

Article

« L'effet structurant des politiques dans la définition et la construction du phénomène de l'itinérance, et les impacts sur les services et l'intervention »

Lucie Groleau

Nouvelles pratiques sociales, vol. 12, n° 2, 1999, p. 27-44.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/000052ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca



L'effet structurant des politiques dans la définition et la construction du phénomène de l'itinérance, et les impacts sur les services et l'intervention

Lucie GROLEAU
Étudiante au doctorat en service social
Université de Montréal / Université McGill

INTRODUCTION

Le phénomène des sans domicile fixe constitue un problème social dans plusieurs pays développés à travers le monde. L'ampleur du phénomène varie selon les pays, les politiques sociales, les systèmes de service social, la désinstitutionnalisation, le logement, l'économie, les valeurs, etc. (Toro et Rojanski, 1990). Les politiques jouent un rôle primordial dans la construction de ce

problème. En effet, l'analyse macrosociologique de l'itinérance fait ressortir l'effet structurant des politiques, tant dans la construction du problème, la nature et la configuration des services que dans les modes de gestion de ce problème social (CRI, 1997).

Non seulement ce phénomène s'observe-t-il à l'échelle internationale mais, plus encore, il traverse l'histoire. En effet, l'histoire témoigne de la présence du « vagabond », qui « véhicule toutes les menaces et tous les dangers qui viennent d'ailleurs et de nulle part » (Castel, 1989 : 20). On assiste donc, historiquement, à l'exclusion des pauvres, des mendiants et des vagabonds, perceptible dans les stéréotypes, les stigmates ou les traitements répressifs (Castel, 1995). Notamment, au XVIII^e siècle, le traitement du vagabondage illustre comment on espère, par certaines mesures répressives, avoir « un effet dissuasif sur une masse plus grande de gens. Ce traitement à la marge d'un problème général est caractéristique de ces politiques sociales » (Castel, 1995 : 20).

Dans cet article, nous nous intéressons plus particulièrement aux influences de la politique sur la définition et la construction du phénomène de l'itinérance, de même qu'à son impact sur les services offerts aux personnes itinérantes. En premier lieu, nous considérons la définition politique de l'itinérance et identifions certains enjeux. Ensuite, nous regardons succinctement l'effet structurant des politiques sociales sur la construction du phénomène. Puis, nous analysons plus en profondeur l'intervention de type *case management* (« suivi communautaire », Vallée, Courtemanche et Boyer 1998 : 50, ou « gestion de cas », Gélinas, 1998 : 8), en touchant successivement à ses caractéristiques et à ses limites. Finalement, nous terminons en relevant les aspects politiques et juridiques du phénomène.

LA DÉFINITION DE L'ITINÉRANCE

Définir l'itinérance n'est pas chose aisée. La définition d'un phénomène social, comme l'itinérance, est tributaire de multiples enjeux politiques ou autres (Bauhmohl, 1996). En outre, la définition d'un phénomène affecte l'évaluation de l'ampleur du problème, les ressources affectées à ce problème et les différentes juridictions dont il relève (Laberge *et al.*, 1995). Qui plus est, la construction d'un problème social peut relever de certains groupes d'intérêts et d'experts qui définissent le problème (Langlois, 1994). Dans cette section, après avoir examiné les définitions opérationnelle et politique de l'itinérance, nous explorerons les enjeux sous-jacents.

Tout d'abord, il n'existe pas de « définition opérationnelle reconnue » de l'itinérance (MSSS, 1992 : 52), faisant l'objet d'un consensus :

S'il est une question qui fait l'objet d'un consensus dans le domaine de l'itinérance, c'est bien celle de la difficulté d'en donner une définition précise. Il semble maintenant relever du rituel d'annoncer d'entrée de jeu que nous ne disposons pas d'une définition claire, exclusive, opérationnelle, et faisant l'objet d'un consensus. (Laberge et Roy, 1994 : 94)

Malgré l'absence de définition opérationnelle, il existe deux descriptions très précises de l'itinérance, que l'on pourrait qualifier de « définitions politiques ». La première « définition », issue de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), distingue trois types d'itinérants, selon la durée de l'itinérance et le statut résidentiel :

L'itinérance est un phénomène difficile à circonscrire. L'absence de domicile constitue la dimension la plus apparente. Il importe de décrire l'itinérance selon trois catégories principales [...] (transitoire, épisodique et chronique) [...] et de ne pas laisser entendre que la situation de la population itinérante chronique correspond à celle de l'ensemble des itinérants. [...] Les itinérants chroniques ne représentent que 10 à 15 % de la population itinérante. (MSSS, 1992 : 52)

Par ailleurs, il existe une seconde définition de l'itinérance, qui semble faire l'objet d'un consensus (Laberge *et al.*, 1995). Cette définition a été proposée par un groupe d'intervenants du milieu communautaire et adoptée lors d'une assemblée à l'hôtel de ville de Montréal, en 1987, et reprise par divers milieux politiques ou autres :

La personne itinérante serait celle qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre pour les 60 jours à venir, à très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable. (Laberge *et al.*, 1995 : 4 ; Comité des sans-abri de la ville de Montréal, 1987 ; MSSS, 1992)

Ces deux descriptions ou définitions « politiques » de l'itinérance laissent percevoir divers enjeux. En premier lieu, la définition du MSSS (1992) pourrait affecter directement l'évaluation de l'ampleur du problème. En effet, en se basant sur des critères reliés à la « durée et la fréquence de la situation » et à une durée d'itinérance supérieure à 12 mois, le MSSS estime que « les itinérants chroniques ne représentent que 10 à 15 % de la population itinérante » (MSSS, 1992 : 52). Dans cette optique, le nombre d'itinérants passerait de 10 000 à 15 000 à 1 000 à 3 000 itinérants « chroniques » à Montréal, ce qui réduit sensiblement l'ampleur du phénomène.

