respecté les critères de réflexivité et de positionnalité (positionality), critères qui s'avèrent centraux en ethnographie critique. Pour Madison (27), les chercheurs doivent expliciter leur positionnement épistémologique, leur statut social et leur relation avec les participants. Dans cette optique, à titre de chercheurs universitaires, nous nous décrivons comme des personnes blanches, ayant une expérience clinique dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale et dans le domaine des soins infirmiers en itinérance. À titre de chercheurs, nous sommes conscients que nous possédons un statut universitaire reconnu et, par le fait même, un positionnement social privilégié, et n'avons pas nous-mêmes vécu de situation d'itinérance ou de marginalisation.

Résultats

À la suite de l'interprétation des données et de l'analyse comparative des résultats issus des deux phases du projet, trois thèmes centraux ont émergé.

Thème 1 - Besoins des personnes utilisatrices des services

Ce premier thème porte sur les témoignages et explications des personnes rencontrées par rapport aux besoins de santé de la population qui utilise les services de proximité en itinérance. Les personnes rencontrées qui consultent présentent des besoins psychosociaux et de santé complexes et diversifiés. Non seulement les participants (personnes en situation d'itinérance) souffrent de problèmes de santé, mais ils vivent aussi différentes situations de précarité susceptibles d'amplifier leurs problèmes. Qu'on pense entre autres à la difficulté d'accès au logement et à l'emploi, les problèmes financiers ou les questions d'immigration (ex. : personnes migrantes à statut précaire).

Il faut mettre l'accent sur le développement psychosocial, faire des démarches sociales, faire différentes choses et regarder autre chose que juste le volet santé. (Infirmière 8)

On a une grosse portion psychosociale qu'on n'a jamais apprise. Toute la gestion de la légalité, le bail et tout : « comment je fais pour céder mon bail, je dois partir, je suis arrivée chez moi après une hospitalisation de trois

Tableau 2. Portrait des participants - personnes en situation d'itinérance

Participant	Genre	Langue
Participant 1	Homme	Français
Participant 2	Homme	Anglais
Participant 3	Homme	Anglais
Participant 4	Homme	Anglais
Participant 5	Homme	Français
Participant 6	Homme	Anglais
Participant 7	Homme	Français
Participant 8	Homme	Anglais
Participant 9	Homme	Français
Participant 10	Homme	Français
Participant 11	Femme	Inuktituk / anglais
Participant 12	Femme	Inuktituk / anglais

semaines, mon appartement a été vidé, j'ai tout perdu, l'aide sociale m'a coupé tant, je n'ai plus d'argent, je ne reçois plus ma TPS, pourquoi ? » Et l'immigration aussi (...). Les infirmières aussi, on est appelées à faire ça. (Infirmière 11)

Les résultats de notre étude suggèrent que le personnel infirmier doit offrir des réponses individuelles à des problèmes sociaux, rôle auquel il semble peu préparé. Plutôt que d'approcher l'itinérance comme un enjeu strictement clinique, les participants (infirmier.ières) reconnaissent qu'une part importante de leur travail relève de la ré-affiliation aux services. Les conditions d'accès à ces services, notamment en ce qui concerne l'aide sociale ou la régularisation du statut migratoire, sont toutefois susceptibles de maintenir les personnes en situation d'itinérance en état de désaffiliation plutôt qu'en zone d'assistance ou de vulnérabilité.

Les différents problèmes que présentent les participants (personnes en situation d'itinérance) sont dus particulièrement aux trajectoires de vie caractérisées par l'adversité ainsi qu'aux conditions de vie dans la rue. La malnutrition, la violence interpersonnelle et la crainte continue d'être agressé, ou volé font partie de la réalité des personnes en situation d'itinérance. Les climats extrêmes, le froid hivernal et les canicules ont aussi un impact important sur la santé de ces personnes. De telles difficultés, typiques de la rue, ont été soulevées à la fois par les infirmières et les personnes utilisatrices. La saisonnalité de l'itinérance influence à la fois les besoins individuels et les

exigences professionnelles associées à la pratique clinique.

À cause de la chaleur, à chaque fois qu'il y a des canicules, il y a des décès. Ce n'est pas facile (Infirmière 6).

