



ITINÉRANCE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : PISTES D'INTERVENTION

MISE EN CONTEXTE

En 1987, à l'occasion de l'Année internationale du logement des sans-abri, le Comité des sans-abri de la ville de Montréal adopte une définition de la personne itinérante, définition qui sera reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), puis dans le Plan d'action montréalais (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009).

En 1988, le centre de jour Le Dernier Recours de Montréal a ouvert ses portes au centre-ville de Montréal. Malgré les bonnes intentions des dirigeants de la Ville de Montréal à l'époque, ce centre de jour, qui avait comme mandat d'arrimer les services publics et communautaires pour sa clientèle, est vite devenu un cul-de-sac pour les personnes les plus démunies de Montréal. Ainsi, au lieu de coordonner les références vers les autres organismes, les intervenants du Dernier Recours de Montréal devaient composer avec une clientèle nombreuse ayant de multiples problématiques (toxicomanie, santé physique et mentale, etc.). De plus, les intervenants étaient confrontés à un manque de collaboration entre les ressources, à un manque de continuité dans les plans d'intervention et à une absence de leadership (Laberge, 2000).

En 1990, dans un contexte d'urgence, le CLSC des Faubourgs (maintenant intégré au CSSS Jeanne-Mance) est désigné par le MSSS pour constituer une

LA PERSONNE ITINÉRANTE est une personne 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 publics, avec des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable.

équipe d'intervention à l'intention des personnes itinérantes à Montréal. Le principal mandat de l'équipe est de faciliter l'accès à des soins de santé et services sociaux aux personnes itinérantes, de développer des liens de partenariat avec les différentes ressources et de favoriser la réinsertion sociale des personnes itinérantes. L'équipe est composée d'un psychiatre à temps partiel en prêt de service d'un centre hospitalier, d'un médecin à temps partiel, de quatre infirmières et de quatre travailleurs sociaux. En 1994, constatant la présence de plus en plus importante de personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) dans le milieu de l'itinérance, la Régie régionale de la santé et des services sociaux demande au Centre de réadaptation Lisette-Dupras de dégager un intervenant spécialisé en DI afin qu'il se joigne à l'équipe Itinérance.

QUATRE CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE À L'ITINÉRANCE :

- **Familiaux** : dysfonctionnement familial (conflits, violence, abus), vulnérabilité des parents (problèmes de santé mentale, toxicomanie), histoire d'instabilité résidentielle (placement extrafamiliaux, déménagements fréquents, fugue, désaffiliation familiale)
- **Personnels** : retard scolaire, décrochage scolaire
- **Sociaux** : réseau social limité ou de piètre qualité, désaffiliation sociale
- **Environnementaux** : contexte socio-économique, revitalisation des centres-villes (manque de logements à prix abordable), investissements gouvernementaux insuffisants, discrimination raciale, désinstitutionnalisation, ruptures de services

En 2009, la Commission de la santé et des services sociaux sur l'itinérance au Québec (Gouvernement du Québec, 2009a), suite à ses travaux et à des audiences publiques, recommande que :

- le gouvernement s'assure de dresser un portrait de la situation de l'itinérance et qu'il recommande aux villes d'adopter des mesures propices à une meilleure cohabitation entre les personnes itinérantes et les autres citoyens ;
- les villes adoptent et améliorent des modes de régulation sociale autre que la judiciarisation ;
- l'accessibilité à un logement à prix modique, salubre et sécuritaire soit améliorée ;
- l'adaptation des services du réseau de la santé et des services sociaux pour les personnes souffrant de troubles concomitants soit intensifiée.

Suite aux travaux de cette Commission, le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (Gouvernement du Québec, 2009b) a été élaboré, afin de mieux répondre aux besoins de cette population vulnérable et d'ajuster les moyens d'intervention en tenant compte de leurs réalités particulières. Pour y arriver, cinq priorités ont été identifiées par les différents ministères :

- **Priorité 1** : Renforcer la prévention de l'itinérance ;
- **Priorité 2** : Favoriser la stabilité résidentielle ;
- **Priorité 3** : Améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes ;
- **Priorité 4** : Favoriser une cohabitation tolérante et sécuritaire entre les différents groupes de citoyens ;
- **Priorité 5** : Accroître la recherche.