En second lieu, au regard du facteur « temps », on observe un écart important entre les deux représentations du phénomène. Dans le premier cas, la durée de l'itinérance doit avoir été supérieure à 12 mois pour qu'un individu soit considéré « itinérant chronique » (MSSS, 1992) et, dans le second cas, la « personne itinérante » est celle qui n'a pas de « logement stable,

sécuritaire et salubre pour les 60 jours à venir» (Comité des sans-abri de la ville de Montréal, 1987). La durée de l'itinérance est donc un critère important dans la définition et la construction du problème de l'itinérance, et ce critère peut varier en fonction notamment des objectifs poursuivis, des valeurs, des intérêts et des enjeux politiques. De plus, chaque représentation temporelle comporte des conséquences. Ainsi, en accordant la priorité au temps passé, on risque de considérer les conditions de vie reliées à l'itinérance, à l'extrême pauvreté et à l'absence de domicile fixe comme des éléments sans importance ou de moindre importance, pourvu que la durée ne dépasse un seuil jugé « raisonnable », déterminé de façon arbitraire, pouvant aller jusqu'à un an. En revanche, accorder une plus grande importance au futur permet de prévenir les problèmes ou de prévoir des solutions.

En troisième lieu, la seconde définition, issue du Comité des sans-abri de la ville de Montréal (1987), associe étroitement l'itinérance à divers problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de désorganisation sociale. Cette définition, convenue entre des « experts », peut influencer le type de services privilégiés ou les solutions apportées au problème. L'accent porte sur une « médicalisation » du phénomène, plutôt que sur une analyse ou une critique des causes structurelles. Cette définition de l'itinérance est très utilisée encore aujourd'hui, car selon certains intervenants, elle permet d'obtenir un financement, en tenant compte des catégories administratives gouvernementales, telles la santé mentale ou la toxicomanie, ce qui permet aux organismes communautaires d'offrir des services correspondant aux programmes du ministère. Ainsi, selon certains intervenants, « [...] le phénomène de l'itinérance, n'étant pas une priorité dans la réorganisation des services, se retrouve découpé en diverses catégories » (Parent, 1997 : 15). Par ailleurs, cette définition peut également convenir aux différentes instances gouvernementales ou municipales, car l'itinérance, ainsi définie, n'est plus un problème structurel ou une simple question de pauvreté et d'absence de logement à prix abordable. On évite ainsi de soulever des débats de nature politique.

Enfin, pour ce qui est de la représentation collective, ces « définitions politiques » ou représentations de l'itinérance laissent croire que l'itinérance est une réalité sociale restreinte à un petit groupe d'individus, affectés de déficiences individuelles. Cette représentation renforce en outre l'idéologie dominante basée sur la responsabilité individuelle, plutôt que sociale ou structurelle. Dans les représentations et discours sur l'itinérance, l'accent est rarement mis sur les causes structurelles, telles que la pauvreté ou le manque de logement social. De plus, on oublie que la pauvreté se retrouve souvent en amont des problèmes de santé mentale ou autres (Robichaud *et al.*, 1994).

LA PROBLÉMATIQUE : L'ITINÉRANCE

Selon Danielle Laberge *et al.* (1995), les termes « sans-abri », « itinérants », « sans domicile fixe » évoquent un ensemble de situations qui sont le lot de personnes vivant dans une extrême pauvreté et une grande précarité, aussi bien sur le plan des conditions de vie que de logement. De plus, au-delà des conditions de vie, l'itinérance est souvent accompagnée par un ensemble de difficultés d'ordre social, psychologique ou de santé (Laberge *et al.*, 1995).

Ainsi, l'itinérance traduit d'abord une condition de vie caractérisée par l'absence de domicile et l'extrême pauvreté, c'est-à-dire un revenu insuffisant pour répondre aux besoins essentiels (nourriture, logement, sécurité, etc.). De plus, cette condition de vie intervient dans les problèmes liés à l'accessibilité aux services, tels que les services de sécurité sociale, les hôpitaux, les services sociaux, les régies du logement, etc. En effet, les pratiques de ces services sont difficilement compatibles avec les conditions de vie reliées à l'itinérance : le fait de ne pas avoir d'adresse ou de téléphone, de ne pas disposer d'un compte chèque ou d'un endroit pour ranger ses médicaments, etc. (CSSSMM, 1989).

En sus des conditions de pauvreté absolue, l'itinérance s'accompagne de plusieurs difficultés. Les personnes itinérantes peuvent souffrir d'un problème de santé mentale (43,6 %), de dépendance à l'alcool (70 %) ou à une drogue quelconque (45,3 %) ou bien présenter un trouble de personnalité (60 %). Un nombre considérable d'itinérants cumuleraient les trois : maladie mentale, toxicomanie et trouble de personnalité (CSSSMM, 1989). L'itinérance est dite « multiproblématique » lorsque « les personnes présentent à la fois un état d'itinérance, de graves problèmes de santé mentale et de toxicomanie auxquels s'ajoutent bien souvent des maladies physiques » (Comité aviseur de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre sur l'itinérance multiproblématique, 1994 : 12).

Bien qu'il existe de nombreuses difficultés associées à l'itinérance, les recherches ne peuvent déterminer dans quelle mesure ces problèmes sont la cause ou la conséquence de l'itinérance. On reconnaît toutefois que les conditions de vie difficiles de la rue et l'absence de domicile constituent des éléments déclencheurs (Fournier et Mercier, 1996 : 330).

Faute de véritables études longitudinales, il n'est pas possible d'établir dans quelle proportion les problèmes associés à la condition des sans-abri sont des causes ou des conséquences de l'absence de domicile fixe. On sait cependant que les conditions de vie particulièrement difficiles de la rue précipitent l'apparition de problèmes chez les personnes déjà fragilisées par diverses expériences de vie, dont la perte de domicile.