C'est devenu si grave que j'ai perdu mon orteil. Parce que j'étais encore soul. J'étais comme : « je vais aller dans le lit, il ne fait pas si froid. » Mais cette nuit-là, il faisait si froid... Mon orteil est sorti de mon sac de couchage et le gros orteil a gelé. Tu comprends? Ce n'est pas quelque chose dont je suis fier. (Personne en situation d'itinérance 2)

En matière de conditions et de milieux de vie, certains participants (personnes en situation d'itinérance) demeurent dans des milieux plus précaires, où ils n'ont pas accès à des services essentiels pour combler les besoins de santé. Plusieurs infirmières ont mentionné qu'il peut être difficile pour les personnes de faire les autosoins en raison du manque d'accès à une salle de bain et à une douche. Elles doivent donc composer avec cette réalité dans la planification des soins. Contrairement à certaines idées reçues, l'accès à un lieu d'hébergement n'est donc pas suffisant en soi afin de garantir des soins respectueux de la dignité humaine. La sécurité de ces lieux, tout comme l'accès à des installations permettant de répondre aux besoins les plus fondamentaux, sont des éléments conditionnant le quotidien de l'intervention.

Les problèmes liés à la consommation de substance sont

des enjeux importants en itinérance. Par exemple, le risque d'abcès liés à l'utilisation de drogues injectables, la contraction d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) par l'échange de matériel et les infections (ex. : septicémies, cardiopathies) sont des exemples soulevés à la fois par les infirmiers-ères et les utilisateurs de services. De tels enjeux de consommation entraînent leur lot de stigmatisation et de préjugés, et ce à l'intérieur même des établissements de santé, où prédominent encore des processus d'exclusion. Ce processus d'exclusion est particulièrement évident lorsque l'accès à certains programmes ou services est conditionnel au maintien de l'abstinence ou à la stabilisation de la condition mentale. Ces critères d'accès peuvent alors entraîner une situation de non-recours par non-demande, privant ainsi la personne de services qui leur sont pourtant destinés.

Le rôle infirmier est axé vers ces enjeux de consommation, entre autres par l'échange de matériel d'injection et l'enseignement sur les pratiques sécuritaires, le partenariat avec les sites d'injection supervisés et la référence vers les programmes de substitution. En présence de trouble d'utilisation de substances, le recours à l'approche de réduction des méfaits – qui vise la diminution des conséquences négatives de la consommation plutôt que l'élimination du comportement en tant que tel – est une composante essentielle de la pratique.

En sachant qu'ils font les échanges de seringues, ils stoppent la propagation. Ils peuvent, tu sais, quelqu'un qui a besoin de condoms, de seringues, qui a trop la chienne ou qui est trop gêné pour se présenter à un site, un CLSC, whatever. Mais, il peut se présenter là (à la clinique). Et puis, c'est anonyme. (Personne en situation d'itinérance 9)

Je suis peut-être une quinzaine de patients sous (traitement de) substitution. (Infirmière 10)

En effet, les participants (personnes en situation d'itinérance) qui sont aux prises avec une situation de consommation de substances consultent les infirmières de proximité pour obtenir du matériel de consommation plus sécuritaire. Cette pratique de réduction des méfaits est, pour certains, bénéfique pour la prévention des infections et peut favoriser l'accès aux services de dépistage des ITSS. Elle est donc mise de l'avant par les infirmières dans différentes sphères de leur pratique.

On a différents portraits et on doit adapter nos soins et nos services. (...) Quelqu'un qui consomme des opiacés, qui est enceinte, comment on peut offrir nos services adaptés? Elle s'injecte, est-ce qu'on lui montre comment s'injecter de manière sécuritaire? Certains vont avoir un gros dilemme éthique « mais! elle est

enceinte! », mais en même temps, elle va le faire pareil. Au moins, est-ce qu'on lui montre comment s'injecter de façon sécuritaire? Le bébé n'aura pas d'infection et la mère non plus. (Infirmière 7)

En somme, les résultats de notre recherche suggèrent que les pratiques de soins sont avant tout orientées vers la réponse aux besoins immédiats et fondamentaux des personnes présentant un état important de désaffiliation sociale. Ces interventions cherchent ainsi à optimiser les stratégies de survie des personnes en situation d'itinérance, afin de minimiser l'étendue des dommages causés par un ou des passages à la rue. L'étendue des besoins décrits par les participants (personnes en situation d'itinérance et infirmières) semble ainsi fournir un cadre d'intervention centré sur l'immédiateté, plutôt que sur des pratiques de prévention de l'itinérance ou de réinsertion sociale.

Thème 2 - Complexité de l'accès aux services de santé

Le second thème ayant émergé des données est celui de la complexité de l'accès aux services de santé. Cet enjeu de l'accès peut être attribuable à la fois à la lourdeur administrative (ex. : absence de document d'assurance-maladie), aux longs délais d'attente dans les milieux, au manque de coordination entre les épisodes de soin et au sentiment d'exclusion vécu par les personnes en situation d'itinérance.

