

## SYNTHÈSE RENCONTRE Val d'Or CISSAT

---

Date : 25 - 03 - 2025

Lieu : En virtuel

Organisme : Val d'Or CISSAT

Étaient présents :

- Philippe Bourke – Président - Office de consultation publique de Montréal
  - Soraya Boucetta – Analyste – Office de consultation publique de Montréal
  - Kristina Sawyer – Directrice des programmes Santé mentale et Dépendance -
  - Antoine St-Germain – Spécialiste en activités cliniques régionales en itinérance
- 

**Objectif :** Apprentissage sur l'histoire et les conditions de succès de l'approche de concertation et de collaboration

### **Contexte :**

À Val-d'Or, le point de départ a été la prise de conscience, en 2012, par les autorités locales, de l'ampleur et de la gravité de la problématique de l'itinérance, désormais reconnue comme un enjeu social prioritaire nécessitant une action concertée. Cette reconnaissance a notamment permis de renforcer la concertation entre les acteurs locaux, ce qui a facilité la mobilisation des ressources financières et rendu possible, dans un premier temps, l'ouverture à l'année de la ressource (La Piaule). Cependant, malgré cette dynamique initiale positive, la forte mobilisation a également mis en lumière certains enjeux de collaboration, tels que des tensions autour du partage des ressources (« tirage de couverture ») et des critiques exprimées publiquement par l'intermédiaire des médias.

Face à ces tensions, les acteurs ont ressenti le besoin de structurer davantage leur collaboration. C'est ainsi qu'à la suite de quelques crises, ils se sont réunis pour formaliser leur engagement en mettant en place un comité stratégique de concertation, marqué par un fort « commitment » et une représentation active des hauts dirigeants, tels que le maire et les directeurs d'organismes.

### **Acteurs engagés dans la démarche :**

- Ville de Val d'Or
- Sûreté du Québec
- La Piaule
- CISSAT
- Centre d'amitié autochtone (note la clientèle autochtone à Val d'or varie entre 50 et 70%)

Les responsabilités opérationnelles ont été graduellement déléguées dans les équipes d'intervention. Les résultats positifs se sont rapidement fait sentir. Toutefois, les hauts dirigeants se sont alors graduellement retirés, ce qui a provoqué un ressac par manque de communication.

Un comité de gouvernance a été donc mis sur pied pour y remédier (3-4 rencontres par an), et de grands efforts ont été déployés pour clarifier de manière très détaillée les rôles et responsabilités de chacun. En plus d'être convenus, ces rôles et responsabilités devaient être bien connus, entendus, compris et acceptés de tous.

Le CISSAT assume le leadership de la collaboration et de la concertation mais les différentes entités conservent leur responsabilités et imputabilités. Le modèle est graduellement étendu ailleurs en AT (Rouyn, Amos, La Sarre) mais le cadre de gouvernance varie un peu selon les particularités.

En parallèle des efforts de coordination stratégique, une dynamique tout aussi essentielle s'est développée sur le terrain, portée par les intervenants de première ligne. Cette approche clinique, fondée sur la concertation et la collaboration intersectorielle, s'est révélée particulièrement inspirante et efficace, générant des bénéfices concrets que les acteurs souhaitent préserver. C'est dans cet esprit qu'a été mis en place un comité clinique, dont le fonctionnement repose sur la proximité, la confiance et une grande souplesse d'intervention.

### **Fonctionnement du comité clinique**

- **Création :**  
Né de la volonté d'agir plus efficacement sur le terrain. Basé sur une équipe restreinte de terrain (pas de décideurs), motivée, intersectorielle.
- **Composition :**

Environ 8 personnes du réseau communautaire, de la santé publique (infirmière et intervenant de proximité), de la Sûreté du Québec, de La Piaule, du centre d'amitié autochtone et d'autres intervenants de proximité.

- **Fonctionnement :**  
Réunion chaque semaine pendant 2 heures. Discussion de 15 à 20 cas par rencontre. Environ 100 personnes suivies activement par an (sur les 375 PSI du secteur (ceux qui ont ce type de besoins). Utilisation d'autorisations verbales pour partager des données confidentielles, selon une entente éthique.
- **Culture du comité :**  
Basée sur la confiance et la souplesse. Tous s'entendent sur le caractère confidentiel des informations). Priorité au bien-être de la personne. Importance du non-jugement et de la flexibilité d'intervention. Le comité est informel mais structuré autour de principes clairs : Intérêt des usagers, Confidentialité, Acceptation des limites (parfois, les solutions ne fonctionnent pas)

### **Projets notables issus du comité clinique :**

#### **1. Clinique communautaire psychiatrique (Dr Gendron) :**

Un psychiatre accompagne l'équipe sur le terrain. Consultation dans des lieux de vie : hébergement d'urgence, PCMA, etc. Approche prudente de mise en confiance via le comité clinique : plusieurs petites rencontres en présence du psychiatre avant d'ouvrir sur l'offre de consultation et/ou de traitements.

#### **2. Centre de prévention des surdoses, projet de motorisé pour intervention mobile, concertation avec le centre de détention d'Amos pour l'accompagnement au moment de la sortie (Ex. : Transmission des papiers importants par voie électronique avant la sortie).**

Ce qui a permis le succès de l'approche est une forte volonté / engagement des personnes impliqués au départ. Cela complexifie la reproduction du modèle mais c'est possible. Il faut de la patience pour créer les bonnes conditions humaines / apprendre à collaborer.

## Éléments saillants, enjeux et propositions

### Enjeux identifiés :

- Manque de reconnaissance initiale de l'itinérance ;
- Crises sociales comme moteurs de changement ;
- Pertes de lien quand le leadership politique s'efface ;
- Risque de stigmatisation si les données sont mal partagées ;
- Défi de la confidentialité dans un petit milieu ;
- Problèmes spécifiques aux sorties de détention ;
- Inadéquation entre la complexité des besoins et les services existants.

Parmi les **principaux enjeux soulevés**, on note la difficulté à assurer un leadership politique stable, les enjeux liés au partage éthique de l'information, les obstacles persistants en matière d'accès au logement, la stigmatisation des personnes en situation de grande vulnérabilité, ainsi que la complexité croissante des besoins psychosociaux.

Pour y répondre, les acteurs du milieu formulent plusieurs recommandations clés : une reconnaissance accrue et explicite des rôles de chacun, un accompagnement souple et individualisé, la mise en œuvre d'actions concertées et adaptées aux réalités locales, ainsi qu'un effort soutenu de valorisation et de communication afin de renforcer la cohésion et la légitimité des interventions.

### Propositions / bonnes pratiques :

- **Leadership clair et défini** : coordination par le réseau de santé, sans absorber tous les rôles.
- **Rôles et responsabilités formalisés** pour éviter les malentendus et assurer la continuité malgré les départs.
- **Comités distincts selon les réalités locales** : pas de modèle unique, mais des principes adaptables.
- **Formation d'un « noyau dur » d'intervenants de terrain** engagés et stables.
- **Approche flexible et éthique du partage d'information.**
- **Construction de lien avec les personnes** avant toute intervention sensible.
- **Communication active** : infolettre, conférences, valorisation des réussites.

En somme, l'expérience de Val-d'Or illustre la richesse et la complexité d'une approche de concertation et de collaboration ancrée à la fois dans le stratégique et le terrain. Si les résultats sont probants, ils reposent sur un engagement humain fort, une gouvernance claire, une souplesse d'action et une volonté constante d'adaptation aux réalités locales. Cette démarche offre des pistes inspirantes pour d'autres milieux souhaitant répondre de manière concertée aux enjeux liés à l'itinérance et à la grande vulnérabilité.