Plus récemment, on parle d'un « renforcement réciproque » : l'itinérance conduirait à l'isolement social, à l'abus de substances psychotropes et à la maladie physique et mentale. Ces problèmes accroîtraient, en retour, le risque de demeurer itinérant (Cooper et Helgasson, sous presse).

LES POLITIQUES SOCIALES ET LA CONSTRUCTION DU PHÉNOMÈNE

Certaines politiques sociales peuvent participer de manière plus ou moins indirecte à la construction du phénomène de l'itinérance. Parmi les politiques ou les lois concernées, on retrouve celles reliées à l'itinérance, à la santé mentale ou aux conditions de vie de l'itinérance, touchant la pauvreté et l'absence de logement (Groleau, 1999). S'agissant des conditions de vie, par exemple, les taux de prestations insuffisants de l'aide sociale peuvent se répercuter directement sur des éléments pouvant conduire à l'itinérance, soit la pauvreté, les problèmes de logement, les difficultés d'insertion sociale, d'isolement et de santé mentale. En effet, les prestations d'aide sociale, dans le cas des personnes seules aptes au travail, se situent à environ 40 % sous le seuil de pauvreté (Conseil national du bien-être social, 1998). Sur le plan du logement, les prestations insuffisantes représentent un taux d'effort (pourcentage du revenu consacré au logement) excessif pour se loger (Protecteur du citoyen, 1994). L'assistance financière minimale accroît aussi les difficultés de se trouver un emploi, par son impact sur l'alimentation, l'habillement et le transport en commun, trois facteurs importants dans la recherche d'emploi (McAll *et al.*, 1995). La pauvreté accentue également les problèmes d'isolement et de santé mentale (Direction de la santé publique, 1998). Ainsi, l'assistance financière minimale pourrait contribuer à l'apparition d'un ensemble de facteurs reliés à l'itinérance, soit la pauvreté, les problèmes de logement, d'emploi, d'isolement et de santé mentale.

De surcroît, plusieurs personnes assistées sociales ne peuvent intégrer le marché du travail en raison de problèmes sociaux ou psychologiques, qui, toutefois, ne sont pas reconnus comme des diagnostics invalidants, donnant droit à des prestations supérieures (McAll *et al.*, 1995). Malgré leurs difficultés psychologiques ou sociales, ces personnes sont considérées « aptes au travail » et reçoivent donc des prestations insuffisantes pour répondre à leurs besoins de base, soit se nourrir, se loger, se vêtir. En effet, dans les catégories admissibles à des prestations plus élevées, il y a très peu de diagnostics psychiatriques reconnus officiellement comme donnant droit au « soutien financier ». Certains problèmes de santé mentale, tels que la dépression majeure, la psychose maniacodépressive, les cas « borderline », l'alcoolisme chronique et plusieurs maladies ou troubles mentaux ne sont pas reconnus.

Cela pourrait expliquer, dans une certaine mesure, le taux de prévalence élevé de personnes itinérantes ayant ce genre de problèmes de santé mentale ou de désorganisation et vivant sous le seuil de pauvreté vu le niveau de prestation nettement insuffisant. L'itinérance pourrait ainsi être attribuable non seulement à des difficultés personnelles, mais également aux prestations insuffisantes pour répondre aux besoins de base.

Sur le plan de l'habitation, la pénurie de logements sociaux et l'insuffisance de support et de ressources d'hébergement à long terme sont des éléments déterminants de l'itinérance. En premier lieu, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, le taux d'effort exigé est nettement supérieur aux taux recommandés, augmentant ainsi le risque de se retrouver sans abri. Pour les personnes seules, aptes au travail, ce taux peut représenter jusqu'à 70 % de leur revenu, en raison du taux de prestation minimal et du fait qu'elles ne sont pas admissibles aux différents programmes de logement. La faiblesse des prestations amène parfois certaines personnes à devoir choisir entre « se loger ou se nourrir » (FRAPRU, 1998). En deuxième lieu, malgré les actions gouvernementales au regard de l'habitation, telles que les programmes allocation logement et Accès Logis, certaines lacunes demeurent, comme l'absence d'allocation logement pour les personnes seules de moins de 55 ans et la pénurie de logements sociaux, en particulier pour les personnes itinérantes. En effet, le programme Accès Logis (volet 3) ne prévoit qu'une vingtaine d'unités pour les personnes itinérantes alors qu'on dénombre plusieurs milliers d'itinérants. En troisième lieu, l'implantation du programme de logement social Accès Logis suppose l'effort concerté de différents acteurs, parmi lesquels le MSSS, malgré son importance dans le dossier de l'itinérance, brille par son absence : « Le MSSS devrait être présent au conseil d'administration du nouveau Fonds québécois d'habitation communautaire » (FOHM, 1997 : 64). Le gouvernement fédéral, quant à lui, a mis fin à son programme de financement de nouveaux logements sociaux en 1994, en dépit du fait que, en 1993, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a condamné le Canada « pour la faiblesse de ses budgets en matière de logement social » (FRAPRU, 1998 : 5). La Ville de Montréal, pour sa part, s'est retirée du volet 3, soutenant que l'itinérance était du ressort provincial, étant donné la nécessité du support communautaire. Ainsi, peu d'acteurs sont présents sur la scène.

Sur le plan de la santé mentale, à la suite de la désinstitutionnalisation, de l'aveu même du MSSS, « les gens se trouvent isolés et sans ressources à leur sortie d'hôpital » (MSSS, 1997 : 9). De plus, le manque de ressources s'expliquerait par le fait que « la maladie mentale ne suscite pas, en règle générale, un intérêt comparable à celui des troubles physiologiques » (MSSS, 1997 : 27). Ainsi, dans certains cas, la clientèle psychiatrique se retrouve parfois « à la rue avec, en prime, bien souvent, une médication qui l'abrutit » (Poirier, Gagné et Dorvil, 1989 : 173).