Les pharmacies qui refusent de servir la suboxone, la méthadone à des clients parce qu'ils considèrent que les gens qui sont sous cette molécule sont des criminels. Oui on voit ça. Que quelqu'un ne gagne pas sa place avec un chirurgien parce qu'organiser le congé c'est trop compliqué. Plutôt que de nous appeler pour nous demander ce qu'on prévoit pour la convalescence, la personne est juste à l'infini sur la liste d'attente. (...) Oui, beaucoup d'exclusion. (Infirmière 11)

Peut-être qu'ils pensaient que...comme je suis inuite. Et qu'ils refusaient de venir me voir. Ils m'ont fait attendre plus longtemps pour ça. Oui, je pense. (...) C'était comme : « attends l'infirmière », ou « l'infirmière sera bientôt là ». Puis, quatre heures, cinq heures d'attente? (Personne en situation d'itinérance 12)

De plus, les participants (personnes en situation d'itinérance et infirmières) estiment être confrontés à un défi de continuité des soins; la situation d'itinérance fait en sorte qu'il y a souvent présence de « fragmentation » des soins, voire de rupture des services, comme l'indique cette infirmière:

Je suis bien (pointilleuse) sur la continuité des soins, parce que c'est ça que j'ai remarqué dans mon travail.

C'est qu'ils ont eu beaucoup, beaucoup d'épisodes de services fragmentés où on n'a pas assuré de suivi. C'est ce qui fait que la condition s'est dégradée et on aurait pu faire d'autres choses avant que la situation s'aggrave. (Infirmière 2)

L'accès difficile aux services de santé peut en décourager plusieurs à consulter les services institutionnels. Certains attendent longtemps avant de demander de l'aide, et tolèrent la douleur et les problèmes de santé jusqu'à ce que leur condition se complexifie.

Des fois, tu te retrouves avec des trucs et tu te demandes : « Mais comment fais-tu pour être debout ? Pour être en vie et pour venir me voir ? Pourquoi tu n'es pas à l'urgence ? ». « Ah, et bien, je suis allé à l'urgence et ils m'ont traité comme de la merde. » Excusez mon français. « Ils m'ont traité comme de la merde, alors j'ai décidé de partir. » On se retrouve souvent avec des gens, des choses que l'on voit qui devraient être traitées ailleurs, comme à l'urgence. (Infirmière 3)

Thème 3 - Reconnexion à la pratique de proximité

Puisque les personnes en situation d'itinérance sont souvent réticentes à consulter, les infirmières ont pour mandat central de les « reconnecter » au système de santé. Elles doivent œuvrer à tisser des liens relationnels pour les accompagner et amorcer avec elles un processus de réaffiliation sociale. Ce rôle de reconnexion se concrétise par l'orientation des personnes vers les ressources adaptées, la référence vers les services de santé appropriés et l'accompagnement dans les milieux de soins. Pour viser cet objectif de reconnexion et pour pallier les nombreuses barrières à l'accès aux soins, une présence régulière dans la rue et une constance dans les interventions sont requises.

Il faut que ce soit quelque chose qui soit, un peu à répétition. Les mêmes visages qui reviennent, parce qu'ils sont vraiment tannés de voir toujours du monde différent, qui essaient d'être amis avec eux, disons. C'est comme s'ils disent : « si tu es là pour un bout, je vais commencer à te faire confiance ». Je pense que c'est ce qui est important. Quelque chose de solide, avec une équipe qui est fixe et qui n'a pas peur de s'installer et de passer la journée à des endroits clés. (Infirmière 6)

Chaque fois que je les vois passer, je me dis que je devrais me présenter et obtenir de l'aide. Et un jour, je les ai vus et je suis allé voir une des infirmières, je leur ai parlé et c'est comme ça que j'ai appris à connaître les gens là-bas. (Personne en situation d'itinérance 8)

Il ressort qu'une connaissance accrue des utilisateurs et une personnalisation des soins offerts sont des composantes

essentielles de la pratique, ce qui peut diverger du travail infirmier en milieu hospitalier qui se veut de plus en plus normalisé (voire dénaturé et déshumanisé) et axé sur le volume et le roulement élevé de patients.