DES PERSONNES ITINÉRANTES AVEC UNE DI

L'équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance reçoit plus de 1000 demandes de services annuellement et effectue plus de 7000 interventions. La majorité de ces demandes concernent des démarches ponctuelles (informations, démarches administratives), mais

d'autres évoluent vers un suivi à plus long terme. Parmi les 200 personnes suivies, 68 présentent des problèmes au plan intellectuel et sont suivies par un psychoéducateur spécialisé en déficience intellectuelle. En tant que praticien-chercheur de l'équipe «DI-TED et intersectorialité», ce psycho-éducateur (Sylvain Picard) a procédé à la description de sa clientèle et a formalisé son expérience d'intervention auprès de ces personnes (Mercier et Picard, 2011 ; Picard et Mercier, 2011).

Les personnes suivies ont été référées en raison de leur «lenteur intellectuelle», leur «intelligence limite», leur «débilité mentale» par les hôpitaux, les organismes communautaires et d'autres organismes publics. Parmi elles, 20 ont formellement reçu un diagnostic de DI. Pour les autres, il y a présomption de DI, sur la base de caractéristiques communes avec celles des personnes ayant été véritablement diagnostiquées : elles éprouvent de grandes difficultés à lire, à écrire et à compter ; elles accusent des retards significatifs dans le développement de leur autonomie fonctionnelle au quotidien (hygiène personnelle, préparation des repas, déplacement en transport collectif, entretien domestique, etc.). Pour certaines personnes, les limitations intellectuelles pourraient avoir été acquises suite à des conditions de vie extrêmement pauvres, à un milieu peu stimulant depuis la naissance, à la consommation excessive de psychotropes et d'alcool ou à des traumatismes crâniens répétés.

Caractéristiques des personnes itinérantes avec une DI

Parmi les 68 personnes vivant ou ayant vécu en situation d'itinérance et présentant des limitations intellectuelles, on retrouve 43 hommes (63,2%) et 25 femmes (36,8%). Leur âge moyen est de 43 ans, avec une étendue de 24 à 70 ans. Les participants ont été répartis en trois sous-groupes suivant leur statut résidentiel actuel : rue et refuge ; statut précaire ; stabilité. Les personnes classées dans la catégorie «rue et refuge»

(n=11) fréquentent les refuges de nuit ou dorment à l'extérieur (parc, guichet automatique, amis, etc.). Les personnes en «statut précaire» (n=42) ont accès à un hébergement à long terme dans un organisme communautaire, à une chambre ou à un appartement, tout en continuant de dépendre des ressources du réseau «Itinérance» (soupes populaires, vestiaires, par exemple) pour subvenir à leurs besoins de base. Les personnes du groupe «stabilité» (n=15) ont déjà été dans le milieu de l'itinérance, mais vivent présentement dans une ressource résidentielle reliée à un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, dans un logement communautaire subventionné ou dans un appartement privé et ce, sans utiliser les ressources pour les personnes itinérantes.

Plus des trois-quarts de ces personnes sont originaires de Montréal (77,9%) et ont été scolarisées en classe spéciale (77,9%). Près du tiers (30,9%) ont vécu en institution. Pour la majorité de ces personnes (63,2%), la période d'itinérance est supérieure à quatre ans au moment de l'inscription à l'équipe Itinérance. Les hommes attribuent principalement leur situation d'itinérance à un problème relié à la consommation d'alcool ou de drogues (44,2%). Chez les femmes, le facteur précipitant le plus souvent mentionné est relié à la perte ou à une rupture avec un parent ou un proche (36,0%).

Au moment de leur inscription à l'équipe Itinérance, toutes les personnes présentaient au moins un problème associé ; 22 personnes (32,4%) en avaient trois et plus. Les problèmes de santé mentale (dépression, trouble de la personnalité, schizophrénie) sont ceux qui touchent le plus grand nombre de personnes (60,3%). La deuxième problématique en ordre d'importance est celle de la consommation d'alcool et/ou de drogues (55,9%), alors que les problèmes de santé physique (diabète, hypertension, insuffisance rénale, infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) suivent au troisième rang (42,6%).

Sur l'ensemble de la population cible, 36 personnes (52,9%) ont gardé des contacts avec leur famille, 34 personnes (50%) ont une activité structurante et 30 personnes (44,1%) ont un suivi régulier psycho-éducatif au CSSS Jeanne-Mance ou au CSSS de leur quartier.

Vulnérabilités des personnes avec une DI dans le milieu de l'itinérance

En situation d'itinérance, la personne ayant une DI est confrontée à la dépendance des autres personnes afin de répondre à ses besoins de base. En rupture avec son réseau familial (ce dernier ayant démissionné ou n'étant plus en mesure de s'occuper de la personne), sans soutien formel ou informel, elle cherche à survivre dans un environnement inconnu et hostile. Pour ce faire, elle tente d'établir des alliances et de se créer un groupe d'appartenance, ce qui peut la rendre vulnérable à différentes formes d'exploitation par des personnes malveillantes. En effet, la personne ayant des limitations intellectuelles est particulièrement sujette à l'exploitation financière et aux abus physiques et sexuels, en raison de son manque de jugement, de ses difficultés à s'affirmer et de son manque d'autonomie.

