

Mémoire conjoint

MAISON MARIE FRÉDÉRIC

CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER

Présenté à :

M. Geoffrey Kelley, président,
Commission parlementaire des affaires sociales
Assemblée nationale du Québec
Mandat d'initiative
Phénomène de l'itinérance au Québec

Septembre 2008

Ce document a été produit par la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement des dépendances Le Rucher.

Recherche et rédaction : Sylvain Gervais.

N.B : Dans ce texte, le genre masculin utilisé seul peut désigner aussi bien les femmes.



La Maison Marie-Frédéric

La Maison Marie-Frédéric offre depuis 1987, des services d'hébergement (gîte et repas), du soutien et de l'accompagnement, ainsi qu'un programme complet d'intégration et de réinsertion sociale à des jeunes âgés entre 18 et 30 ans, hommes et femmes, en difficulté ou en situation de pauvreté et d'exclusion sociale.

La Maison Marie-Frédéric, peut accueillir neuf personnes, à la maison située sur Gamelin et dorénavant six autres résidents(tes) à la nouvelle maison située sur St-Vallier Ouest (ancien presbytère).

Les activités :

- 2 maisons : MMF 1 - Hébergement d'accueil jusqu'à trois mois (Connaissance de soi).
MMF II - Hébergement *résidentiel transitoire* jusqu'à neuf mois (Projet de vie).
- Encadrement sur place par des intervenants qualifiés, en tout temps, 24hrs/24, 7 jours/7.
- Repas / Collation.
- Service de consultations gratuites de professionnels (en santé mentale, psychologue, sexologue, cliniciens en troubles alimentaires).
- Suivi individualisé des démarches dans la réalisation du Projet de vie de la personne.
- Suivi externe sur deux ans.

Les personnes rejointes :

Jeunes entre 18 et 30 ans (mixte), présentant des problèmes d'adaptation, de délinquance, de toxicomanie, de troubles de la personnalité ou ayant été rejeté de leur famille. Ces jeunes personnes sont affectées par différentes problématiques et elles n'ont plus confiance aux ressources du réseau public... nous sommes souvent leur dernier recours...

Type d'incorporation :

Organisme communautaire autonome sans but lucratif, incorporé (Lettres patentes) en 1989, partie III de la Loi sur les compagnies.



Le
Rucher
*Centre de traitement
des dépendances*

Centre de traitement des dépenses Le Rucher

Le Centre de traitement des dépendances le Rucher a reçu ses statuts corporatifs en 1990.

Sa mission

Le Rucher est un organisme communautaire sans but lucratif, favorisant la réadaptation et à la réinsertion sociale des personnes alcooliques, toxicomanes ou aux prises avec la surconsommation de médicaments. Ces personnes toxicomanes sont aussi, très souvent, aux prises avec des problématiques associées telles que : problème d'ordre judiciaire, d'itinérance, de santé mentale ou d'abus sexuels.

Nous offrons à une clientèle adulte et mixte, soient aux hommes et femmes de 18 ans et plus, un programme de réadaptation à l'interne, avec hébergement, d'une durée de six mois et adapté à leurs besoins spécifiques. Nous offrons aussi un programme de support à la réinsertion sociale, d'une durée maximale de trois mois, à l'intérieur d'un modèle intégré d'activités et services, soit en complémentarité avec d'autres organismes. Nous recevons les personnes toxicomanes de l'ensemble des régions de Québec et nous desservons en priorité la région-03, soit la rive nord du fleuve Saint-Laurent de Trois-Rivières à Tadoussac.

Activités et services principaux.

Situé dans un immeuble de sept étages, comprenant quatre étages de chambres individuelles, soit 45 chambres pour hommes et 13 pour femmes.

La thérapie de la maison Le Rucher est basée sur une thérapie de groupe en plus de rencontres en individuel. Notre thérapie repose sur les concepts de la Réalité thérapie (William Glasse, psych.) et sur l'approche Émotivo-rationnelle (Albert Ellis, psych.).

En plus du programme de réadaptation et de réinsertion sociale comme tel, le Rucher offre aussi, un *programme pour les victimes d'abus sexuels*, la technique IMY soit *L'intégration par le mouvement des yeux* pour les personnes atteintes d'un stress post-traumatique.

Nos activités et services sont offerts par deux médecins, un infirmier et dix-sept cliniciennes et cliniciens exerçant des professions complémentaires.

Le Rucher
Un choix pour Moi !

TABLE DES MATIÈRES

Définition de l'itinérance	p. 1
Ampleur de l'itinérance (régionale, nationale)	p. 2
Déterminants et prévalence	p. 5
Les facteurs individuels	p. 6
Une conception multidimensionnelle de la santé mentale / itinérance	p. 7
Glissement, doctrine, systématisation	p. 8
Des effets pervers ou « un poids, deux mesures »	p. 9
Multi-problématiques et prévalence	p. 12
Santé mentale / maladie mentale et itinérance	p. 12
Détresse psychologique et jeunes adultes à risque d'itinérance	p. 15
Toxicomanie / santé mentale et itinérance	p. 17
Toxicomanie / et jeunes de la rue	p. 21
Idéations et comportements suicidaires chez les jeunes itinérants	p. 21
 RECOMMANDATIONS :	 p. 24-31

La définition de l'itinérance :

La Maison Marie Frédéric et Le Centre de traitement des dépendances Le Rucher, demeurent prudents quant à une définition exclusive de l'itinérance étant donné la complexité de ce phénomène et, en ce sens, sont en accord avec l'énoncé suivant tiré de la documentation sur l'itinérance de *l'Institut canadien d'information sur la santé* (1) :

« ... il n'existe aucune définition universelle de l'itinérance. On ne peut s'entendre sur la portée de la définition..., la durée minimale de la période d'itinérance, et les groupes d'âges. La plupart des définitions réservent le terme itinérance aux personnes sans abri physique qui dorment dans la rue ou dans des refuges d'urgence. »

Toutefois, nous reconnaissons chez les personnes toxicomanes et les jeunes en difficulté que nous accueillons, (Le Rucher et Maison Marie Frédéric) les situations d'exclusion sociale et de marginalisation telles que présentées dans les définitions de certaines situations d'itinérance proposées par le RAIQ (Regroupement d'aide aux Itinérantes et Itinérants de Québec) dans son *Plan d'action communautaire en itinérance de la région de la Capitale-Nationale*, janvier 2004 (2), à savoir :

Le Plan d'action communautaire sur l'itinérance de Québec retient la clientèle-cible telle qu'il est proposé par le Programme québécois d'intervention en matière d'itinérance. Le programme québécois vise d'abord et avant tout la clientèle itinérante soit : les personnes qui n'ont 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 leur égard de la part des services, avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvues de groupe d'appartenance sociale.

Par ailleurs, le RAIQ fait ici une distinction quant aux termes en regard de la définition de l'itinérance; en effet, toujours dans le même Plan d'action, on mentionne la précision suivante : « ... nous utilisons indifféremment les termes errance, itinérance et sans domicile fixe. Cependant, nous constatons que le terme errance est un terme plus souvent

utilisé en ce qui concerne les jeunes. D'une part, les jeunes concernés ne s'identifient ni au terme itinérance ni à la population des adultes sans domicile fixe. D'autre part, la connaissance du milieu des jeunes de la rue révèle des spécificités propres à ce groupe d'âge. En effet, la connaissance de la réalité des jeunes détermine des approches et des réponses spécifiques. Les termes itinérance et sans domicile fixe sont habituellement associés aux personnes adultes qui ont à vivre ou à sortir de cette situation. »

Ampleur de l'itinérance (régionale, nationale)

Relativement à l'ampleur de l'itinérance, on remarque qu'on se bute aux mêmes difficultés et aux mêmes freins, que ce soit au niveau régional ou national quant au dénombrement ou à l'évaluation appréciable des personnes en situation d'itinérance. Chose certaine, la Maison Marie Frédéric et le Rucher observent une hausse significative des personnes itinérantes et sans domicile fixe dans leurs propres statistiques d'occupation de leur ressource respective; une tendance lourde depuis plusieurs années déjà. Plus particulièrement, on note un rajeunissement de l'âge moyen d'accueil. Il se situe même à 24 ans pour la Maison Marie Frédéric.