L'INTERVENTION ET L'ORGANISATION DES SERVICES AUPRÈS DES PERSONNES ITINÉRANTES : LE CASE MANAGEMENT

En ce qui a trait à l'organisation des services et de l'intervention, le *case management* auprès des personnes itinérantes possède certaines caractéristiques (Mercier, 1995) :

- La coordination des services est très exigeante en raison de l'ampleur des besoins, combinée au manque de ressources disponibles.
- Les personnes itinérantes sont plus intéressées par les services donnant des bénéfices tangibles que par des traitements. Plusieurs études recommandent donc de donner des services concrets avant de fournir des services cliniques.
- Plusieurs auteurs favorisent une approche intensive de type *case management* auprès des itinérants.
- Il importe, enfin, de souligner que les services de *case management* ne peuvent remplacer un domicile (Mercier, 1995). Ainsi, « un des éléments importants à considérer dans l'offre de services est d'assurer l'accès à des logements à prix modique ou des logements supervisés. [...] Le logement devrait être vu comme une composante primaire des services » (Fournier et Mercier, 1996 : 141).

Dans le cas des personnes itinérantes et toxicomanes, de manière générale, l'apport d'une aide concrète et l'établissement d'une relation de confiance sont les principales activités du *case manager* (Mercier, 1995). L'intervenant peut offrir différents services, dont les services de désintoxication, de suivi individuel, de fiducie ou de prévention dans le milieu. Dans le cas de l'itinérant présentant des problèmes de santé mentale, le *case manager* doit remplir plusieurs fonctions. Selon les circonstances, l'importance sera accordée à l'intervention en situation de crise, au traitement, à la réhabilitation, à la coordination de services, à la relation personnelle ou aux activités communautaires (Nadeau, 1989).

Évaluation du *case management*

Aujourd'hui, le *case management*, comme programme ou système de distribution de soins auprès des personnes itinérantes, est très répandu. Les défenseurs du *case management* « prétendent qu'il peut offrir, à un coût moindre, une meilleure qualité de vie » (Cangas, 1994 : 10). Ainsi, plusieurs recherches portent sur l'évaluation du *case management* et la plupart tentent

de mesurer les impacts de cette approche en considérant différents indicateurs, tels que la qualité de vie, les coûts des services, la consommation de substances psychotropes, l'état de bien-être, etc. De manière générale, un consensus émerge de ces recherches évaluatives : le *case management* doit d'abord répondre aux besoins essentiels, aux besoins concrets des itinérants (logement, revenu, travail) et, ensuite, fournir des soins continus, à long terme (Stahler et Stimmel, 1995). De plus, certaines études font valoir que, puisque la maladie mentale et la toxicomanie sont souvent des problèmes chroniques, elles exigent des soins (Braucht, 1995) et un hébergement à long terme (Lauriat, 1986). On soutient même que l'efficacité des programmes repose sur le logement : « le manque de logement à prix modique diminue l'efficacité des programmes de type *case management* » (Mercier, 1995 : 26).

Limites du *case management*

En ce qui a trait aux limites du *case management*, plusieurs études soulignent les difficultés liées à l'intervention. Tout d'abord, selon l'Association canadienne pour la santé mentale (1992), les organismes communautaires peuvent difficilement prendre en charge les personnes psychiatriquées ou ex-psychiatriquées, faute de moyens financiers ou autres (Association canadienne pour la santé mentale, 1992). De plus, compte tenu de la nature chronique des problèmes psychiatriques, malgré des suivis allant parfois jusqu'à six mois, la durée de l'intervention est généralement trop courte pour amener des changements notables (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997). Certains craignent également que, dans le contexte de rationalisation des services, le suivi intensif ne soit, en fait, « orienté vers la survie, d'autant plus qu'il ne s'accompagne pas de politiques de logement social » (Gélinas, 1996 : 29). Selon certains auteurs, le système asilaire, qui induisait la chronicité des problèmes, aurait été substitué par un système orienté à court terme, engendrant des conditions de vie pitoyables, ponctuées de réadmissions fréquentes (Gélinas, 1996).

Pour les personnes itinérantes et toxicomanes, « l'efficacité des programmes de réadaptation se trouve compromise par le fait qu'à leur sortie du traitement les personnes retournent dans un milieu peu favorable au maintien de la sobriété ou d'une consommation contrôlée » (CSSRM, 1991 : 24). Les experts recommandent donc d'incorporer l'amélioration des conditions de vie au traitement (CSSRM, 1991).

L'intervention de type *case management* perçoit ses limites de manière plus frappante lorsqu'il s'agit de faire face aux personnes itinérantes atteintes à la fois de problèmes graves et persistants de santé mentale et de problèmes de toxicomanie. Dans ce cas particulier, les patients sont souvent exclus des

deux services, leur profil ne répondant à la mission d'aucun des organismes (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997). Le phénomène des personnes itinérantes à « double diagnostic » ou l'itinérance multiproblématique, est « un problème de taille, puisqu'il favoriserait le passage constant d'une ressource à l'autre » (Association canadienne pour la santé mentale, 1992 : 38). De plus, les personnes intervenant auprès des itinérants à problématiques multiples connaissent bien des difficultés, les services de psychiatrie et de toxicomanie étant des univers clos : « Ces univers clos constituent une barrière infranchissable pour les itinérants aux prises avec la toxicomanie et la maladie mentale. » (Véranka, 1996 : 28)