À titre d'exemples, lorsque la personne ayant une DI se livre à des activités en lien avec la prostitution, elle va accepter d'offrir des services sexuels souvent sans moyen contraceptif, dans des lieux isolés et insalubres, se mettant ainsi en danger d'abus à la fois physiques et sexuels. De plus, elle risque davantage de contracter des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Si elle consomme de la drogue, elle court un danger plus élevé d'intoxication ou de surdose, étant incapable de juger de la quantité et de la qualité des produits offerts. En raison de sa difficulté à compter et à s'affirmer, elle va défrayer davantage d'argent pour payer ses substances. Les personnes itinérantes avec une DI

sont aussi plus susceptibles d'être sollicitées pour commettre des délits (vols, trafic de stupéfiants) et plus à risque de recevoir des contraventions en raison de leur mode de vie (dormir sur un banc public dans un parc à l'extérieur des heures d'ouverture, sollicitation sur la voie publique). Si elles sont judiciairisées, leur situation d'itinérance et leur déficience intellectuelle feront en sorte qu'elles oublieront de payer les contraventions ou de se présenter à leur rendez-vous de suivi avec l'agent de probation, causant de nouvelles infractions judiciaires (bris de probation, par exemple). Enfin, de façon générale, les personnes itinérantes, particulièrement celles avec une DI, se présentent rarement à leurs rendez-vous médicaux, ne prennent pas adéquatement leurs médicaments, ce qui affecte leur niveau de santé en général.

DES PISTES D'INTERVENTION

Un principe général

Toute intervention doit débiter par l'établissement d'un lien de confiance, dans une atmosphère d'ouverture, de respect et d'empathie. L'intervenant doit créer un climat chaleureux et accueillant envers la personne itinérante, un climat dépourvu de jugement, sans lui imposer sa manière d'être ou d'agir, ni décider pour elle. Il doit l'accompagner dans l'identification de ses besoins et l'aider à trouver ses propres moyens pour mieux y répondre.

Le suivi psycho-éducatif

Durant 30 minutes, à toutes les semaines ou aux deux semaines, l'intervenant aide la personne ayant une DI à clarifier ses besoins, afin de mieux décrire sa demande de service. Ensemble, ils doivent identifier le facteur précipitant qui a amené la personne dans cette situation instable, reconnaître ses problèmes actuels, ses forces et ses limites, rechercher des relations

significatives actuelles ou passées, et identifier les facteurs environnementaux qui pourraient aider ou nuire à son adaptation. De plus, afin d'avoir un portrait plus complet de la personne, il est avantageux que l'intervenant puisse connaître l'opinion d'autres intervenants qui sont en contact avec elle. Avec le consentement de la personne, une démarche en partenariat est essentielle afin de travailler dans le même sens que d'autres intervenants et partager avec eux certaines responsabilités envers la personne. Il peut s'avérer bénéfique de la rencontrer dans les environnements où elle évolue, afin d'évaluer son niveau d'autonomie, ses habiletés sociales, la qualité du soutien reçu des membres de son réseau ainsi que l'impact réel de ses problèmes dans la vie quotidienne.

Des techniques d'intervention prometteuses

De nombreuses techniques et approches ont fait leurs preuves (par ex. les approches systémique, multimodale, cognitivo-comportementale, l'autodétermination, la réduction des méfaits) afin de permettre à la personne ayant une DI d'aspirer à une situation de vie meilleure. Peu importe son passé, peu importe son présent, l'intervenant tente par ces approches et ces techniques de démontrer à la personne qu'elle a, en elle, le pouvoir d'améliorer sa situation de vie, en passant par la résolution des deuils antérieurs, la modification ou la création d'un réseau social, l'évitement de certains lieux néfastes, les rencontres avec des professionnels et la participation à une activité de jour. En agissant sur différents fronts, la personne ne sera que mieux engagée dans son plan d'intervention adapté.

Un plan d'intervention adapté

Le plan d'intervention permet la mise en place d'un projet de vie qui implique la personne dans son

actualisation. Un outil tel que le « Projet de vie » (Aubé Et Picard, 2008), permet à la personne de se projeter dans le futur, de se fixer des objectifs à atteindre ou des problèmes à réduire, voire éliminer, au cours des cinq prochaines années. En tenant compte de ses expériences antérieures pour évaluer ce qui a plus (ou moins) fonctionné, la personne a la possibilité de faire, cette fois, des choix plus judicieux. Ces objectifs peuvent être de différents ordres : logement, santé physique, santé mentale, dépendance (alcool, drogues, médicaments, jeu pathologique), prostitution, études, travail, etc. Le « Projet de vie » illustre les différentes étapes à franchir et les délais pour y parvenir, les obstacles à surmonter, les points d'appui. Il identifie également les ressources existantes et les intervenants qui accompagneront la personne pour l'atteinte de chaque objectif.