Comme il est mentionné dans le *Document de consultation* de la Commission, il est difficile de chiffrer l'ampleur de l'itinérance. Un avis partagé par l'étude de *l'Institut canadien d'information sur la santé*, mentionné précédemment. Néanmoins, dans le cadre du *Recensement de 2001*(7), Statistique Canada traitait du nombre d'utilisateurs des refuges au Canada. Bien que partielles, en termes de situations d'itinérance, on dénombrait plus de 10 000 itinérants n'importe quel soir, au Canada. Cette étude, mentionne notamment que :

- *L'information sur les itinérants est définie, recueillie et déclarée de différentes façons, ce qui limite la comparabilité des données entre les villes;*
- *Il est parfois difficile de joindre la population d'itinérants (par exemple les jeunes de la rue) dans le cadre de recherches, puisque les itinérants n'ont pas tous recours aux services de refuges traditionnels;*

- *On ne dispose pas de données représentatives et actuelles suffisantes;*
- *Les données sont recueillies à différentes périodes de l'année;*
- *La plupart des données sont fondées sur des estimations ponctuelles;*
- *Peu importe la méthode utilisée, des thèmes communs se dégagent des estimations comme le fait que l'itinérance est plus répandue chez certains groupes que d'autres.*

Par ailleurs, certaines collectivités ont également entrepris d'estimer les données à l'échelle locale. D'une part, il ressort de l'étude de l'Institut qu'à Québec, en 2001, la population dans les refuges était de 255, un soir donné dans l'année. Bien que partielles et non exhaustives, ces données nous permettent tout de même de constater **le pourcentage élevé de jeunes adultes âgés entre 15 et 34 ans, soit 31% !!!**

D'autre part, les données recueillies par le RAIQ dans son document intitulé *Présentation des organismes membres du Regroupement d'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (2003)*⁽³⁾ dont la Maison Marie Frédéric et Le Rucher sont membres, bien qu'elles diffèrent de par les indicateurs et l'échantillonnage retenus (on aborde l'itinérance globalement à partir d'un *indicateur prépondérant* qu'est *l'instabilité résidentielle*) elles présentent tout de même **un constat édifiant quant à la population jeunesse itinérante.**

Ce document vise à dresser un portrait de la réalité des organismes communautaires du secteur de l'itinérance de la région du Québec métropolitain. Selon la compilation des données recueillies dans ce portrait, il apparaît qu'un nombre de 16 194 personnes différentes sont rejointes chaque année par l'ensemble des organismes. ***De ce nombre, 6803 personnes se sont classées dans le secteur jeunesse de la classe d'âge de 30 ans et moins, soit 42% !!!***

Là aussi toutefois, on relativise ces résultats, et on nous met en garde : « ...il est évident que les données recueillies pour chacun des organismes concernant l'item – personnes différentes rejointes chaque année – est valide pour chacun des organismes considérés

individuellement. Cette donnée est donc à considérer comme une vue d'ensemble approximative de la réalité. »

Selon Santé-Québec, recensement 1996 et l'Enquête Santé 1997-1998 et 1998-1999, les jeunes itinérants de moins de 30 ans sont :

- plus instables sur le plan résidentiel;
- plus nombreux à être établis depuis peu dans la ville;
- présentent des troubles très fréquents liés à la consommation d'alcool ou de drogues;
- ont davantage de problèmes aigus de santé physique;
- un fort taux de prévalence de problèmes de santé mentale;
- une forte majorité dont des ex-bénéficiaires ou sont toujours bénéficiaires du Centre jeunesse;
- mode de vie où s'exprime une extrême violence dans la rue;
- les jeunes garçons sont plus longtemps dans la rue que les jeunes filles;
- parlent très peu de leurs besoins. Ils veulent principalement être reconnus comme individus différents et acceptés dans cette différence.

Bien que ces données soient anciennes et méritent d'être actualisées - et elles le sont, du moins partiellement, quant on les recoupe avec des études subséquentes présentées dans notre mémoire -, les éléments relatés ici gardent une valeur informative. Cependant, la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement des dépendances Le Rucher d'une part, corroborent ces informations et d'autre part, ne peuvent que témoigner de la réalité toujours présente de ces facteurs, étant même de plus en plus marqué ou en augmentation dans certains cas, depuis les dix dernières années.

Déterminants, multi-problématiques et prévalence

Les déterminants

Dans son document *Présentation des organismes membres du RAIQ (2003)* notre regroupement trace un portrait réaliste de la situation de l'itinérance dans notre région. Le Centre de traitement des dépendances Le Rucher et la Maison Marie Frédéric reconnaissent dans ces données les principales caractéristiques rencontrées dans la population itinérante qu'ils accueillent au quotidien et souvent pour des séjours variant de 6 à 9 mois pour le Rucher et pouvant aller jusqu'à un an pour la Maison Marie Frédéric.

À la lumière des informations recensées dans ce portrait ainsi que dans le document de *l'Institut canadien d'information sur la santé* cité précédemment et le *Document de consultation de la Commission*, on identifie généralement l'itinérance comme étant le résultat de l'interaction entre :

- *des facteurs structurants : la pauvreté, le chômage, la pénurie de logements à prix modiques et de bonne qualité, des lacunes dans l'organisation des services (barrières dans l'accessibilité), etc.*
- *et des facteurs individuels : des histoires de vie marquées d'échecs, des situations de crise, de difficultés profondes, de ruptures, de toxicomanie, d'abus ou de violence, de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale, etc.*

S'y ajoutent des *facteurs de nature institutionnels* du côté de la Commission et des *déterminants sociaux plus généraux de la santé* dans d'autres études (10,11,12,20,21,22,23,24).

Il est intéressant de noter, que pour *l'Institut canadien d'information sur la santé*, on ne fait pas de distinctions marquées entre déterminants et problématiques associées. Dans le document, on ne se prononce pas sur quel élément précède l'autre. En d'autres termes, on n'introduit que minimalement des éléments de concomitance ou de relations de cause à effet. Il serait peut-être plus adéquat, dans l'avenir, de revisiter nos termes ou d'en

normaliser certains. La Maison Marie Frédéric et Le Rucher abondent en ce sens et estiment plus adéquat cette prise de position, étant donné la pluralité d'études encore réalisées sur le sujet. Par exemple, en ce moment on se questionne encore, à savoir si la toxicomanie induit significativement les troubles de santé mentale. Ou, est-ce l'inverse, et ainsi de suite pour d'autres problématiques ou déterminants associés? Ou alors, il serait peut-être plus juste, si c'est bien là l'intention, d'aborder certains de ces sujets sous l'angle des troubles *concomitants* ou de la *co-morbidité*.

Déterminants / facteurs individuels

Pour le Centre de traitement des dépendances Le Rucher et la Maison Marie Frédéric, les *facteurs individuels* sont à bien des égards le déterminant qui pose le plus de préoccupation pour nos usagers. À moyen terme, on nous demande de répondre à certains besoins spécifiques à cet égard. En effet, en plus de 20 ans de pratiques respectives avec des adultes et des jeunes adultes en difficulté, les besoins les plus souvent exprimés par nos utilisateurs respectifs demeurent face à des facteurs psychosociaux ou psycho-relationnels et affectifs. Vient ensuite, en termes d'insertion ou de réinsertion sociale, les préoccupations de l'ordre des facteurs de nature structurelle, bien sûr.

Nous croyons qu'il existe une tendance très forte dans le milieu, que ce soit dans le réseau public ou chez plusieurs interlocuteurs du milieu communautaire, à privilégier des solutions face à des *facteurs structurants*. Loin de nous l'idée d'en diminuer leur importance; toutefois, nous n'avons cessé de rappeler que ces personnes que nous accueillons ont vécu pour la plupart des situations d'exclusion et de ruptures personnelles qui se sont vues amplifiées ou *distorsionnées* au gré de leurs expériences de vie. Nous croyons qu'aujourd'hui, si nous constatons l'ampleur des problématiques reliées à la santé mentale, c'est que nous tardons à reconnaître à sa juste mesure la nécessité de répondre **rapidement** et adéquatement, dans nos pratiques et nos choix d'intervention, à la détresse psychologique et à la santé psychologique de ceux et celles que nous accueillons.