Les infirmiers-ères participant à cette étude adoptent aussi leurs approches et interventions selon les besoins spécifiques des clients afin d'arriver à mieux les rejoindre. Les approches culturellement sécuritaires auprès des personnes autochtones, tout comme les soins sensibles aux traumatismes ou l'approche de réduction des méfaits, sont au nombre des stratégies d'intervention auxquelles font appel les participants (infirmier-ières). La capacité de faire face aux imprévus que présente la clientèle en raison de leurs problèmes de santé a aussi été soulevée, tout comme la débrouillardise. Il faut être prêt à tout, chaque jour, puisqu'aucune situation n'est en soi singulière.

Il faut être flexible et puis il faut s'adapter. Il faut s'adapter aux situations quand elles viennent. (Infirmière 6)

Des fois, je me retrouve à faire des soins de plaies et puis je ne suis pas dans un milieu hospitalier, je suis dans la communauté, des fois, je suis dans la rue. Il faut que je fasse du mieux avec ce que j'ai. (Infirmière 3)

Enfin, différentes valeurs et principes sont préconisés par les infirmiers-ères à travers leur mandat de reconnexion, dont l'absence de jugement, l'ouverture d'esprit et l'empathie. La capacité d'introspection sur sa pratique, le respect de l'autonomie des personnes et l'approche individualisée selon les besoins de chacun sont aussi des composantes importantes soulevées lors des entrevues.

Ils étaient tous très professionnels, discrets (Personne en situation d'itinérance 4)

On essaie d'avoir un petit peu de tout, pour répondre à la globalité des besoins. Des petites collations. De l'eau. Des trucs comme ça. Un peu, tous les besoins qu'une personne pourrait se présenter puis avoir là. (Infirmière 5)

Discussion

Dans le cadre de cette étude, il était proposé de développer une meilleure compréhension des pratiques de soins infirmiers de proximité dans le domaine de l'itinérance. Nous avons pu constater que ces pratiques ont pour objectif premier de permettre une réaffiliation au réseau de la santé, d'abord en tissant des liens de confiance avec des personnes désaffiliées qui présentent des besoins sociaux et de santé complexes, puis en négociant la réponse à ces besoins en tenant compte des difficultés d'accès aux milieux de soins.

Plusieurs études documentent le caractère écosystémique du rôle infirmier de proximité (18,35,36). Par exemple, dans une

modélisation de ce domaine de pratique, Goeman et al. (11) ont mis l'emphase sur les rôles d'advocacy et d'éducation à la santé, ainsi que de coordination des soins joués par les infirmières. La flexibilité et l'adaptabilité des infirmières qui pratiquent dans le domaine de l'itinérance sont aussi soulevées comme des composantes essentielles afin d'abaisser les barrières à l'accès aux soins (11,36). Comme nos résultats l'indiquent, ces barrières à la fois individuelles et structurelles peuvent être nombreuses : méconnaissance des services de santé disponibles, absence de document d'assurance-maladie, longs délais d'attente dans les hôpitaux, stigmatisation et discrimination vécue dans les milieux de soin. La présence de telles barrières a aussi été rapportée dans une étude en Colombie-Britannique (10), et dans l'étude de Poulton et al. (35), réalisée en Irlande.

Nos résultats, comme ceux d'autres écrits, indiquent que les personnes sont souvent peu enclines à consulter les services institutionnels face à ces nombreuses barrières. Dans une étude ontarienne (9), les participants ont rapporté que leurs besoins de santé ne sont pas comblés adéquatement dans le système de santé, et qu'ils préfèrent souvent attendre avant de consulter. Pour cause, le manque de flexibilité du système et les expériences négatives dans les hôpitaux sont rapportés comme des freins à la demande d'aide. Un tel constat émerge aussi de l'étude de Côté et al. (8) : « les personnes en situation d'itinérance disent délaissier les services du RSSS (réseau de la santé et des services sociaux) afin de mobiliser, par elles-mêmes, différentes stratégies pour répondre à leurs propres besoins » (p. 52). Ces résultats sont en phase avec les travaux de Warin (37,38) portant sur les situations de non-recours aux droits et aux prestations sociales, ces situations n'étant pas limitées à un choix individuel et plutôt expliqué par un ensemble hétérogène de facteurs sociaux et structurels. Pour cet auteur, le non-recours s'explique notamment par la non-connaissance des services, la non-proposition des services malgré leur existence, la non-réception des services malgré leur demande et la non-demande. Les résultats de notre étude permettent d'étayer davantage les facteurs explicatifs de la non-demande, que ce soit en raison d'un état de découragement devant la complexité des critères d'accès aux services, du dénigrement ressenti lors de contacts préalables avec les services ou de la crainte de stigmatisation (37).