Les objectifs visés, en termes de moyens ou d'actions à entreprendre, peuvent être, suivant le domaine :

- **santé physique et mentale** : Reconnaître les symptômes d'un problème physique, avoir un suivi médical régulier, apprendre à prendre ses médicaments correctement, participer à un groupe de soutien ;
- **toxicomanie/jeu pathologique** : Faire une cure de désintoxication, participer à des rencontres de soutien, éviter de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, avoir de l'aide pour gérer son budget, participer à des activités structurées (loisir, bénévolat, retour aux études, travail) ;
- **prostitution** : Utiliser des moyens contraceptifs, mieux se protéger (infections, sécurité), avoir des clients réguliers ;
- **justice** : Faire les démarches pour avoir accès à un avocat de l'aide juridique, être accompagné à la cour par un adulte significatif, effectuer des travaux communautaires pour payer ses amendes.

CONCLUSION

L'intervention auprès des personnes présentant des limitations intellectuelles vivant en situation d'itinérance est complexe. Cette clientèle spécifique est l'une des plus vulnérables dans le milieu de l'itinérance (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009; Laberge, 2000; Picard et Mercier, 2011). Étant donné que nous considérons la personne comme le principal agent de changement de sa situation, les intervenants doivent travailler de concert avec elle et son réseau social afin de respecter son rythme de changement et les objectifs qu'elle se fixe. Plusieurs personnes ont stabilisé leur situation de vie en ayant un suivi médical et psychoéducatif régulier, en ayant accès à un logement subventionné avec un soutien communautaire et en participant à des activités structurées. Celles qui avaient un diagnostic de DI reçoivent

des services adaptés à leurs besoins d'un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED). Grâce à l'aide reçue, elles jouissent aujourd'hui d'une bonne qualité de vie. Cependant, plusieurs personnes n'ont pas eu accès à une évaluation intellectuelle avant 18 ans. Pour elles, la déficience est présumée. Le fait de ne pas avoir de diagnostic les empêche d'être éligibles à des services d'un CSSS dans un programme DI-TED adultes ou d'un CRDI-TED. L'absence de ces services peut les maintenir dans une situation de vie précaire. De façon générale, beaucoup de travail reste à faire pour inclure les personnes en situation de précarité résidentielle avec des limitations intellectuelles à l'offre de service des ressources en place, et leur donner une chance égale d'atteindre leurs objectifs (réalistes) et d'aspirer à une actualisation de leur projet de vie.

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009). *Plan d'action montréalais 2009-2012. Services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Aubé, S., & Picard, S. (2008). *Projet de vie*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Comité des sans-abri de la Ville de Montréal (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri*. Montréal : Ville de Montréal.
- Gouvernement du Québec (2009a). *Itinérance : agissons ensemble. Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction du secrétariat des commissions.
- Gouvernement du Québec (2009b). *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Laberge, D. (sous la dir. de) (2000). *L'errance urbaine*. Québec : Éditions MultiMondes.
- Mercier, C. & Picard, S. (2011). Intellectual disability and homelessness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 441-449.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Picard, S., & Mercier, C. (2011) Interventions auprès des personnes ayant des limitations intellectuelles vivant en situation d'itinérance. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22, 14-21.



ÉQUIPE DE RECHERCHE CÉLINE MERCIER, SYLVAIN PICARD
RÉDACTION ET COORDINATION SYLVAIN PICARD, DOMINIQUE FORTIN ET CÉLINE MERCIER, ÉQUIPE DE RECHERCHE « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT ET INTERSECTORIALITÉ »
CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE AGENCE MÉDIAPRESSE INC.
INFOS-RECHERCHE ET RESEARCH NEWS SONT PUBLIÉS PAR L'ÉQUIPE DE RECHERCHE « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT ET INTERSECTORIALITÉ ».
LE GENRE MASCULIN UTILISÉ DANS CE DOCUMENT DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES.
CE NUMÉRO D'INFOS-RECHERCHE ET LES PRÉCÉDENTS PEUVENT ÊTRE TÉLÉCHARGÉS GRATUITEMENT SUR LE SITE WEB :
WWW.INTERTEDDI.CA/PUBLICATIONS/INFOS-RECHERCHE