En ce sens, nous ne pouvons qu'appuyer L'*Institut canadien d'information sur la santé* quand il relève cette particularité quant aux *facteurs de risque* chez les jeunes adultes : «*Pour les jeunes sans abri, les facteurs peuvent relever, d'un conflit familial, du décrochage ou de l'abus de substances psycho-actives des parents..., la perte de soutien significatif, une mauvaise image de soi et les conflits interpersonnels.*»

Dans le même ordre d'idée, on identifie le *stress*, les *facultés d'adaptation*, le *soutien émotionnel* et *l'estime de soi* aux facteurs qui peuvent influencer les caractéristiques de la santé mentale (25), en amont. Ces facteurs, **psychosociaux**, peuvent être associés à l'itinérance chez les jeunes en situation d'errance ou sans domicile fixe d'après certaines études fragmentaires menées au Canada. Nous y reviendrons plus en détail ultérieurement.

Une conception multidimensionnelle

Le Centre de traitement des dépendances Le Rucher et la Maison Marie Frédéric tiennent à préciser que ce qui précède ne constitue d'aucune manière une remise en question de notre adhésion au modèle en émergence actuellement en santé mentale. À cet égard, nous nous référons à l'ouvrage *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes* du *Groupe d'étude sur la santé mentale des jeunes adultes* publié en 2000 (4) par *Les publications du Québec*. Ce groupe d'étude s'inspire du *Comité de la santé mentale du Québec (1985)* (5) qui propose une conception multidimensionnelle de la santé mentale qui intègre trois dimensions fondamentales : *biologique*, *psychodéveloppementale* et *contextuelle*. La *dimension biologique* a trait aux composantes génétiques et physiologiques. La *dimension psychodéveloppementale* met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel. Et enfin, la *dimension contextuelle* fait référence à l'insertion de la personne dans un environnement et à ses relations avec son milieu.

En 1988, Santé et Bien-être social Canada, présentait une conception de la santé mentale en rupture avec les définitions qui priorisaient les caractéristiques psychologiques et comportementales des individus au détriment des conditions sociales. Cette nouvelle

contribution rompt de plus avec les définitions qui envisagent essentiellement la santé mentale comme l'absence de troubles mentaux.

Auparavant, l'accent était mis davantage sur les capacités de la personne à s'adapter à son environnement. De nos jours, on reconnaît le rôle joué par l'environnement dans l'intégration des individus, des groupes et des collectivités. En conclusion, le *Comité de la santé mentale du Québec considère la santé mentale comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement* (CSMQ 1994).

En conclusion de ce qui précède, nous reconnaissons, tout comme le *Groupe d'étude sur la santé mentale des jeunes adultes*, la primauté de la dimension *psychodéveloppementale*, bien qu'il demeure fondamental d'agir à la fois sur les trois dimensions (*psychodéveloppementale, biologique et contextuelle*) et ainsi d'élargir l'action en santé mentale en lien avec l'itinérance. Par ailleurs, ce modèle rejoint les critères de l'approche globale, de la transformation sociale et de l'action citoyenne qui constituent le cœur de la reconnaissance de l'action communautaire autonome, à laquelle nous nous identifions.

Glissement, doctrine, systématisation

Cependant, nous observons un glissement sévère des ressources financières de l'État vers les *dimensions biologiques et contextuelles*. Plus précisément, l'on voit de plus en plus un délestage ou une diminution de la part du MSSS dans l'investissement des ressources correspondant à l'amélioration de la *dimension psychodéveloppementale* au regard de la santé mentale et de la prévention/intervention de l'itinérance. En d'autres termes, est-on en train de *jeter le bébé avec l'eau du bain*? Au regard du MSSS, est-on tenté de diminuer les ressources financières attribuables à du soutien psychosocial/santé mentale (en itinérance) sachant qu'aujourd'hui les orientations ou les tendances en prévention/intervention en cette matière déborde de son seul champ de responsabilité. Et de ce fait pouvant être transférées vers d'autres ministères voisins tels l'éducation, le logement, la sécurité sociale et l'emploi, de qui le phénomène de l'itinérance relève

également. Se justifiant en quelque sorte en *surfant* sur l'émergence de ces nouveaux modèles en santé mentale pour diminuer sa contribution à la dimension *psycho-développementale*.

Des effets pervers ou un poids deux mesures

L'inverse est aussi vrai, et pour mieux le démontrer nous citerons en exemple une directive de l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale, qui est en vigueur depuis peu. Les études en santé mentale démontrent que les *dimensions biologiques, psychodéveloppementales et contextuelles* doivent être prise en compte dans le processus de réadaptation santé mentale et toxicomanie. Auparavant, les acteurs de ce secteur particulier incluait de facto un traitement en hébergement; donc, une des composantes incluse dans le cadre théorique de la *dimension contextuelle* (*logement/soutien en hébergement de crise, etc.*)

Dans le cas du Centre de traitement des dépendances Le Rucher, en plus de réclamer fortement depuis plusieurs années déjà, un soutien financier accru, au regard des *dimensions biologiques et psychodéveloppementales*, afin de répondre adéquatement aux besoins de plus en plus pressants de leurs usagers provenant de la rue, en première ligne, on dénonçait également le manque de reconnaissance financière en support pour leurs activités et leurs ressources en hébergement.

La situation devient dramatique puisque d'une part, Le Rucher était déjà affecté par un sous-financement en matière de soutien pour les dimensions biologiques et psychodéveloppementales et que d'autre part, sous prétexte de résultats de recherches «*généralisés*,» il se voit de plus aujourd'hui privé dans l'avenir d'un soutien financier direct en lien avec un financement en hébergement. Alors même qu'en matière d'aide aux personnes itinérantes, qui composent plus du tiers des résidents du Rucher, l'un des principaux facteurs de protection dans un processus de réinsertion et de réadaptation est l'hébergement à court, moyen ou long termes. Ce que toutes les études sur la concomitance santé mentale/itinérance/toxicomanie confirment.

L'erreur ici étant d'uniformiser mur à mur des tendances de façon doctrinaire en santé mentale et en toxicomanie, alors qu'on omet chez le subventionnaire de tenir compte des données qui sont par ailleurs contenues dans ces mêmes études et qui tiennent compte des cas d'exception ou des clientèles particulières, telles que les populations itinérantes. Ces études révélant que pour ces clientèles spécifiques, *les pronostics sont meilleurs quand on inclut des facteurs de protection particuliers tel que l'hébergement en réadaptation/toxicomanie/santé mentale !* (6)

Qui plus est, cette même Agence qui, d'un côté, tient un discours justifiant cette non-accessibilité au financement en soutien financier spécifique pour les services d'hébergement pour l'ensemble des organismes communautaires en réadaptation en toxicomanie, transfère de plus en plus un financement substantiel au CRUV (Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, **spécialisé en externe**), alors que ce dernier conclut des ententes avec ces mêmes organismes, par la porte d'en arrière, pour réserver des places d'hébergement pour répondre aux besoins de sa propre clientèle sans domicile fixe ou itinérante, qui en a besoin évidemment !!!

En conclusion de ce qui précède *Santé Canada* dans sa publication sur les Meilleures pratiques nous révèle ceci : « ... *Ce serait mal interpréter la recherche que de croire que la majorité des alcooliques et toxicomanes bénéficieraient d'interventions brèves ... (sans hébergement). Dennis et coll. (1996) ainsi que Drummond (1997)*⁽⁶⁾ *des chercheurs renommés en toxicomanie, contestent le fait qu'on puisse faire des généralisations et affirmer que les résultats des études sur les interventions de courte durée prouvent que ces dernières sont profitables à tous ceux qui ont des problèmes d'alcool ou de toxicomanie. Ils sont également préoccupés par le fait qu'une mauvaise interprétation des études sur ce genre de tendances provoquera des coupures injustifiées des services offerts aux patients et soutiennent que ce qui serait une économie à court terme contribuerait à gonfler les coûts des autres services à long terme. Ils sont particulièrement préoccupés par le sort de leurs patients qui ont des problèmes multiples, dont les besoins vont au-delà de ceux qu'offrent les interventions*

de courte durée. Landry (1995) s'est dit inquiet en ce qui concerne l'efficacité de ce genre d'intervention pour les alcooliques et les toxicomanes qui ont des problèmes de santé mentale. » (voir lien avec toxicomanie-santé mentale / hébergement et itinérance plus loin dans ce document).

L'on constate donc qu'ici comme ailleurs, les enlignements résultant de la recherche et du développement, dans leurs applications et leurs mises en œuvre ont des répercussions d'ordres structurel, administratif et financier. Et que si l'on ne prête pas attention à la régularisation de ces changements dans un système, cela peut parfois amener des effets pervers tels que des généralisations ou certaines dérives comme nous l'avons vu précédemment. Les conséquences peuvent être désastreuses pour des clientèles particulières, laissées pour compte ou exclues, et qui sont déjà de par leur nature, loin en périphérie et hors de portée de la lorgnette du système.