Sur le plan théorique, Castel avance que les zones de vulnérabilité et de désaffiliation sont en croissance dans nos sociétés. En réponse à cette « montée des incertitudes » (25) — particulièrement en cette crise sociale qui affecte considérablement le coût de la vie, la crise du logement et l'explosion de l'itinérance dans toutes les strates sociales —

des mécanismes d'assistance comme les services de proximité en itinérance sont une des pistes d'intervention à prioriser pour venir soutenir les personnes en situation de grande vulnérabilité. Il existe cependant un risque d'approcher ces services de proximité comme un mécanisme de « prise en charge » totale de l'itinérance, alors qu'ils sont avant tout destinés à soutenir le processus de réaffiliation des personnes concernées dans les services requis par leur condition de santé. On aurait donc tort de voir ces approches comme une panacée; parallèlement à la mise en place de tels services infirmiers dits « spécialisés » en itinérance, il importe de réduire les nombreuses contraintes d'accès aux services auxquelles font face les personnes en situation d'itinérance en plus de mettre fin aux pratiques discriminatoires énoncées par de nombreux participants à cette recherche. L'itinérance étant avant tout, faut-il le rappeler, un problème social et non un problème clinique.

Parmi ces mesures, on cite la présence de navigateurs autochtones, soit des intervenants et pairs qui accompagnent les personnes autochtones en situation d'itinérance dans les milieux de soins (39–41). La mise en place de programmes intégrés directement dans les milieux de vie est également rapportée (10). Ces programmes communautaires permettent un accès simplifié et centralisé à des soins de santé physique et mentale, à des programmes de traitement de substitution aux opiacés et à des services psychosociaux pour les personnes en situation d'itinérance.

Selon le modèle de Castel, donner des soins aux personnes en situation d'itinérance peut certes être réalisé par les infirmières de proximité, mais ce mandat doit tout autant incomber à l'ensemble des intervenants de la santé et des services sociaux, peu importe le domaine de pratique ; l'offre de services adaptée ne devrait pas être uniquement la responsabilité d'équipes spécialisées, mais plutôt de tous les milieux de soins. Il s'avère également qu'une prise de conscience des pratiques stigmatisantes et de mise à la marge qui persistent dans les milieux institutionnels est requise afin de permettre des changements de culture et de pratique.

L'étude du milieu des soins infirmiers de proximité a mis en perspective la diversité de facteurs sociaux et de santé en jeu face au problème de l'itinérance. Selon le modèle de Castel, il est impératif de réinvestir dans les mesures étatiques pérennes (les « protections sociales ») permettant de faire face aux aléas engendrés par le modèle économique néolibéral dominant. « Face aux tensions qui traversent notre société et aux processus de dégradation des protections, la réponse serait le redéploiement et éventuellement le renforcement

de ces protections. » (25, p. 162). Qu'on pense au réseau de soutien, à l'accès à un logement abordable, à un emploi stable et un accès rapide à des services de santé adaptés. De telles prémisses s'insèrent dès lors dans une pratique infirmière ancrée dans la justice sociale, comme avancé par les auteurs en sciences infirmières Browne et Reimer-Kirkham (26). Pour Castel (25), cette perspective de la justice sociale doit favoriser l'autodétermination et l'appropriation du pouvoir, en plus de permettre un accès universel et inconditionnel aux mesures sociales et de santé à l'ensemble des populations, peu importe leur statut.

Vivre dans l'insécurité sociale, c'est vivre dans une condition permanente d'incertitude, de non-maîtrise du présent et à plus forte raison du lendemain. C'est vivre au jour le jour, être à la merci du moindre aléa, comme un accident, une maladie ou une perte de travail qui peut faire tout basculer. À l'inverse, la sécurité sociale, c'est la disposition des conditions de base pour ne pas être dans cette situation, c'est-à-dire pour jouir d'un minimum d'indépendance sociale (...) Il s'agit des ressources sociales nécessaires pour ne pas être dans la dépendance ou dans l'assistance. (p. 158)