En outre, les personnes itinérantes à problèmes multiples peuvent se voir refuser l'accès aux refuges, car quelques-uns d'entre eux excluent certains types d'itinérants (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997). En effet, certains refuges ou ressources refusent l'accès aux itinérants en état d'ébriété ou ayant des « problèmes de comportement ». Selon des intervenants en urgence psychiatrique : « On se rappelle que plusieurs toxicomanes étaient sur la liste noire de diverses ressources d'hébergement. » (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997 : 91) Les intervenants de l'urgence psychiatrique recommandent donc de développer des ressources d'hébergement à long terme à l'intention des personnes toxicomanes, afin que celles-ci ne se retrouvent à l'urgence, faute d'hébergement. De plus, selon les intervenants de l'urgence, ces personnes itinérantes n'ont pas besoin des soins médicaux de l'urgence ; elles sont donc retournées à la rue : « Tu veux pas le mettre dehors, c'est un être humain, mais tu veux pas non plus qu'il se serve des urgences comme abri pour la nuit. L'hôpital n'est pas le bon endroit pour traiter une toxicomanie. » (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997 : 91) Exclues des refuges et des hôpitaux, certains itinérants doivent ainsi dormir dehors, même l'hiver.

DISCUSSION

L'analyse du phénomène de l'itinérance révèle plusieurs ramifications politiques au sein de ce problème. Tout d'abord, la définition de ce phénomène comporte certains enjeux politiques. En effet, selon les définitions « politiques » de l'itinérance, l'ampleur du problème fluctue. De plus, la responsabilité semble davantage individuelle que collective. Cette représentation du phénomène s'insère dans un contexte idéologique néolibéral, où prévalent la responsabilité individuelle, « l'abandon de la lutte pour l'égalité et l'acceptation des inégalités croissantes » (Groulx, 1993 : 279). Ensuite, parmi les éléments politiques contribuant à l'itinérance, on retrouve les prestations d'aide sociale insuffisantes, la pénurie de logements sociaux et le manque de ressources en santé mentale. Enfin, au niveau de l'organisation des services et de l'inter-

vention, la non-reconnaissance de l'itinérance comme problème global, les problèmes de coordination et d'accessibilité aux services et le manque de ressources dans la communauté accroissent les difficultés liées à l'intervention.

Si nous nous attardons plus particulièrement aux services offerts, l'intervention de type *case management* comporte plusieurs limites, reliées à la lourdeur des problématiques, au manque de ressources disponibles, d'hébergement protégé ou de logement social, aux problèmes de coordination entre les services, aux difficultés de financement et d'accessibilité, etc. En outre, plusieurs études soulignent le danger de n'apporter que des réponses à court terme. En effet, de manière générale, les programmes pour itinérants favorisent les ressources à court terme. Or, « il existe un danger réel que l'on apporte des réponses à court terme au problème », le manque de logement stable ayant pour résultat de « faciliter le maintien dans des conditions minimales de survie. C'est pourquoi, parallèlement à des interventions de dépannage, on doit intensifier des programmes de sortie de l'itinérance » (Fournier, 1996 : 331).

De plus, en ce qui a trait à la santé mentale, les politiques de financement gouvernementales ne permettent pas « d'instaurer les structures nécessaires à l'implantation de programmes à long terme (plus de six mois), privant ainsi les ex-psychiatisés du seul élément stable de leur quotidien : l'hébergement » (Association canadienne pour la santé mentale, 1992 : 38). On assiste donc à des hospitalisations répétées et au ballotement entre les ressources (Association canadienne pour la santé mentale, 1992).

Parallèlement, la question de la difficulté d'arrimage entre les services sociaux, de santé, de logement et juridiques demeure une préoccupation majeure (Fournier et Mercier, 1996). Ainsi, les personnes itinérantes éprouvent de nombreuses difficultés à avoir accès aux services et, en retour, ces services ont de la peine à répondre à la variété de leurs besoins (Véranka, 1996).

En somme, on pourrait donc parler d'un problème politique. Effectivement, les difficultés qui se posent à plusieurs égards, soit à celui de l'accès aux services, de l'arrimage entre les services, de l'hébergement à long terme, du financement et de l'absence de politique de logement social, représentent des enjeux essentiellement politiques.

Dans cette perspective, les intervenants du milieu communautaire spécialisés en itinérance déplorent plusieurs lacunes du système. En effet, selon le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), depuis le virage ambulatoire, l'État se déchargerait de ses responsabilités en se tournant vers le milieu communautaire, sans mesures financières adéquates, sans planification de services ni service intégré (Parent, 1997). Qui plus est, sur le plan politique, il n'y a pas de véritable reconnaissance du problème

de l'itinérance, car, pour la Régie régionale, cette réalité est occultée et découpée en « sous-catégories épidémiologiques » :

Le point saillant de la planification actuelle de services réside dans la non-reconnaissance du phénomène de l'itinérance à la Régie régionale. Par conséquent, il y a également absence de référents en ce qui a trait à l'itinérance parmi les décideurs politiques. La place de la population itinérante dans la restructuration des services est maintenant occultée : le phénomène de l'itinérance se retrouve décomposé en « sous-catégories épidémiologiques qui ne correspondent pas à la réalité générale lorsqu'on les cumule » (Parent, 1997 : 10 ; Charest, 1997).