En tout état de cause, il est très difficile pour des organismes comme la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement Le Rucher d'obtenir le support du réseau public, en termes de ressources psychosociales spécialisées. C'est bien connu, les secteurs de la toxicomanie et de l'itinérance étant les enfants pauvres du réseau. Nous avons besoin de ces professionnels en sexologie, en troubles alimentaires, en psychologie et surtout des médecins disponibles en ressources d'hébergement dans le traitement en toxicomanie.

Le réseau de la Santé et des Services sociaux ne peut répondre actuellement aux besoins exprimés par les jeunes (jeunes adultes) en situations d'itinérance, au regard de la dimension *psychodéveloppementale*, ou, quand il le fait, ce n'est que pour une courte période et le plus souvent après plusieurs mois d'attente. Ce qui ne peut être d'aucune utilité pour des organismes comme nous en lien avec la clientèle que nous recevons et qui requièrent des interventions rapides sur le moyen et/ou long termes.

Ce que nous déplorons par ailleurs, car nous devons le plus souvent nous retourner vers des ressources extérieures qui viennent grever nos budgets mais qui sont, d'un autre côté, indispensables, si nous voulons être intègres auprès de nos usagers quand nous les

accueillons, en affirmant être en mesure de les soutenir et de les accompagner dans leur difficile processus de changement vers l'apprentissage d'une triple forme d'autonomie : psychosociale, sociocommunautaire et socioprofessionnelle.

C'est à se demander si nous ne sommes pas en train de devenir, en quelque sorte, des distributeurs par la bande d'une certaine forme de privatisation des services au profit du MSSS? Et si cet effet pervers ne serait pas en définitive, souhaité, le gouvernement connaissant très bien l'état d'urgence de la situation qui prévaut dans nos organismes en regard des besoins pressants auxquels nous devons répondre, en termes de services et d'activités !

Problématiques associées : Santé mentale, maladie mentale, toxicomanie, détresse psychologique et santé psychologique.

Santé mentale / maladie mentale

Notons que les termes *santé mentale* et *maladie mentale* sont parfois utilisés de façon interchangeable ou considérés comme étant les deux extrêmes d'un continuum.

Il apparaît que six problématiques spécifiques affectent plus de 50% de la population rejointe par les organismes membres du RAIQ dans la région de Québec. Ce sont les caractéristiques de l'instabilité résidentielle (64%), les difficultés socio-économiques (83%), les troubles de santé mentale (51%), l'isolement social (72%), les difficultés socioéducatives (70%), les dépendances aux substances (65%). S'ajoute la problématique du jeu compulsif, qui touche presque 35% des moins de 30 ans (!!!), et 12% des plus de 30 ans (8).

En conclusion, pour le RAIQ, *il est possible de constater que la problématique de l'itinérance est souvent multicausale. Les caractéristiques de la population desservie par les organismes membres du RAIQ démontrent clairement que l'itinérance ne se résume*

pas à l'absence de domicile fixe... Bien que pour l'ensemble des organismes, 64% des personnes rejointes répondent à la caractéristique de l'instabilité résidentielle, force est de constater que là n'est pas l'unique cause de la situation d'itinérance. Ce portrait démontre également que le secteur de l'itinérance subit actuellement un alourdissement des problématiques rencontrées ainsi qu'un rajeunissement de sa clientèle.

Dans son document, l'*Institut canadien de l'information sur la santé* observe que des analyses éclairées révèlent que la maladie mentale et la mauvaise santé mentale sont plus fréquentes chez les itinérants que dans l'ensemble de la population. Mais comme il a été spécifié plus haut, on se pose la question : « *Mais qui précède l'autre?* » Il s'agit d'une relation complexe. Selon certaines études, les problèmes de santé mentale et la maladie mentale peuvent s'aggraver si l'état d'itinérance persiste. D'autres recherches ont révélées que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou souffrant de maladie mentale risquent de devenir itinérantes. En outre, les facteurs individuels et les déterminants sociaux plus généraux de la santé peuvent, séparément ou en combinaison, être liés à la santé mentale et à l'itinérance.

En plus de l'importance accordée à la santé mentale et à la toxicomanie, dans les recherches sur l'itinérance, on s'attarde notamment au rôle que jouent le *stress* (25), l'*adaptation* (29), l'*estime de soi* (34) et le *soutien social* (29,31,32). Les recherches indiquent que les itinérants ont tendance à avoir des niveaux de stress plus élevés, à avoir moins confiance en eux et à avoir moins de soutien social, en plus d'adopter des stratégies d'adaptation qui consistent à éviter les sources de stress plutôt qu'à résoudre leurs problèmes. Plusieurs de ces facteurs pourraient également avoir un lien avec le risque de devenir itinérant ou de le demeurer.

Plusieurs études canadiennes et internationales sur les itinérants se penchent sur ces différents aspects de la santé mentale, plus particulièrement chez les jeunes itinérants. Nous vous présentons ici quelques extraits d'études en ce sens :

Le stress :

- En Ontario, des jeunes de la rue ont déclaré un plus grand nombre de sources de stress au cours de la dernière année que les jeunes non itinérants (10,4 en moyenne, contre 7,2) (26).
- Toujours en Ontario, les jeunes itinérants de sexe masculin ont déclaré un niveau de stress global deux fois plus élevé que celui déclaré par un groupe de jeunes hommes non itinérants (27).
- À Los Angeles, auprès de jeunes itinérants ou risquant de le devenir, on a observé une hausse des symptômes de dépression et des problèmes d'abus de substances psychoactives ainsi qu'une auto-évaluation de la santé plus mauvaise, entraînant ainsi un niveau de stress plus élevé (28).

Adaptation :

- Les recherches suggèrent que les jeunes itinérants ont tendance à adopter des styles et des stratégies qui leur permettent de s'évader des sources de stress plutôt que de tenter de leur faire face (29).

Soutien social :

- Une étude réalisée à Ottawa, a révélé que les jeunes hommes itinérants ont déclaré pouvoir moins compter sur le soutien de leurs parents que les jeunes hommes non itinérants. Il ressort aussi que 15% des adultes vivant dans la rue ont déclaré ne recevoir aucun soutien social (33).

Estime de soi :

- L'estime de soi est un autre facteur qui fait souvent l'objet de discussions sur la santé mentale et le bien-être. Une étude réalisée à Toronto mentionne que les jeunes de la rue ayant une bonne estime d'eux-mêmes ont déclaré être moins déprimés que ceux dont l'estime d'eux-mêmes était moins bonne (34).
- Une étude réalisée à Sydney, en Australie, a révélé que les jeunes itinérants ont obtenu des scores plutôt faibles par rapport à différents groupes de jeunes non itinérants dans quatre domaines liés à l'estime de soi : contrôle des impulsions (contrôle de l'agressivité, de l'anxiété, du ressentiment, de la peur), tonus mental

(sentiments de tension, de tristesse, de solitude, d'infériorité), relations familiales et niveau de psychopathologie. Chez les jeunes itinérants, le désespoir était associé à une faible estime de soi (35).

Détresse psychologique

Il est saisissant de voir aujourd'hui que l'état de situation des jeunes adultes à risque d'itinérance ou en situation d'errance ressemble à ce que l'on décrivait il y a huit ans au regard de la détresse psychologique en l'an 2000. Nous allons nous référer ici à l'ouvrage *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, publié par *Les Publications du Québec en 2000* (4). Cette réflexion du *Groupe d'étude sur la santé mentale des jeunes adultes* trace un portrait complexe de la détresse psychologique des jeunes adultes. Force est de constater cette tendance lourde qui a pris une ampleur considérable à l'intérieur du vécu et des préoccupations d'organismes comme Le Centre de traitement le Rucher et la Maison Marie Frédéric, tout comme pour une multitude d'autres organismes en itinérance et en toxicomanie par ailleurs.