Certaines recommandations pour la pratique ont émergé de cette ethnographie critique, dont une plus grande sensibilisation des infirmières et professionnels de la santé à l'égard des enjeux de l'itinérance. Une offre de formation accrue sur les approches adaptées aux personnes en situation d'itinérance est aussi un élément important à mettre en place, et ce à la fois auprès des infirmières, des gestionnaires et des étudiants. Ainsi, nous avons vu que l'approche de réduction des méfaits (42,43) ressort comme centrale, tout comme l'approche sensible aux traumatismes (44), et ce particulièrement avec les femmes. Travailler auprès des personnes en situation d'itinérance issues des communautés autochtones requiert également davantage de connaissances sur la sécurisation culturelle et la persistance du racisme systémique dans la société comme dans les milieux cliniques (9,44). Enfin, il semble nécessaire de réitérer l'importance, pour la recherche s'intéressant aux pratiques de soins infirmiers de proximité, d'investir davantage les dimensions structurelles à l'origine des problèmes d'accès aux services de santé et de situations de non-recours à ceux-ci. Une perspective strictement individuelle, bien souvent limitée au caractère charitable des soins et à l'advocacy, pourrait contribuer au maintien d'injustices et priver les personnes en situation d'itinérance de la reconnaissance et des services auxquels ils ont droit (45). Ces constats font écho aux travaux d'Allen (46) suggérant que les pratiques de soins contemporaines ne sont plus limitées au

travail de « chevet » et qu'elles exigent désormais l'exercice d'un leadership tant clinique que politique à l'égard de l'organisation et de la coordination des soins et des services. Cela permet de prendre conscience de toute l'importance du plaidoyer politique (political advocacy), tel que soulevé par Hardill (45) : un rôle qui consiste entre autres à observer, rapporter et combattre les iniquités sociales et de santé qui affectent les populations en situation de grande marginalité. Exercer un rôle de militantisme et d'activisme infirmier permet de faire changer les façons de faire, et les exemples en ce sens dans le domaine de l'itinérance sont documentés depuis plusieurs décennies (45). Citons par exemple l'activisme politique de l'infirmière de rue Cathy Crowe (47), ainsi que ceux de Corey Rangers (48) sur la lutte à la crise des opiacés et aux surdoses qui affectent l'ensemble des populations au Canada.

Limites

Certaines limites peuvent être identifiées dans cette recherche. En premier lieu, la collecte des données pour les deux phases du projet a été effectuée en milieux urbains. Dans ce contexte, davantage d'études sur les réalités du phénomène de l'itinérance dans les régions et les milieux ruraux s'avèrent requises face à la montée du phénomène de l'itinérance dans l'ensemble des communautés (49,50). De plus, l'échantillon de participants ne représente pas une grande diversité de genre : une majorité de femmes infirmières et une majorité d'hommes en situation d'itinérance ont été rencontrés.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de développer une meilleure compréhension des pratiques infirmières auprès des personnes en situation d'itinérance. Ce type de pratique reste très peu documenté et il n'existe pas, à ce jour, de lignes directrices qui fassent consensus à ce sujet. Il est donc essentiel de mettre en lumière ce qui est caractéristique de ces pratiques soignantes, ainsi que les fondements sur lesquelles elles reposent. Dans le cadre de cette étude, l'analyse qualitative comparative effectuée avec l'approche de l'ethnographie critique a permis de décrire de façon approfondie comment les dynamiques de désaffiliation sociale subies par les personnes en situation d'itinérance donnent forme à la pratique infirmière auprès de celles-ci. En effet, les infirmières doivent, dans ce contexte, déployer un large éventail de pratiques qui dépassent le soin « traditionnel ». Ces pratiques sont essentiellement psychosociales et cherchent à compenser à la fois les causes et les conséquences de l'itinérance. Cela dit, même en élargissant de façon (parfois très créative) leur rôle professionnel, les infirmières ne peuvent pas à elles seules être responsables des besoins de santé des personnes en situation d'itinérance. Les efforts des acteurs

publics concernés par l'itinérance devront se poursuivre pour freiner l'augmentation de l'itinérance et améliorer le filet social qui ne cesse de se dégrader au Québec et dans les sociétés occidentales (51).