De plus, selon une étude effectuée auprès d'une quarantaine d'intervenants en urgence psychiatrique, les intervenants se sont dit inquiets des besoins de la clientèle et ont remis en question la volonté d'agir du gouvernement. Ils lancent donc un appel à l'action politique ; ils déplorent l'inaction gouvernementale et soulignent l'importance d'une « volonté collective et politique d'agir » :

J'ai l'impression qu'il va falloir que ce soit un choix de société carrément. [...] Il va falloir que tout le monde se mette ensemble pour pousser la roue et à commencer par la Régie régionale d'arrêter de faire de beaux projets puis les laisser sur la tablette. [...] C'est un choix de société, puis le porte-parole de cette société-là, c'est la Régie régionale, puis il va falloir qu'ils mettent leurs culottes et qu'ils prennent une décision à savoir est-ce qu'on va jusqu'au bout de cette intervention-là. (Thibeau, Fortier et Campeau, 1997 : 92)

Comment exiger du réseau public une approche globale, qui tienne compte de l'ensemble de la personne et de ses conditions de vie, qui s'attaque aux causes structurelles de l'itinérance ? Avec quels moyens ? Comment lutter pour la défense des droits des itinérants lorsque la survie et le financement de son propre organisme sont conditionnels à la concordance avec les programmes gouvernementaux, axés vers la médicalisation du problème ou, *a contrario*, vers l'insertion par le travail, dans un contexte socioéconomique où, selon Castel (1995), le travail est de moins en moins un élément intégrateur du monde économique et social ? La personne sans abri, comment peut-elle faire respecter ses droits, lorsqu'elle n'a pas de pouvoir et qu'elle est exclue économiquement, socialement, symboliquement et politiquement ? Voilà les questions que soulève une réflexion sur l'itinérance, cette condition d'exclusion totale et de pauvreté absolue.

CONCLUSION

À la lumière de ce qui précède, nous pouvons constater que le parcours de l'intervenant auprès des personnes itinérantes est semé d'embûches. En outre, nous observons l'effet structurant des politiques dans la définition et

la construction du phénomène de l'itinérance, de même que certains impacts sur la coordination des services et de l'intervention. Les problèmes relevés ont principalement trait au manque de financement, de ressources d'hébergement à long terme, de politique de logement social, de coordination, de planification et d'accessibilité aux services. Ainsi, selon de nombreux intervenants du milieu communautaire, de la santé mentale et du milieu hospitalier, plusieurs problèmes liés à l'intervention seraient essentiellement des problèmes de nature politique (Parent, 1997 ; Association canadienne pour la santé mentale, 1992 ; Thibeau, Fortier et Campeau, 1997).

Qui plus est, une partie non négligeable du problème semble résider dans la représentation du phénomène et dans la place réservée à l'itinérance. En effet, selon la représentation politique de l'ampleur du phénomène, « l'itinérance chronique » ne constituerait qu'un épiphénomène (MSSS, 1992). Puis, suivant la « définition politique » du problème, l'itinérance ne serait qu'un phénomène individualisé, médical, ayant peu de référents aux causes structurelles. Ensuite, au sein de la Régie régionale, l'itinérance est décomposée en « sous-catégories épidémiologiques » (Parent, 1997 : 10 ; Charest, 1997). En pratique, l'itinérance n'existe presque plus à ce niveau, sinon en ses parties ou « catégories administratives » : santé mentale, toxicomanie, violence faite aux femmes, jeunes en difficulté... Car, « l'itinérance n'apparaît pas comme catégorie spécifique dans la planification actuelle des services » (Parent, 1997 : 9). Ainsi, la représentation politique de l'itinérance semble non seulement minimiser l'ampleur du phénomène et les causes structurelles, mais, plus encore, occulter son existence même.

Il n'y a donc pas de véritable reconnaissance de l'itinérance à la Régie régionale. Or, le rôle de la Régie est, précisément, d'orchestrer les services (Parent, 1997). Comment s'étonner alors des difficultés éprouvées dans la coordination et la planification des services, dans le cas d'une population statistiquement négligeable, voire inexistante, au point de vue politique ? Dans ce contexte, une question émerge : lorsqu'un itinérant est trouvé mort, gisant sur la neige, près de rebuts, est-ce vraiment par goût de liberté, par choix, ou serait-ce le résultat d'un choix politique ?

En l'occurrence, il importe, à notre sens, de reconnaître que la personne sans domicile fixe, comme tout être humain, est un sujet de droit ; elle possède le droit à la vie, à la dignité, à la sécurité et à l'intégrité, selon les droits reconnus par la *Charte des droits et libertés de la personne*. À ces droits s'ajoute celui de recevoir des services sociaux adéquats, sur les plans scientifique, humain et social, favorisant l'intégration sociale (art. 1.5, art. 5, LSSS). De plus, la présence de personnes itinérantes contrevient aux principes auxquels souscrit le Canada, à travers différentes conventions, dont la *Charte des droits et libertés de la personne*, le Pacte international des droits

économiques et sociaux et la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui proclament unanimement le droit à un niveau de vie décent.

Récemment, le comité des Nations unies notait avec préoccupation la présence des sans-abri au Canada (*La Presse*, 1998). En 1993, le comité de révision du *Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels* déplorait qu'au Canada, «les droits sociaux et économiques ne soient considérés comme de simples “objectifs de principes” des gouvernements, plutôt que comme des droits fondamentaux de l'homme» (Nations unies, 1993 : 4). Dans le contexte actuel où les droits sociaux sont considérés comme une entrave au libre marché (Boismenu, 1995) et où le néolibéralisme infiltre même nos politiques sociales, quelle place réserve-t-on aux droits sociaux et aux droits des personnes démunies ?

Par ailleurs, il s'agirait, selon certains, «d'une médicalisation d'un problème qui en est d'abord un de pauvreté et d'accès au logement» (Fournier et Mercier, 1996 : 329). Car le logement constituerait la cause et la solution du problème (Laberge *et al.*, 1995). Or, 11 traités énoncent le droit au logement (UNICEF, 1998). Effectivement, le droit au logement est reconnu par différents pays, dont la France. Selon la loi Besson (1990), «Toute personne éprouvant des difficultés particulières en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence a droit à une aide de la collectivité [...] pour accéder à un logement décent ou indépendant ou s'y maintenir» (Lamarque, 1995 : 77). Il s'agit, finalement, d'une question politique, d'une question de justice sociale et de choix de société.

En ce qui concerne les pistes d'action, les recommandations des experts abondent. En effet, pour les ressources communautaires, «une reconnaissance officielle du phénomène de l'itinérance permettrait de dépasser les désignations administratives et le compartimentage pour lutter globalement contre le phénomène» (Parent, 1997 : 16). Au regard de la santé mentale, il importe d'assurer un système véritablement intégré, où il y a articulation entre le traitement médical, l'intégration sociale et la réadaptation (Gélinas, 1996 : 31). De plus, les politiques de financement devraient permettre l'implantation de programmes à long terme, afin d'assurer un hébergement stable (Association canadienne pour la santé mentale, 1992). Dans le cas des personnes itinérantes, avec ou sans problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, plusieurs études indiquent la nécessité de prévoir le logement social ou l'hébergement à long terme (Mercier, 1995 ; CSMQ, 1994 ; Vermette, 1994).

Sur le plan du renouvellement des pratiques et du *case management* proprement dit, étant donné l'absence de pouvoir des personnes sans abri, l'intervention devrait être globale et «holistique», c'est-à-dire tenir compte tant des dimensions «physique, émotive, intellectuelle ou spirituelle» (Vallée,

1998 : 51) que de la dimension politique. De plus, l'intervention de type *case management* devrait inclure l'« *empowerment* » (Gélinas, 1998 : 7), tant comme processus, objectif et finalité, et ce, sur les plans individuel, collectif et politique. Car, l'exercice et le respect des droits passent, inexorablement, par l'« *empowerment* » et le pouvoir, sur le plan collectif (Cohen et McCubbin 1998).

En dernier ressort, bien que « le Ministère de la Santé et des Services sociaux assume un rôle de leader dans la gestion et le suivi des actions liées à la problématique de l'itinérance » (MSSS, 1993 : 20), ce phénomène interpelle de nombreux acteurs au sein de l'État, tant à l'échelle provinciale, fédérale que municipale. En effet, différents ministères et paliers gouvernementaux sont appelés à jouer leur rôle sur le plan de la réintégration sociale et du respect des droits. Car l'allègement du problème de l'itinérance pourrait dépendre, finalement, de la véritable reconnaissance du phénomène, d'une action gouvernementale concertée et d'une planification globale, basée sur le respect des droits sociaux, perceptible dans les programmes relatifs à la sécurité du revenu, au logement et aux services. De plus, il importe, à notre sens, de tenir compte tant des recommandations formulées par différents experts du milieu, que des engagements du Canada, dans le cadre du Pacte international, portant sur le rôle de l'État dans le respect des droits économiques et sociaux. Enfin, il paraît essentiel que l'État énonce une véritable « politique intégrée du logement social » (Bouchard, Labrie et Noël, 1996 : 230) et mette en place des mesures concrètes, telles que des logements sociaux avec soutien communautaire. Car, à l'instar d'autres auteurs, nous croyons que « le développement et la protection d'un parc de logements subventionnés et à loyer modique représentent des éléments de base à toute forme de stratégies pour venir en aide aux personnes itinérantes. Sans cet élément de base, [...] les initiatives dans les autres domaines risquent d'échouer » (Vermette, 1994 : 14).

Bibliographie

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. FILIALE DE MONTRÉAL (1992). « Hébergement et santé mentale : entre l'hôpital et la rue », Actes des colloques du 7 mai, Université de Montréal, document inédit.
- BACHRACH, L.L. (1985). « Disability Among the Homeless Mentally Ill », dans *Psychiatric Disability: Administrative and Legal*, Editions A. T. Meyerson and T. Fine, American Psychiatric Press, 1- 19.
- BAUMOHL, J. (1996). *Homelessness in America*, For the National Coalition for the Homeless, Phoenix, Oryx Press.
- BOISMENU, G. (1995). « Perspectives sur l'exclusion des sans-emploi en matière de sécurité du revenu », dans KLEIN, Juan-Luis et Benoît LÉVESQUE (sous la direction de), *Contre l'exclusion. Repenser l'économie*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec.

- BOUCHARD, C., LABRIE, V. et A. NOËL (1996). « Chacun sa part », Rapport de trois membres du Comité externe de la Sécurité du revenu, Montréal, document inédit.
- CANGAS, J. (1994). « Le “Case management” affirmatif : une évaluation complète d’un programme du genre en milieu hospitalier », *Santé mentale au Québec*, vol. XIX, n° 1, 75-92.
- CASTEL, R. (1995). « Robert Castel : L’avènement », *Magazine littéraire*, n° 334, juillet-août, 18-22.
- CASTEL, R. (1989). « La question sociale commence en 1349 », *Cahiers de la recherche sur le travail social*, n° 16/89.
- CHAREST, R. (1997). « La nécessité de reconnaître l’action et l’intervention communautaire dans le milieu de l’itinérance », texte soumis au comité de liaison du 21 février.
- CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE (1997). Québec, Éditeur officiel.
- COHEN, D. et M. MCCUBBIN (1998). « Les droits des usagers de services en santé mentale : le nœud étroit du pouvoir, de la loi et de l’éthique », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 212-223.
- COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L’ITINÉRANCE (1995). *De l’expérience individuelle au phénomène global : configurations et réponses sociales*, Cahiers de recherche du CRI, n° 1, Montréal, UQAM, Département de sociologie.
- COLLECTIF DE RECHERCHE SUR L’ITINÉRANCE (1997). *La Recherche au CRI : Résumé des travaux*, Cahiers de recherche du CRI, n° 4, Montréal, Département de sociologie, UQAM.
- COMITÉ AVISEUR DE LA RÉGIE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE SUR L’ITINÉRANCE MULTIPROBLÉMATIQUE (1994). *Projet de services pour les personnes itinérantes à problème multiples*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- COMITÉ DES SANS-ABRI DE LA VILLE DE MONTRÉAL (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri*, Montréal, Ville de Montréal.
- COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Québec, MSSS.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL (1991). « Mesures d’accessibilité aux services pour les personnes itinérantes avec problèmes de toxicomanie », texte adopté par la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies le 10 juin, document inédit.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1998). *Revenus de bien-être social, 1996. Hiver 1997-1998*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- COOPER, B. et T. HELGASSON (sous presse). *Epidemiology and the Prevention of Mental Disorder*, Londres, Routledge.
- CURTIS, L., TANZAN, B., MCCABE, S. et P.J. CARLING (1996). *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*, traduction par C. VALLÉE, Créer des liens avec la communauté. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (1998). *Les inégalités sociales de la santé*, Montréal, Régie régionale.

- FÉDÉRATION DES OSBL D'HABITATION DE MONTRÉAL (FOHM) (1997). *Orientations pour la Transformation des services de santé mentale. Rapport de consultation*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- FOURNIER, L. et C. MERCIER (1996). *Sans domicile fixe. Au-delà des stéréotypes*, Montréal, Méridiens.
- FRONT D'ACTION POPULAIRE EN RÉAMÉNAGEMENT URBAIN (FRAPRU) (1998). *Dossier Noir. Logement et pauvreté au Québec*, numéro spécial.
- GÉLINAS, D. (1998a). « Le suivi dans le milieu de vie des personnes », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 7-16.
- GÉLINAS, D. (1998b). « Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 17-47.
- GÉLINAS, D. (1996). « Travail social et suivi intensif en milieu naturel des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants », document inédit.
- GROLEAU, L. (1999). « Politiques sociales et Itinérance. Essai de synthèse », document présenté à PANET-RAYMOND, J., TORCZYNER, J. et D. JACOBY, Protecteur du citoyen, dans le cadre du doctorat en service social, document inédit.
- GROULX, L.-H. (1993). *Le Travail Social. Analyse et évolution*, Laval, Éditions Agence d'arc.
- LABERGE, D. (1996). « Comprendre l'itinérance », *Recherche Sociale*, vol. 4, n° 6.
- LABERGE, D. et al. (1995). « De l'expérience individuelle au phénomène global : configurations et réponses sociales », Cahiers de recherche du CRI, UQAM, Département de sociologie, document inédit.
- LABERGE, D. et S. ROY (1994). « Interroger l'itinérance : stratégies et débats de recherche », *Cahier de recherche sociologique*, vol. 22, 93-113.
- LAMARQUE, G. (1995). *L'exclusion*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».
- LANGLOIS, S. (1994). « Conclusion et perspectives : fragmentation des problèmes sociaux », dans DUMONT, F., LANGLOIS, S. et Y. MARTIN, *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1107-1127.
- LA PRESSE (1998). « Lourde Pauvreté. L'Express international. Canada-ONU », d'après AP, 28 novembre, B-9.
- LINK, B. et al. (1996). « Homelessness in America », dans BAUMHOL, Jim, *For the National Coalition for the Homeless*, Phoenix, Oryx Press.
- MCALL, C. et al. (1995). « Les barrières à la réinsertion professionnelle des personnes assistées sociales », document inédit.
- MERCIER, C. (1995). « Case Management with Homeless Women : A Descriptive Study », *Community Mental Health Journal*, vol. 31, n° 1, 25-37.
- MERCIER, C. et G. RACINE (1991). « Évaluation d'un programme de suivi communautaire pour femmes itinérantes », Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche Hôpital Douglas, document inédit.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Document de consultation, Québec.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Le phénomène de l'itinérance au Québec*, Protocole interministériel, document inédit.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Politique de la santé et du bien-être*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*.
- NADEAU, B. (1989). « Le “case management” au carrefour de l'intervention clinique et communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XVI, n° 2, 51-59.
- NATIONS UNIES, CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL (1993). « Conclusions du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur les rapports présentés par les États parties conformément aux articles 16 et 17 du Pacte », 3 juin, document inédit.
- PARENT, C. (1997). « Les répercussions du virage ambulatoire sur les ressources communautaires et la population itinérante », Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, document inédit.
- POIRIER, M., GAGNÉ, J. et H. DORVIL (1989). « De l'État-providence à l'État-limite : la nouvelle politique de santé mentale au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, 165-177.
- PROTECTEUR DU CITOYEN (1994). « L'impact négatif de la réduction pour le partage du logement sur les prestataires de la sécurité du revenu », Sainte-Foy, 20 juillet, document inédit.
- ROBICHAUD, J.B. et al. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- STAHLER, G. et B. STIMMEL (1995). « The Effectiveness of Social Interventions for Homeless Substance Abusers », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 14, n° 4, xv-xxv.
- THIBEAUDEAU, M. F., FORTIER, J. et P. CAMPEAU (1997). « Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profils, services d'urgence psychiatrique et nouvelles interventions », Rapport de recherche remis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, avril, document inédit.
- TORO, P.A. et A. ROJANSKY (1990). « Homelessness : Some Thoughts from an International Perspective », *Community Psychologist*, vol. 23, n° 4, 8-11.
- UNICEF (1998). *Le Progrès des Nations*, New York, UNICEF House.
- VALLÉE, C., COURTEMANCHE, N. et T. BOYER (1998). « Au-delà des assises conceptuelles. Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, 48-69.
- VÉRANKA, P. (1996). « Case management clinique auprès d'une clientèle itinérante à problématiques multiples », Rapport de stage de maîtrise en service social, document inédit.
- VERMETTE, G. (1994). *L'itinérance chez les personnes âgées*, Montréal, Régie régionale de Montréal-Centre.