Dans ce portrait, le Groupe d'étude nous présente, entre autres, un état de situation sur une jeunesse marginalisée, que constituent les jeunes de la rue :

«...Les jeunes de la rue constituent aujourd'hui un phénomène bien réel que commencent à étudier plusieurs disciplines et dont se préoccupent un certain nombre d'organismes. Ces jeunes qui ne correspondent pas à l'image d'une jeunesse idéalisée, prometteuse d'un avenir teinté de réussite, sont laissés à eux-mêmes, pris en chasse par les autorités policières et municipales, tout en étant souvent pointés du doigt par les médias qui nous en présentent une image dévalorisante. Certains médias ne se gênent pas pour les qualifier d'oiseaux dérangeants, de colonies de goélands délinquants, etc. »

La documentation sur les jeunes de la rue les associe au phénomène de l'itinérance, en particulier à partir des problèmes créés par ce mode de vie (délinquance, prostitution, toxicomanie) ou bien en les identifiant à un échec des institutions sociales (désinsertion

sociale, décrochage, analphabétisme...). Par ailleurs, selon les intervenants oeuvrant dans différents centres, on assisterait à l'arrivée de nouvelles catégories de jeunes, issus de diverses communautés culturelles et de communautés autochtones qui se retrouvent majoritairement dans la tranche d'âge s'étendant de 12 à 22 ans. Il semble que la proportion de garçons soit environ deux fois plus élevée que celle des filles (14).

Pour certains, en particulier ceux qui sont exclus de la famille, de l'école et du marché du travail, le dernier recours de socialisation se situe dans la rue. Pour ceux-là, la rue devient un lieu privilégié pour combler leur quête d'identité, fraterniser, développer une appartenance (15 ans plus tard, comment s'étonner de l'apparition du phénomène de gangs de rue?) Pour certains enfin, dont le cœur est marqué de maintes blessures (violence, abus sexuels...), la rue représente une sorte d'alternative au suicide. La rue comporte ses dangers. En effet, on retrouve dans la rue des personnes, des réseaux organisés qui tirent profit de la détresse des jeunes : vendeurs de drogue, proxénètes, délinquants sexuels, crime organisé, etc. La présence, par ailleurs, de déterminants sociaux tels que la pauvreté, la sous-alimentation, l'absence de logement, la répression et autres, ajoute aux risques qui menacent leur santé physique et psychologique.

Lorsqu'il vit une crise, (et ces jeunes sans domicile fixe en vivent une de longue durée,) le jeune adulte a besoin d'un accès immédiat à des professionnels. Leur nombre est insuffisant, d'après nos répondants qui souhaitent particulièrement qu'il y ait plus de psychologues et de travailleurs de rue. Certaines ressources existantes sont à l'heure actuelle peu utilisées, soit parce qu'elles sont mal adaptées aux besoins des jeunes adultes, soit parce qu'elles ne sont pas connues (15).

Plusieurs organismes communautaires tels que la Maison Marie Frédéric et Le Centre de traitement Le Rucher, appliquent une philosophie d'écoute respectueuse et d'empathie/sympathie, d'accompagnement et de soutien, ce qui constitue de ce fait un facteur sécurisant dans le processus de socialisation et de réinsertion sociale du jeune. C'est, entre autres, ce que le Regroupement des Auberges du cœur du Québec, nomme le processus d'*affiliation sociale* (16) mis en pratique dans les Auberges. De plus, on y

applique un modèle d'intervention particulier qui se démarque par la capacité des intervenants de l'organisme de faire alliance avec les jeunes adultes, de même que par la capacité d'établir une véritable collaboration, voir un partenariat avec d'autres organismes du milieu, favorisant l'élaboration de plans d'action avec les jeunes eux-mêmes.

Ces mêmes organismes ont une approche basée sur le principe qu'il faut travailler à activer les compétences du jeune plutôt qu'à gérer ses problèmes. Les jeunes y sont si peu habitués qu'ils sont souvent surpris ou dérouterés lorsqu'on leur demande ce qu'ils aiment ou ce qu'ils voudraient faire, car ils ont l'habitude d'être abordés seulement sous l'angle de leurs problèmes. Avant d'étiqueter la toxicomanie ou la prostitution comme un problème, le personnel de ces organismes préfère les considérer comme un symptôme ou même comme des solutions temporaires et jusqu'à un certain point applicables à d'autres problèmes.

Toxicomanie

D'après l'étude menée par l'*Institut canadien d'information sur la santé* les taux d'abus de substances psychoactives sont plus élevés chez les itinérants que chez la population générale. Par exemple, à Toronto, 68% des pensionnaires de refuges ont déclaré avoir reçu un diagnostic permanent d'abus d'alcool ou de drogues ou de toxicomanie. Des études réalisées dans d'autres régions du Canada ont révélé les résultats suivants :

- À Vancouver, 44% des itinérants adultes ont déclaré avoir fait usage de substances en vente libre tels que, la marijuana et la cocaïne, au cours du mois précédent (39).
- À Edmonton, les jeunes itinérants ont déclaré consommer de l'alcool et de la marijuana au moins deux ou trois fois par semaine dans des proportions de 40% et 55% respectivement (39).
- Différentes études réalisées au Canada font également état de taux élevés de consommation d'opiacés et autres types de drogues chez les itinérants. Par exemple, à Edmonton, 55% des jeunes de la rue ont déclaré avoir consommé au

moins l'une des quatre drogues suivantes (cocaïne, héroïne, amphétamines ou tranquillisants) au cours de l'année précédente (40).

- À Montréal, une étude réalisée auprès des jeunes de la rue sur une période de cinq ans, a dévoilé un taux d'incidence de consommation de drogues par injection de 8,2 par 100 personnes-années chez un groupe de 415 jeunes de la rue (41).

Certaines personnes souffrent à la fois de troubles liés à l'abus de substances psychoactives et de maladie mentale, soit de troubles concomitants (13). On utilise également d'autres termes tels que double diagnostic, troubles jumelés, comorbidité et cooccurrence de toxicomanie et de troubles de santé mentale (42). L'analyse des ouvrages publiés suggère que les itinérants souffrant de troubles concomitants sont susceptibles de demeurer itinérants plus longtemps que les autres itinérants.

Mentionnons à cet égard, qu'à Toronto, presque tous les pensionnaires des refuges affiliés au projet *Pathways into Homelessness* ayant un diagnostic permanent de maladie mentale avaient également un trouble lié à l'abus de substances psychoactives (12).

Dans ses publications, *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation* (1999) (18), et *Meilleures pratiques... troubles concomitants* (2000) (19), Santé Canada dévoile certaines conclusions quant aux différents cadres et modes de traitement en matière de *troubles concomitants* en lien avec la toxicomanie et la santé mentale vis-à-vis la population itinérante et les jeunes de la rue. En voici les principaux constats :

- Les clients en traitement pour troubles psychiques montrent constamment des taux plus élevés de consommation d'alcool et d'autres drogues et de problèmes connexes que la population en général. Les personnes frappées de troubles psychiques graves risquent tout particulièrement de souffrir d'abus de substance psychotropes...que les personnes atteintes de schizophrénie et d'une affection

bipolaire qui sont, respectivement, quatre à cinq fois plus susceptibles que les autres personnes de la population en général de souffrir également d'alcoolisme et de toxicomanie... On note généralement dans ces cas de *comorbidité* un taux plus élevé de rechutes et *réhospitalisation*, une **plus grande instabilité dans le logement et un taux plus élevé de sans abri**.

- Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie relevés chez les personnes souffrant de maladie mentale sont le plus souvent liés à des questions relatives, par exemple, à la gestion budgétaire et à **l'instabilité de logement** et sont moins susceptibles de transparaître lors des évaluations standards de toxicomanie et d'alcoolisme.

Dans le cas des troubles concomitants, on critique souvent, sur le plan systémique, la fragmentation des services, les renvois inopportuns ou inadéquats et le manque de coordination des services. Les problèmes d'alcoolismes et de toxicomanie d'une part, et de santé mentale de l'autre, ayant toujours été traités par des services distincts, certains sujets souffrant de doubles problèmes ont échappé - aux maillons du filet-, ou se sont proménés d'un établissement de traitement à l'autre, sans que l'on réponde finalement à leurs besoins complexes et multiples (el-Guebaly, 1993; ARF, 1987). Ce que l'on nomme plus communément le - syndrome des portes tournantes - chez les sans abri et les personnes itinérantes, ici dans la région de Québec.

Eût égard à ce qui précède, pour le Centre de traitement Le Rucher nous croyons, tout comme les recherches semblent le confirmer, au *Traitement intégré* (à ne pas confondre avec les *réseaux intégrés*, qui sont plutôt une sorte de mixture de *traitement séquentiel*, de *traitement parallèle* et de *traitement intégré*) en ce qui a trait à la clientèle itinérante avec troubles en santé mentale (plus de 80% de prévalence) que nous accueillons. En effet, selon les recherches effectuées, les résultats obtenus par les sujets ayant suivi soit un traitement *de type séquentiel*, soit un *traitement parallèle*, se sont révélés médiocres. Les récentes mesures face aux *troubles concomitants* ont principalement portés sur

l'intégration des services et leur prestation simultanée ou dit autrement, à *l'amalgame* des services existants.