Remerciements

Cette recherche a été financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) : numéro de subvention 892-2020-1020. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal of Public Health* 2010;100(8):1454–61.
2. Jezewski MA. Staying connected: The core of facilitating health care for homeless persons. *Public Health Nursing* 1995;12(3):203–10.
3. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet* 2014; 384(9953):1541–7.
4. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community* 2020;28(1):1–11.
5. Warin P. Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux. *Lien social et politiques*. 2009;(61):137–46.
6. Forchuk C, Reiss JP, Mitchell B, Ewen S, Meier A. Homelessness and housing crises among individuals accessing services within a Canadian emergency department. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2015;22(6):354–9.
7. Gouvernement du Québec. L'itinérance au Québec: deuxième portrait. 2022. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/245800>. Consulté le : 24 octobre 2023.
8. Côté PB, MacDonald SA, Renard-Robert G. Entre pouvoir d'agir et impuissance: regards croisés sur une équipe spécialisée en itinérance. *Reflète revue d'intervention sociale et communautaire* 2020;26(1):35–58.
9. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International Journal of Equity and Health* 2019;18(1):1–7.
10. Pitcher C, Saewyc E, Browne A, Rodney P. Access to primary health care services for youth experiencing homelessness: "You shouldn't need a health card to be healthy." *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* 2019;1(2):73–92.
11. Goeman D, Howard J, Ogrin R. Implementation and refinement of a community health nurse model of support for people experiencing homelessness in Australia: a collaborative approach. *BMJ Open* 2019;9(11):e030982.
12. Lamb V, Joels C. Improving access to health care for homeless people. *Nursing Standard* 2014;29(6):45–51.
13. Nyamathi A, Kennedy B, Branson C, et al. Impact of nursing intervention on improving HIV, hepatitis knowledge and mental health among homeless young adults. *Community Mental Health Journal* 2013;49(2):178–84.
14. Bonin JP, Denoncourt H, Fournier L, Blais R. Vision clinique, vision scientifique: Regards complémentaires sur l'itinérance. In: Hurtubise R, Roy S, editors. *L'itinérance en questions*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2007 ; 77–94.
15. Denoncourt H, Desilets M, Plante MC, Lapante J, Choquet M. La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants: observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec* 2000;25(2):179.
16. Farinas L. Tisser des liens pour aider des sans-abri: des relations de première ligne en action. *Santé mentale au Québec* 2018;43(1):55–71.
17. Hurtubise R, Babin PO. Les équipes itinérance en santé du Québec: Description de pratiques innovantes. 2010. Disponible sur : <http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport-de-recherche-equipes-itinerance-hurtubise-babin-2010.pdf>. Consulté le 10 novembre 2022.
18. Seiler AJ, Moss VA. The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2012;24(5):303–12.
19. CIUSSS du Centre ouest de l'Île de Montréal. Connexion : Faire le lien entre la population itinérante et les soins de santé. 2019. Disponible sur: <https://ciusss360.ca/fr/connexion-faire-le-lien-entre-la-population-itinerante-et-les-soins-de-sante>. Consulté le 18 mars 2024.
20. McWilliams L, Paisi M, Middleton S, et al. Scoping review: Scope of practice of nurse-led services and access to care for people experiencing homelessness. *Journal of Advanced Nursing* 2022;78(11):3587–606.
21. Paradis-Gagné, E., Jacques, M. C., Pariseau-Legault, P., Ben Ahmed, H. E., & Stroe, I. R. (2023). The perspectives of homeless people using the services of a mobile health clinic in relation to their health needs: a qualitative study on community-based outreach nursing. *Journal of Research in Nursing*, 28(2), 154–