Un modèle que prône depuis plusieurs années Le Centre de traitement Le Rucher qui a des affinités partagées avec *l'approche globale*. La thérapie étant axée sur les multiples caractéristiques de la personne itinérante, Le Rucher harmonise ses pratiques et ses services en fonction du constat suivant, tel que le définit très bien l'étude de Landry en 1995 ⁽⁶⁾ : « ...on se rend compte que les caractéristiques (*intrinsèques*) du sujet, la gravité de ses problèmes psychiatriques (*itinérance-comorbidité*), sa situation d'emploi et ses problèmes juridiques sont les facteurs qui ont la plus grande influence sur les résultats du traitement, alors que la gravité et la durée de la consommation des substances psychotropes constituent les facteurs les moins importants. »

Par ailleurs, ce modèle s'inscrit parfaitement avec le traitement en hébergement de moyenne durée, en ce qui a trait à la clientèle itinérante ou sans domicile fixe. Entre autres, un traitement intégré et multidisciplinaire, plutôt que de courte durée (en externe) comme le souligne Dennis et coll. (1996), Drummond (1997) et Landry (1995) ⁽⁶⁾ pour ces clientèles qui ont des problèmes multiples, des patients dont les besoins vont au-delà de ceux de la population toxicomane majoritaire et qui ont des problèmes en santé mentale. Autrement, ce sont les patients qui déterminent de toute évidence la durée et l'intensité du traitement, puisqu'il sont normalement libres d'arrêter quant ils le veulent...

De plus, l'on retrouve dans certains organismes communautaires en réadaptation en toxicomanie, avec hébergement, les caractéristiques reconnues par certaines études à savoir que : « ... plusieurs données indiquent que le thérapeute tient une place significative dans le résultat obtenu. Une analyse de la documentation pertinente effectuée par Najavits et Weiss (1994) révèle un facteur constant, à savoir que les meilleurs résultats coïncident avec la présence de thérapeutes faisant preuve de très grande qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients. » Dans le même ordre d'idée,

dans d'autres études, on démontre que l'expérience et la formation du thérapeute n'ont accusé aucune constance dans leur association avec les progrès des sujets (Miller, Taylor et West, 1980; Sanchez-Craig et coll.,1991). En effet, de par leurs valeurs d'égalité et de respect reliées à leur mission et à leur nature même, les organismes communautaires sont à même de développer ces qualités essentielles d'accueil et de solidarité sociale.

Jeunes de la rue (à risque d'itinérance) et toxicomanie

Dans les conclusions de son document sur les *Meilleures pratiques en toxicomanie*, Santé Canada laisse entendre que les résultats sont moins intéressants lorsque les jeunes suivent des traitements conçus pour les adultes.

On considère les jeunes de la rue (à risque d'itinérance ou sans domicile fixe) comme un groupe à hauts risques pour nombre de raisons, dont leur mode de vie. Même s'ils ne comportent pas un groupe homogène, ils ont en commun leur forte consommation de substances psychotropes et des risques sérieux d'infection au VIH et à l'hépatite C. Les taux de leur usage de cocaïne, de crack et de LSD sont de 5 à 15 fois supérieurs aux taux établis pour tous les jeunes (Smart,1993).

Idéations et comportements suicidaires / jeunes itinérants

La Maison Marie Frédéric et le Centre de traitements le Rucher, profitent de l'occasion pour attirer l'attention des différents acteurs concernés par cette Commission sur le phénomène du suicide et plus particulièrement pour les personnes en situation d'instabilité résidentielle, sans domicile fixe et à risque d'itinérance. Et ce, tout particulièrement quant à la population itinérante comprise entre 18 et 30 ans. Des données qui émergent mais qui demeurent en marge des autres problématiques, comme si, jusqu'à maintenant elles étaient enchâssées dans une *spécialisation*. Ce qui nous trouble particulièrement, puisque le taux de suicide, entre autres chez les jeunes adultes, est l'un des plus élevés en Amérique du Nord, sinon du monde occidental, et constitue une donnée essentielle quant on se penche sur le phénomène de l'itinérance.

Dans les conclusions de son document *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006* (44), de l'Institut national de santé publique du Québec on révèle des chiffres qui font peur et qui font honte à une société évoluée et moderne comme le Québec.

- **Malgré une baisse de la mortalité par suicide observée depuis le début des années 2000... le suicide est la seconde cause de mortalité chez les 15-19 ans, mais demeure encore, et de loin, la première cause de mortalité chez les 20-34 ans !!!**
- **Le Québec en comparaison avec certaines autres provinces canadiennes, affiche les taux les plus élevés de suicide tant chez les hommes que chez les femmes.**
- **Comparativement aux pays de l'OCDE, le Québec se situe encore malheureusement, parmi les populations qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus élevés !!!**

Jeunes itinérants et comportements suicidaires

Dans son document *Santé mentale et itinérance*, l'Institut canadien d'information sur la santé mentionne que bien que l'on ignore beaucoup de choses à propos des relations causales entre la santé mentale et le suicide, on a établi un lien entre les comportements suicidaires et certains aspects de la santé mentale chez les itinérants. Des études qualitatives ont révélé que les sentiments de désespoir, de solitude, d'inutilité et d'être pris au piège étaient des thèmes sous-jacents aux expériences des jeunes itinérants liées au suicide.

Un certain nombre d'études canadiennes révèlent également des taux plus élevés de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes itinérants que chez les autres jeunes.

- Une enquête réalisée en 2006 auprès des jeunes de la Colombie-Britannique a révélée que 15% des garçons et 30% des filles vivant dans la rue ou marginalisés ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider au moins une fois au cours des 12 mois précédents, contre 4% des garçons et 10% des filles qui ne sont pas itinérants (37).
- À Ottawa, 4% des jeunes non itinérants de sexe masculin ont déclaré avoir tenté de se suicider au moins une fois, contre 21% chez les jeunes itinérants. Dans la même veine, 34% des jeunes non itinérants de sexe masculin ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, contre 43% chez les jeunes itinérants (30).
- Parmi les jeunes itinérants recensés à Toronto et Vancouver, 46% ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider (36).
- À Richmond Hill, en Ontario, 20% des jeunes itinérants ont déclaré avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur vie; 25% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires (38).

Nous tenons à faire savoir à la Commission que nous endossons et sommes solidaires des revendications du Réseau SOLIDARITÉ Itinérance du Québec ⁽⁹⁾ et nous RECOMMANDONS la mise en œuvre des moyens qu'ils préconisent pour agir sur les facteurs structurants de l'itinérance :

- **REDONNER** aux personnes en situation d'itinérance l'accès aux espaces public;
- **SE DOTER** de dispositifs légaux contre le *pas dans ma cour*;
- **REHAUSSER** le niveau de revenu (...des gens en situation de pauvreté) et **RENFORCER** l'accessibilité aux mesures de soutien au revenu;
- **SE DOTER** de mesures fiscales visant un partage plus équitable de la richesse;
- **ENTREPRENDRE** un grand chantier de logement social;
- **RÉALISER** un investissement significatif dans le soutien communautaire;
- **RENFORCER** les mesures de régulation du marché du logement privé;
- **PRÉVENIR** l'itinérance chez les personnes sortant d'institutions;
- **FAVORISER** le droit à l'éducation des personnes en situation ou à risque d'itinérance;
- **SOUTENIR** des pratiques d'insertion au milieu du travail;
- **GARANTIR** l'accessibilité et l'équité des services de santé et des services sociaux;
- **RESPECTER** les principes de l'adhésion libre et de la confidentialité;
- **RENFORCER** les mesures de soutien aux familles et aux jeunes en difficulté;
- **RECONNAÎTRE** l'apport social des organismes communautaires d'aide en itinérance et en **AMÉLIORER** le soutien financier;
- **RECONNAÎTRE** l'apport social des pratiques de défense des droits et les **FINANCER** adéquatement;
- **RECONNAÎTRE** l'apport social des initiatives de participation citoyenne et les **FINANCER** adéquatement;
- **FAVORISER** la concertation intersectorielle en itinérance.

Nous recommandons les moyens suivant afin d'agir non seulement sur les facteurs structurants mais aussi sur les facteurs individuels de l'itinérance :

RECOMMANDATION / RÉFLEXION

Maison Marie Frédéric et Centre de traitement des dépendances Le Rucher

Éléments de réflexion de la Commission : Ampleur

Il est certain que le fait que l'on ne puisse brosser un tableau réaliste de la composition de la population itinérante au Québec peut avoir de graves conséquences. Et conséquences il y a depuis plusieurs années. Si nous ignorons le nombre d'itinérants, qui ils sont et quels sont leurs besoins, il peut être difficile d'évaluer adéquatement les services et activités requises à l'intérieur d'un plan d'action concerté, et multisectoriel.

D'ici là, pour la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement Le Rucher, la situation, particulièrement celle des jeunes et des personnes toxicomanes itinérantes, est suffisamment grave pour intervenir immédiatement à partir des données existantes et des différents Plan d'action en itinérance des régions concernées. Entre autres, le portrait de la réalité vécu par les organismes membres du RAIQ constitue à elle seule une bonne vision de l'ampleur des besoins et commande des actions concertées immédiates. Par ailleurs, les programmes du fédéral depuis cinq ou six ans ont permis d'expérimenter plusieurs alternatives d'intervention.

Sinon, c'est de noyer le poisson, de retarder la mise en œuvre d'une Politique sous prétexte que toutes les données ne constituent pas un tableau assez révélateur de la situation. Ce qui constituerait un piège dans lequel il ne faudrait pas s'enliser. Que le ministère ET le gouvernement posent la question de la nécessité d'une Politique est difficilement compréhensible. En tout état de cause, le statu quo serait à dénoncer publiquement.

Notez que la Maison Marie Frédéric a ouvert une deuxième maison il y a deux ans. Les deux roulent à pleine capacité quasi annuellement, soit 16 places d'hébergement au total.. Au mois de juillet dernier nous avions 12 jeunes sur la liste d'attente, en plein été !!!

Par ailleurs la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement Le Rucher seraient plus qu'intéressés à fournir d'autres informations sur la situation vécue par leurs résidants à risque d'itinérance ou en situation d'itinérance. Toutefois, toutes demandes visant à donner des informations de nature à – monitorer – nos clientèles, ou qui viendraient interférer sur la confidentialité de nos résidants se verraient répondre une fin de non recevoir.

RECOMMANDATION / RÉFLEXION

Maison Marie Frédéric et Centre de traitement des dépendances Le Rucher

Éléments de réflexion de la Commission : Populations les plus touchées ... adaptation des services offerts.

Les services offerts actuellement pour les jeunes, en situation d'itinérance et avec des problématiques en toxicomanie et en santé mentale se voient durement critiqués par les résidants de nos organismes. Ces services sont difficilement accessibles, peu nombreux et répartis dans différents départements, beaucoup trop isolés les uns des autres et fonctionnant le plus souvent en vase clos. Et quand ils sont accessibles ce n'est que pour une période très courte, le temps de gérer une crise. Il n'y a pas assez de concertation avec le client, non plus qu'entre les intervenants du réseau.

Ce qu'on nous raconte le plus souvent, c'est que le jeune reçoit son diagnostic, sa prescription et ses médicaments, tout ça à l'intérieur d'une quinzaine de minutes...Par ailleurs, nous profitons de l'occasion qui nous est donnée pour vous informer d'une étude effectuée par le Regroupement des auberges du cœur où l'on dénonce l'hypermédication des jeunes en Centre Jeunesse. L'on apprend que tout près de 50% de jeunes qui

fréquentent les Centre jeunesse reçoivent des prescriptions avec posologie regroupant tout un cocktail de médicaments... Ce sont souvent ces jeunes que nous recevons par la suite dans nos organismes...

Là où ils trouvent de l'écoute, du soutien et de la compréhension, ce sont dans des organismes comme les nôtres, là où ils se sentent respectés en tant qu'individu à part entière et non comme un problème à solutionner. L'idée ici n'étant pas de prêcher pour sa paroisse, mais plutôt de sensibiliser le réseau et le gouvernement à la singularité de ces populations itinérantes qui commandent des réponses adaptées à leurs besoins dans le cadre d'une approche globale et multisectorielle.

RECOMMANDATION / RÉFLEXION

Maison Marie Frédéric et Centre de traitement des dépendances Le Rucher
Éléments de réflexion de la Commission : Non-récurrence du financement en itinérance, besoins de financement urgent. S'assurer que les actions des organismes sont efficaces. Exemples de mesures ...résultats positifs.

Pour la Maison Marie Frédéric et le Centre de traitement des dépendances Le Rucher le vrai problème de financement, c'est que notre financement de base et la reconnaissance des activités et services à la mission que nous offrons, ne sont pas à la hauteur des besoins rencontrés chez nos usagers, tout particulièrement ceux en situation d'itinérance. Malgré tous nos efforts pour diversifier nos sources de financement, nous n'arrivons plus à respecter nos budgets, particulièrement en termes de ressources humaines et d'immobilisation.

Nous RECOMMANDONS donc un rehaussement de notre financement de base à la mission.

Quant aux programmes ciblés, leur reconduction est toujours incertaine; cela fragilise les organismes et amène constamment des coupures à l'interne. Ce n'est qu'un pis-aller. Il n'y a rien de structurant dans de telles approches en termes de financement et d'efficacité.

Par ailleurs, **Le Centre de traitement des dépendances Le Rucher ainsi que la Maison Marie Frédéric, RECOMMANDENT de reconnaître et de favoriser le financement** (par le biais du financement à la mission) des récentes mesures (**efficaces**) prises face aux troubles concomitants (jeunesse itinérance / toxicomanie / santé mentale), suite aux études publiées en ce sens et qui portent sur *l'amalgamation* des services existants (ré : se référer au point toxicomanie du mémoire). Dans notre cas, cette *amalgamation* s'est développée à l'intérieur même de nos organismes respectifs de par la nature de notre mission (ne pas confondre ici avec un continuum de services tel que prôné dans le cadre d'un Réseau intégré de services).

Un modèle que prônent depuis plusieurs années Le Centre de traitement Le Rucher et la Maison Marie Frédéric. Un modèle qui par ailleurs a des affinités très étroites avec *l'approche globale*.

Le soutien et l'accompagnement de ces deux organismes et d'autres qui sont membres du RAIQ, étant axés sur les multiples caractéristiques de la personne itinérante. Ils harmonisent leurs pratiques et leurs services en fonction du constat suivant, tel que le définit très bien l'étude de Landry en 1995 :« ...on se rend compte que les caractéristiques (intrinsèques) du sujet, la gravité de ses problèmes psychiatriques (itinérance-comorbidité), sa situation d'emploi et ses problèmes juridiques sont les facteurs qui ont la plus grande influence sur les résultats du traitement, alors que la gravité et la durée de la consommation des substances psychotropes constituent les facteurs les moins importants. »

Par ailleurs, ce modèle s'inscrit parfaitement avec le traitement en hébergement de moyenne durée, en ce qui a trait à la clientèle itinérante ou sans domicile fixe que nous

accueillons. Entre autres, par des activités et des services intégrés et multidisciplinaires en hébergement à plus long terme, plutôt que de courte durée (en externe), comme le préconise Dennis et coll. (1996), Drummond (1997) et Landry (1995), pour ces clientèles qui ont des problèmes multiples.

RECOMMANDATION / RÉFLEXION

Maison Marie Frédéric et Centre de traitement des dépendances Le Rucher

Éléments de réflexion de la Commission : Accent sur la prévention, la réinsertion sociale (et non seulement l'insertion à l'emploi !)

Nous recommandons un *Plan d'action* (à la suite de l'adoption d'une Politique en itinérance au Québec) qui reposerait sur les axes d'intervention suivants, tels qu'ils ont été définis dans le Plan d'action communautaire sur l'itinérance, Région de Québec (15 mars 2001) :

- Axe d'intervention *Promotion – Prévention*;
- Axe d'intervention *Situation de crise et traitement*;
- Axe d'intervention *Réadaptation – Insertion – Réinsertion sociale*;
qui soit en lien avec une triple forme d'autonomie : autonomie psychosociale, sociocommunautaire et socioprofessionnelle;
- Axe d'intervention *Suivi et maintien dans le milieu*;
- Axe d'intervention et de soutien *Formation et évaluation – recherche*.

La Maison Marie Frédéric et Le Centre de traitement des dépendances Le Rucher RECOMMANDENT la nécessité de reconnaître les besoins de financement à la mission et plus particulièrement, en ce qui les concernent directement, quant aux Axes d'intervention Réadaptation (toxicomanie, santé mentale, délinquance) - Insertion – Réinsertion sociale.

À cet égard nous rappelons les énoncés suivants à la Commission :

- *La réinsertion sociale est un maillon essentiel de la chaîne thérapeutique (jeunes en difficulté - toxicomanie – itinérance). Son principal objectif sur le plan de l'intervention est de faire en sorte que les gains thérapeutiques et les apprentissages de la personne dans les premières étapes du traitement se maintiennent de façon durable dans le temps et se généralisent. Ultimement, elle vise à développer ou à rétablir les liens de la personne avec son entourage et l'environnement communautaire, social.*

Approche structurée mais en même temps suffisamment souple pour s'adapter à chaque catégorie de clients et aux besoins de chaque individu, ...d'une variété de services permettant à la personne d'acquérir, de développer ou de renforcer certaines habiletés ou compétences..., visant le renforcement d'une triple forme d'autonomie : psychosociale, socioprofessionnelle et sociocommunautaire (Agence de SSS de Québec, mai 1998).

- *La réadaptation – réinsertion, est un processus personnalisé, coordonné et limité dans le temps, des différents moyens mis en œuvre pour permettre à la personne ayant des difficultés de développer ses capacités et son autonomie sociale (Fougeyrollas, P. 1988).*
- *Il s'agit d'une démarche qui permet à chaque personne de recouvrer son équilibre physique, psychologique et social. Un processus d'évolution personnelle qui permet à la personne qui le désire de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie. Peu à peu, cet apprentissage fait taire un sentiment d'impuissance parfois devenu si grand qu'il paralysait l'existence et emprisonnait la personne dans une souffrance aussi intense que silencieuse.*

C'est un défi non seulement pour la personne, mais aussi pour les intervenants qui ont la tâche d'aiguillonner son espoir, de stimuler son désir de transformation et sa capacité à persévérer. Ce faisant, ils lui apprennent à se respecter, à se

comprendre et l'encouragent à passer à l'action pour reprendre sa vie en main
(L'Association des centres d'accueil du Québec, Horizon 2000, 1991).

Cette démarche doit donc permettre la récupération sur le plan de l'autonomie fonctionnelle. Elle se caractérise à deux niveaux :

- La récupération physiologique, i.e. le rétablissement de l'équilibre physiologique et psychologique de la personne;
- La récupération des capacités psychosociales, i.e. des attitudes et comportements, domaine relationnel, habiletés fonctionnelles de base.

En terminant, ce processus vise à déterminer, et mettre en marche un Projet de vie significatif pour la personne en situation d'itinérance et/ou ayant des problèmes en toxicomanie et/ou santé mentale.

C'est pourquoi le Centre de traitement des dépendances Le Rucher ainsi que la Maison Marie Frédéric, RECOMMANDENT au MSSS ainsi qu'à l'Agence de SSS de la Capitale de reconnaître dans le financement à la mission d'organismes en réadaptation en toxicomanie/dépendances qui offrent un hébergement à une clientèle en itinérance, leurs besoins financiers particuliers à l'égard de leurs frais fixes et généraux en lien avec les immobilisations et les ressources humaines nécessaires à un encadrement et à un soutien 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé – Santé mentale et itinérance
2. Regroupement d'aide aux itinérants (tes) de Québec (RAIIQ) : Plan d'action communautaire en itinérance de la région de la Capitale Nationale, janvier 2004
3. Présentation des organismes membres du RAIQ (2003), Portrait.
4. Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes : Un portrait complexe, une responsabilité collective. Les Publications du Québec (2000)
5. Comité de la santé mentale du Québec (1985)
6. Dennis et coll.(1996), Drummond (1997), Landry (1995)
7. Statistique Canada, 2001 : Analysis Series - Collective Dwellings, Ottawa, Statistique Canada, 2002.
8. Plan d'action communautaire en itinérance de la région de la Capitale Nationale, mise à jour, septembre 2007.
9. Pour une Politique en itinérance : Plateforme de revendications du Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ), Septembre 2006)
10. Association canadienne pour la santé mentale, « Mental Health and Homelessness :A CMHA Ontario Position Paper», 1997, p.14
11. Fédération canadienne des municipalités, Incomes, Shelter and Necessities, ...2004, rapport thème no 1.
12. Mental Health Policy Research Group, Mental Illness and Pathways into Homelessness: Findings and Implications, Toronto, 3 novembre 1997.
13. S.Shortt, S.Hwang et H. Stuart, Homelessness and Health: A policy Synthesis on Approaches to Delivering Primary Care for Homelessness Persons,....Queen's University, 2006.
14. Fortier et Roy, 1996: 131
15. Roulleau-Berger,1994
16. Pratiques d'affiliation sociale, Regroupement des Auberges du Cœurs du Québec, 2007 RENÉ, J.-F., DUVAL, M., CLOUTIER, G., PONTBRIAND, A., avril 2007,
17. Réf. Stats. MMF
18. Meilleures pratiques Alcoolisme et toxicomanie, Traitement et Réadaptation, Santé Canada (1999)

19. Meilleures pratiques, Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et toxicomanie, Santé Canada, 2002
20. T.Bunting, R.A.Walks et P.Filion, ... Housing Studies, vol.19, no 3 (2004) , p.361-393
21. B. Lee, T.Price-Spratlen et J. Kanan, ... Journal of Urban Affairs, vol. 25, no.3, p.335-355
22. R.Tessler, R. Rosenheck et G. Gamache, ... Journal of Social Distress and the Homeless, vol.10, no. 3 (2001), p. 243-254
23. A.M.Cauce, M. Paradise, J.A. Ginzler, L.Embry, C.J. Moragan, Y. Lohr et J. Thoofelis, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 8, no. 4 (2000), p. 230-239
24. G.R. Adams, T.Gullotta et M.A. Clancy.....Adolescence, Vol. 20, no. 79,(1985) p. 715-724
25. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs de santé (en ligne), Ottawa, ICIS, 2006.
26. S.L. , Depression and Stress in Street Youth, Adolescence, Vol. 34, no 135 (1999) p. 567-575
27. E. Votta et I.G. Manion,Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 42, no. 7, (2003), p. 778-785
28. J.B. Unger, M.D. Kipke, T.R. Somon, C.J. Johnson, S.B. Montgomery et E. IversonJournal of Adolescent Research, vol. 13, no 2 (1998), p 213-222.
29. Agence de santé publique du Canada, What Determines Health? (en ligne), 2004
30. E.Votta et I. Manion, ... The Journal of Adolescent Health, vol. 34, no. 3 (2004), p. 237-243.
31. K.D. Johnson, L.B. Whitbeck et D.R. Hoyt, Journal of Adolescent, vo.28, no special 2, (2005), p. 231-248
32. P.A. Thoits, Journal of Health and Social Behaviour, édition spéciale (1995), p. 53-79
33. S.J.Farrell, T. Aubry et E. Reissing, Street Needs Assessment....., Ottawa, Université d'Ottawa, 2001
34. R.G.Smart et G.W. Walsh, Adolescence, vol.28, no 109 (1993), p. 41-53

35. M.H.Miner,Journal of Youth and Adolescence, Vol. 20,no.5, (1991), p.545-560
36. S.A.Didd,Youth and Society, vol. 36, no. 1, (2004), p. 30-55
37. The McCreary Centre Society (1977), Against the Odds....Vancouver, BC.
38. K.N.Cameron, Y. Racine, D.R. Offort et J. Cairney,....Canadian Journal of public health, vol. 95, no.5, (2004), p. 352-356
39. S.Acorn,Hospital and Community, vol. 44, no. 9, (1993), p. 854-857
40. S.W. Baron,Youth & Society, vol. 31, (1999), p. 3-26
41. E.Roy, N. Haley, P. Leclerc, L.Cedras, L. Balais et J.-F Boivin,Journal of Urban Health, vol. 80, no. 1 (2003), p. 92-105
42. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Information about concurrent disorders (en ligne), 2006. Internet.
43. R.E. Drake, F.C. Osher et M.A. Wallach, : A Review of the Literature ..., 1980-1990, Rockville, National Institute of Alcohol Abuse and Institute of mental health.
44. Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006 ⁽⁴⁴⁾, de l'Institut national de santé publique du Québec