167. <https://doi.org/10.1177/17449871231159595>
- 22.Paradis-Gagné, E., & Pariseau-Legault, P. (2021). Critical ethnography of outreach nurses—perceptions of the clinical issues associated with social disaffiliation and stigma. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1357-1367.
- 23.Castel R. La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique* 1994;(22):11–27.
- 24.Varela J. Faire un diagnostic du temps présent. Le modèle sociologique d'analyse de Robert Castel. In: Castel R, Martin C (éd). *Changements et pensées du changement: échanges avec Robert Castel*. Paris : Découverte, 2012; 323-334.
- 25.Castel R. Le droit social, garant de la justice sociale. In: Nicodème F et Christ J (éd). *L'injustice sociale: quelles voies pour la critique?* Paris : Presses Universitaires de France, 2013; 39-48.
- 26.Browne AJ, Reimer-Kirkham S. Problematizing social justice discourses in nursing. In: Kagan PN, Smith M., Chinn PL (éd.). *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis*. Routledge : New-York, 2014 ; 21–38.
- 27.Madison DS. *Critical ethnography: Method, ethics, and performance*. 3e éd. Los Angeles : SAGE Publications, 2019.
- 28.Bourbonnais A. L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers* 2015;120(1):23–34.
- 29.Agence de la santé publique du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. 2024. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>. Consulté le 24 mars 2024.
- 30.Down B, Smyth J, Robinson J. Doing critical ethnography. In: Down B, Smyth J, Robinson J, (éd.). *Rethinking school-to-work transitions in Australia: Young people have something to say*. Cham : Springer International Publishing, 2018; 25–46.
- 31.Palmberger M, Gingrich A. Qualitative comparative practices: Dimensions, cases and strategies. In: Flick U. (éd). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. SAGE Publications, 2014; 94–108.
- 32.Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. In: Benoit Gauthier (éd.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009; 337-360.
- 33.Government of Canada. *Ethical guidelines for conducting research involving homeless people*. 2004. Disponible sur https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/ethicalguidelines_e.pdf. Consulté le 15 septembre 2021.
- 34.York University. *Guidelines for conducting research with people who are homeless*. 2010. Disponible sur <https://www.homelesshub.ca/resource/guidelines-conducting-research-people-who-are-homeless>. Consulté le 20 septembre 2021.
- 35.Poulton B, McKenna H, Keeney S, Hasson F, Sinclair M. The role of the public health nurse in meeting the primary health care needs of single homeless people: a case study report. *Primary Health Care Research & Development* 2006;7(2):135–46.
- 36.Ungpakorn R, Rae B. Health-related street outreach: Exploring the perceptions of homeless people with experience of sleeping rough. *Journal of Advanced Nursing* 2020;76(1):253–63.
- 37.Warin P. *Le non-recours : définition et typologies* : Actualisé en décembre 2016. Grenoble; 2016. Disponible sur <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/documents-travail/working-paper-ndeg1-juin-2010-actualise-en-decembre-2016-non-recours-definition-et-typologies>. Consulté le 24 octobre 2023.
- 38.Warin P. *Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux*. *Politiques Sociales* 2014;3–4(2):108–21.
- 39.Médecins du Monde. *Nos services - Navigatrices et navigateurs autochtones*. 2023. Disponible sur <https://medecinsdumonde.ca/aide/navigateurs-autochtones>. Consulté le 24 juillet 2023.
- 40.Robinson L, Trevors Babici L, Tedesco A, Spaner D, Morey T, Dosani N. Assessing the impact of a health navigator on improving access to care and addressing the social needs of palliative care patients experiencing homelessness: A service evaluation. *Palliative Medicine* 2023;37(4):646–51.
- 41.Vancouver Coastal Health. *Indigenous patient navigators (IPNs)*. 2023. Disponible sur <https://www.vch.ca/en/service/indigenous-patient-navigators-ipns>. Consulté le 5 juillet 2023.
- 42.Pauly B. Harm reduction through a social justice lens. *Journal of Drug Policy* 2008;19(1):4–10.
- 43.Canadian Nurses Association. *Harm reduction and illicit substance use: Implications for nursing*. 2017. Disponible sur <https://ohn.org/wp-content/uploads/2021/07/Harm-Reduction-and-Illicit-Substance-Use-Implications-for-Nursing.pdf>. Consulté le 10 septembre 2021.
- 44.Bingham B, Moniruzzaman A, Patterson M, Distasio J,

Sareen J, O'Neil J, et al. Indigenous and non-Indigenous people experiencing homelessness and mental illness in two Canadian cities: A retrospective analysis and implications for culturally informed action. *BMJ Open* 2019;9:e024748.

45.Hardill K. From the Grey Nuns to the streets: A critical history of outreach nursing in Canada. *Public Health Nursing* 2007;24(1):91–7.

46.Allen D. *The Invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. London : Routledge, 2014.

47.Draaisma M, Glover C. Toronto street nurse calls for 'wartime effort on homelessness' as she closes book on long career. *CBC News*. 2022. Disponible sur: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/cathy-crowe-street-nurse-homelessness-nursing-1.6686637>. Consulté le 11 avril 2024.

48.Eggertson L. Des campements aux manifestations couchées : l'importance de l'activisme pour le personnel infirmier et les patients. 2020. Disponible sur: <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2020/06/08/des-campements-aux-manifestations-couchees-limport>. Consulté le 11 avril 2024.

49.Buck-McFadyen E. Rural homelessness: how the structural and social context of small-town living influences the experience of homelessness. *Canadian Journal of Public Health* 2022;113(3):407–16.

50.MacDonald SA, Gaulin D. The invisibility of rural homelessness in a canadian context. *Journal of Social Distress and Homelessness* 2020;29(2):169–83.

51.Greissler E, Chesnay C, Fortin V. Les transformations de la protection sociale : un regard critique sur les tendances récentes : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales* 2021;32(1):15–25.

Pour contacter les auteurs:

Etienne Paradis-Gagné, inf., PhD,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal
2375 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine,
Montréal, Québec
H3T 1A8
etienne.paradis-gagne@umontreal.ca

Marie-Claude Jacques, inf., PhD,
École des sciences infirmières,
Université de Sherbrooke

Pierre Pariseau-Legault, inf., PhD,
Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais

Stephanie Potocava, inf., BSc,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal