

**ANALYSE ORGANISATIONNELLE DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX AUX ITINÉRANTS DE LA VILLE DE QUÉBEC**

RAPPORT DE RECHERCHE

**Daniel Reinharz
Jean-Pierre Trépanier
Flore Nomegne Fondjié
Guillaume Burigusa**

**Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
et
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine
Université Laval**

Novembre 2006

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale :
[www.dspq.qc.ca/drsp/index.html].

Référence suggérée :

REINHARZ, Daniel *et al.* *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec. Rapport de recherche.* Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, et Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, octobre 2006, 60 p.

Vous pouvez vous procurer une copie du document auprès de :

Madame Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (QC) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776

Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 9,00 \$
plus TPS (0,54 \$) : 9,54 \$
payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale – DRSP

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2006
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
ISBN-13 : 978-2-89496-317-3
ISBN-10 : 2-89496-317-3

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier chaleureusement les membres du Comité de suivi de ce projet, soit M^{me} Nathalie Brisseau du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec, M^{me} Patricia Bujold de Service Canada, M^{me} Carole Lecours de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, M^{me} Céline Morrow de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Leur disponibilité et leur appui inconditionnel ont été des éléments déterminants dans la réalisation de cette étude. Nos remerciements vont également à l'ensemble des personnes sollicitées soit pour des entrevues, soit pour nous aider à réaliser ce qui fut un défi : dénombrer les itinérants. Ce projet n'aurait jamais pu être achevé sans leur généreuse contribution.

Ce projet a été financé par une subvention de recherche provenant des fonds de l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC) du gouvernement du Canada.

FAITS SAILLANTS

Ce travail a eu pour objectif d'apporter aux preneurs de décision de l'information sur la dynamique organisationnelle qui sous-tend l'offre de services médicaux et sociaux aux itinérants de la région de Québec, et ce, afin de les outiller pour mieux redéfinir l'offre de services. Il a abordé la problématique de l'organisation des services pour les itinérants à travers la conjonction de trois éléments fondamentaux : 1) l'importance de la problématique; 2) les connaissances sur comment faire face à cette problématique; 3) l'analyse de la dynamique en lien avec les interactions qui existent, dans un contexte donné, entre les ressources mises en place pour répondre à la problématique.

Pour ce faire, la consultation de l'ensemble des documents portant sur l'itinérance au Québec a été complétée par des entrevues en profondeur avec des acteurs clés de la région de Québec œuvrant dans le domaine. Par ailleurs, un dénombrement des utilisateurs des services mis en place pour les personnes itinérantes a permis de mieux estimer l'ampleur de la problématique et de mieux caractériser les besoins.

Les résultats obtenus suggèrent que la réorganisation des services pour les itinérants dans la région de Québec devrait considérer :

- le maintien de l'autonomie du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ), dans l'organisation des services sociaux pour les itinérants;
- la mise sur pied d'une unité médicale de première ligne supraterritoriale de type *outreach*, financée par les CSSS à partir de fonds protégés, qui assurerait diagnostic et traitement, et la coordination des services médicaux spécialisés le cas échéant;
- la création d'un programme de *case management* (gestion de cas) pour les itinérants multiproblématiques, qui implique de façon structurée les hôpitaux de Québec, et particulièrement leurs départements de psychiatrie, de même que le RAIQ, coordonné et mené par l'équipe *outreach* de première ligne;
- une table de concertation qui rassemble tous les acteurs fournisseurs de services concernés, dont les institutions du réseau formel de la santé. Cette table est l'élément majeur qui permet aux acteurs de se connaître, de s'apprécier, de former, dans un esprit différent de celui des relations formelles peu conformes au fonctionnement des organismes communautaires, des liens utiles à la référence d'itinérants;
- un soutien additionnel aux organismes communautaires qui offrent des services de prévention de l'itinérance à des groupes à risque.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Introduction

L'itinérance est un phénomène complexe, qui implique de nombreux secteurs tant institutionnels que communautaires. Dans la région de Québec, les services offerts à la population des sans-abri sont en grande partie financés grâce à un programme fédéral appelé Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC). L'éventualité d'un non-renouvellement de ce programme force les responsables à repenser l'organisation des services. C'est dans ce contexte d'incertitude que se situe ce travail, visant à fournir aux preneurs de décision des éléments susceptibles de soutenir les décisions qui doivent être prises.

Ce projet a abordé la problématique de l'organisation des services pour les itinérants à travers la conjonction de trois éléments fondamentaux : 1) l'importance de la problématique; 2) les connaissances sur comment faire face à cette problématique; 3) l'analyse de la dynamique en lien avec les interactions qui existent, dans un contexte donné, entre les ressources mises en place pour répondre à la problématique.

Méthodologie

- Une revue exhaustive de la littérature indexée et grise sur l'itinérance a permis de déterminer les interventions qui se sont avérées des réponses efficaces aux besoins des itinérants.
- Un dénombrement des sans-abri, réalisé avec la collaboration des ressources pour itinérants, avait pour but d'estimer les facteurs en lien avec une offre différenciée de services : âge, sexe, présence probable de troubles mentaux, alcoolisme et toxicomanie, pauvreté et isolement social, multiproblématiques. Cette opération a reposé sur une moyenne de la fréquentation des lieux pour itinérants (centres d'hébergement, soupes populaires, centres de jour) sur 6 jours, à savoir deux séries de 3 jours consécutifs, jugés comme étant trop froids pour que raisonnablement une personne puisse passer la journée et la nuit à l'extérieur (moins de -10 °C au maximum).
- Une analyse organisationnelle a été réalisée au moyen des documents disponibles et d'entrevues semi-dirigées avec des acteurs clefs des différents secteurs concernés par l'offre de services aux itinérants. Cette analyse reposait sur un cadre conceptuel basé sur deux approches fondamentales en analyse organisationnelle : la théorie des coalitions de Gamson et les archétypes de Hinings et Greenwood. La combinaison de ces deux approches théoriques a permis de décrire comment les acteurs concernés influent sur l'offre de services aux itinérants et, par conséquent, d'évaluer l'adaptabilité de cette offre au contexte propre à la région étudiée.

Résultats

Que peut-on dire de l'importance de la problématique dans la région de Québec? Tout d'abord, que le nombre d'itinérants nécessitant un logement au plus dur de l'hiver a été estimé à environ 250 personnes, mais que le nombre de personnes qui, en raison de leur pauvreté essentiellement, requièrent au même moment des services pour satisfaire leurs besoins quotidiens est de deux à trois fois supérieur. Par ailleurs, si les ressources disponibles semblent suffisantes pour répondre à ces besoins, il est reconnu qu'elles sont loin d'être abondantes. On remarque également l'existence d'un consensus sur le fait qu'il y a des besoins non comblés et qu'il existe une urgence d'agir, d'une part dans la prise en charge de patients à problématiques multiples, et d'autre part dans l'accessibilité aux services médicaux, tant en psychiatrie qu'en soins de première ligne. Finalement, le logement (accès, soutien, accompagnement) devrait être une des principales préoccupations de tous les acteurs concernés.

Selon la littérature consultée, il appert que c'est la première ligne qui devrait assumer la responsabilité de la prise en charge médicale des itinérants. De plus, des services intégrés de type *outreach*, implantés au sein de programmes spécifiques gérés par un gestionnaire de cas, devraient répondre aux besoins d'un sous-groupe de la population itinérante souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie. À ces services de base, il conviendrait d'ajouter des modalités permettant avant tout la prise en charge d'itinérants par des organismes communautaires dès qu'un problème médical a été résolu. Cette modalité n'exige pas forcément de coordination bien établie entre milieux institutionnel et communautaire, mais devrait comporter un accès pour tout itinérant en contact avec le système médical à un intervenant communautaire, et vice-versa, afin de permettre d'identifier ceux qui pourraient bénéficier de leurs services.

Quant à l'analyse organisationnelle, elle démontre l'existence de trois grandes coalitions dans le champ de la prévention, de la prise en charge et de la réinsertion sociale des itinérants de la ville de Québec : 1) l'Agence de la santé et des services sociaux; 2) le Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ); 3) le Réseau local de services (RLS) de la Vieille-Capitale, dont le territoire comprend, entre autres, les quartiers centraux de la ville de Québec, où la problématique de l'itinérance est majoritairement concentrée. L'analyse de ces coalitions et de leurs interactions permet de faire les constats suivants :

- l'itinérance devrait être vue comme une problématique qui dépasse le champ d'activité traditionnel du secteur de la santé et des services sociaux;
- deux secteurs (communautaire et institutionnel) se partagent, dans le champ d'activité traditionnel du secteur de la santé et des services sociaux, l'offre de services. Or, les activités présentement déployées par ces deux secteurs sont complémentaires et leurs champs de responsabilité se chevauchent peu;
- le besoin de concertation et de coordination entre les deux secteurs, pour la prise en charge d'itinérants, vise avant tout le sous-groupe de la population cible ayant des problèmes de santé mentale et/ou des problèmes multiples. Pour bon nombre d'itinérants, la manière actuelle de fonctionner, avec des collaborations minimales entre les deux secteurs, suffirait à leurs besoins;
- les manières de fonctionner pour dynamiser les relations entre membres de la coalition, dans ces deux secteurs, répondent à des fondements idéologiques différents, et ne requièrent pas d'être remises en question : un système de reddition de compte stricte dans le système institutionnel, et un système de rapport d'activité défini par l'organisme concerné, dans le cadre du milieu communautaire;
- dans les cas où des liens plus étroits doivent être bâtis entre milieux communautaire et institutionnel, il importe de respecter dans la mesure du possible les formes de collaboration qui caractérisent ces deux parties. Ainsi, il faut tenir compte du fait que les manières de rendre des comptes dans le milieu institutionnel ne sont pas celles qui prévalent dans le milieu communautaire;
- l'itinérance étant une problématique qui interpelle peu le milieu médical, le leadership de la réponse aux besoins des itinérants peut être assumé par le milieu communautaire, et en particulier le RAIQ, dont les activités sont jugées par tous comme répondant aux attentes;
- la continuité des services pour les itinérants aux besoins multiples est insatisfaisante, et la continuité entre milieux institutionnel et communautaire reste particulièrement problématique;
- l'accès aux services de première ligne, censé être le pivot de la réponse aux besoins médicaux, doit être défini et accepté par les acteurs de première ligne comme une préoccupation majeure qu'on ne peut se permettre de négliger;

- l'hébergement pour plusieurs sous-groupes, dont les femmes, les personnes immigrantes, les jeunes en fugue, les familles et les travailleuses du sexe, reste insatisfaisant;
- idéalement, les services devraient évoluer vers une capacité de répondre aux besoins d'un itinérant qui implique une vision plus globale, allant de la prévention à la réinsertion.

Conclusion

Les éléments les plus marquants qui découlent de la conjonction des trois éléments considérés dans ce travail (l'importance de la problématique; les connaissances sur comment faire face à cette problématique; l'analyse de la dynamique en lien avec les interactions qui existent, dans un contexte donné, entre les ressources mises en place pour répondre à la problématique) peuvent être résumés ainsi :

- les itinérants ont besoin d'intervenants de première ligne dédiés à les aider à cheminer dans le réseau institutionnel, en cas de besoins médicaux, et spécialement formés pour tenir compte de la spécificité de leur condition au regard de l'utilisation des services de santé;
- des programmes spécifiques aux cas de double problématique, en particulier ceux associant trouble de santé mentale et toxicomanie, devraient être mis sur pied, et rassembler autant les services médicaux que les services communautaires;
- les services offerts présentement aux itinérants par le milieu communautaire, de même que la dynamique de développement de ces services à travers les RAIQ, sont nécessaires et pertinents;
- la continuité des services, surtout entre les hôpitaux psychiatriques et les ressources communautaires, reste problématique;
- dans le champ des acteurs communautaires, il subsiste des besoins trop partiellement comblés, en particulier en ce qui a trait à l'hébergement pour les personnes à risque de devenir itinérantes et pour celles qui viennent de sortir de cette condition (au-delà du logement de transition).

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
Faits saillants.....	5
Sommaire exécutif.....	7
Liste des sigles et des acronymes.....	13
1. Introduction.....	15
2. Revue de la littérature.....	17
2.1 Définition de l'itinérance.....	17
2.2 Besoins des itinérants.....	17
2.3 La réponse aux besoins.....	19
2.4 Dynamiques entre les milieux communautaire et institutionnel.....	20
3. Contexte.....	21
3.1 L'ampleur du phénomène à Québec.....	21
3.2 Quelques événements marquants de l'offre de services aux itinérants à Québec.....	21
4. Méthodologie.....	23
4.1 Dénombrement des utilisateurs de services pour itinérants.....	23
4.2 Analyse organisationnelle.....	23
4.2.1 Cadre conceptuel.....	23
4.2.2 Collecte et analyse des données.....	25
5. Résultats.....	27
5.1 Le dénombrement.....	27
5.1.1 Dénombrement par catégorie de ressources.....	27
5.1.2 Dénombrement des clientèles des ressources d'hébergement.....	28
5.2 Les coalitions.....	29
5.2.1 Coalition de l'Agence.....	29
5.2.2 Coalition du RAIQ.....	30
5.2.3 Coalition du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).....	31
5.3 L'interaction structure organisationnelle - schèmes interprétatifs.....	32
5.3.1 Coalition de l'Agence.....	32
5.3.2 Coalition du RAIQ.....	35
5.3.3 Coalition du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).....	36
5.3.4 Convergence des schèmes interprétatifs des trois coalitions.....	37
6. Discussion.....	39
7. Conclusion.....	43
Bibliographie.....	45
Annexe A - Tableaux de résultats du dénombrement.....	47
Tableau 1 - Hébergement de type dépannage et hôtellerie.....	49
Tableau 2 - Hébergement en toxicomanie et dégrisement.....	50
Tableau 3 - Hébergement de réinsertion.....	50
Tableau 4 - Hébergement jeunesse.....	51
Tableau 5 - Soupes populaires.....	52
Tableau 6 - Centres de jour.....	53
Annexe B - Regroupement des clientèles des ressources d'hébergement.....	55
Tableau 7 - Hébergement de type dépannage et hôtellerie.....	57
Tableau 8 - Hébergement en toxicomanie et dégrisement.....	58
Tableau 9 - Hébergement de réinsertion.....	59
Tableau 10- Hébergement jeunesse.....	60

LISTES DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CA :	Conseil d'administration
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CRSSS :	Conseil régional de santé et de services sociaux (Ex-Régie régionale)
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique
INSA :	Initiative nationale pour les sans-abri
IPAC :	Initiative de partenariats en action communautaire
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladies transmises sexuellement
ONU :	Organisation des Nations Unies
PECH :	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
RAIIQ :	Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec
RLS :	Réseau local de services de santé et de services sociaux
YWCA :	Young Women's Christian Association

1. INTRODUCTION

L'itinérance urbaine est en croissance dans presque toutes les grandes villes du monde, non seulement dans les pays économiquement défavorisés, mais aussi dans les villes des pays les plus riches, dont le Canada (Layton, 2000). La ville de Québec n'échappe pas à cette tendance (Fournier, 2001).

L'année 1987, déclarée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) « L'Année internationale du logement des sans-abri », marque cependant un tournant pour la reconnaissance de l'itinérance comme une problématique sociale importante dans les pays les plus industrialisés. Dans la foulée de cette prise de conscience collective, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) faisait de l'offre de services spécifiques pour les itinérants l'un des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être :

« D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants. » (MSSS, 1992)

Toutefois, offrir des services aux itinérants représente un défi particulier pour le système de santé et de services sociaux, ne serait-ce qu'en raison de la grande diversité des besoins, auxquels le milieu institutionnel répond en partie seulement (Denoncourt *et al.*, 2000). Les itinérants font effectivement appel aux organismes publics, par exemple ceux du système de santé et des services sociaux institutionnels : services d'urgence physique et psychiatrique, services médicaux et psychosociaux de première ligne, services spécialisés de toxicomanie. Mais le milieu communautaire est un complément incontournable dans de nombreux secteurs clefs comme l'hébergement temporaire, les repas, l'accompagnement, le logement social, les loisirs, la défense des droits, l'insertion et la réinsertion.

Les itinérants doivent souvent se débrouiller seuls pour obtenir une variété de services, parfois compartimentés et non coordonnés, pouvant répondre à leurs besoins (McKeown et Plante, 2000; Morrissey *et al.*, 1997). Cette fragmentation des services et cette difficulté d'accès sont particulièrement problématiques pour les itinérants dont la gamme de problèmes personnels exige une intervention globale mettant à contribution des intervenants de différents milieux.

Avec l'Initiative nationale pour les sans-abri (INSA) du gouvernement canadien (1999), l'offre de services aux itinérants à Québec a pu cependant bénéficier d'une manne qui allait soutenir les efforts déployés pour mieux arrimer ces différents services. L'objectif principal de cette initiative était d'atténuer le problème de l'itinérance par la mise en place de nouveaux programmes ou par l'amélioration des programmes existants. L'INSA comportait plusieurs volets parmi lesquels l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC). De son budget, un peu plus de 14 M \$ ont été consacrés à l'amélioration des services aux personnes itinérantes de la région de Québec sur une période de six ans.

L'éventualité du non-renouvellement du programme IPAC, qui finance une grande partie des services offerts en prévention, en prise en charge et en réinsertion sociale, implique de se questionner sur l'offre de services actuels et sur ses perspectives d'avenir. C'est dans ce cadre que se situe le présent travail.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Définition de l'itinérance

L'itinérance est un phénomène complexe dont la définition peut être très diverse. Au Québec, celle qui fait consensus tire son origine du Comité des sans-abri de la ville de Montréal, qui réalisa un document sur le phénomène à l'occasion de l'Année internationale du logement des sans-abri. Cette définition a été reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en 1992, dans la Politique de la santé et du bien-être, de même que dans les documents gouvernementaux subséquents, avec de légères modifications.

« 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 physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable. » (MSSS, 2000)

Dans le document intitulé *Politique de la santé et du bien-être*, le Québec s'est aussi doté d'un cadre qui permet de mieux cibler les réponses à envisager pour affronter le phénomène de l'itinérance, grâce à la distinction entre trois grandes catégories de sans-abri, selon la durée de l'itinérance et le statut résidentiel : 1) itinérance situationnelle ou transitoire (personnes momentanément sans logement alors qu'elles sont généralement logées); 2) itinérance épisodique ou cyclique (personnes qui vont et viennent entre le logement et la rue); 3) itinérance chronique (personnes qui n'ont pas de logement stable depuis une longue période).

2.2 Besoins des itinérants

Comparativement à la population en général, les personnes itinérantes sont plus enclines à présenter des problèmes de santé (Bines, 1997). La gravité et la complexité des problèmes éprouvés, dues souvent à une association avec d'autres aspects biopsychosociaux comme les problèmes judiciaires, l'alcoolisme et la toxicomanie, de même que la difficulté d'accès aux services de santé, sont des thèmes fréquemment évoqués pour distinguer les itinérants de la population en général (Fournier, 1996).

Les itinérants présentent d'ailleurs des taux de mortalité plus élevés que ceux du reste de la population. Selon la recension des études américaines et européennes de Fournier et Mercier (1996), l'âge moyen des itinérants au moment de leur décès varie entre 41 et 47 ans. Quant à la morbidité, elle est également probablement plus élevée que dans la population en général. À Montréal, au cours d'une période de six mois, plus de la moitié (58 %) de la population itinérante a déclaré avoir eu des problèmes tels que blessures ou douleurs aux pieds (24 %), douleurs ou rougeurs aux jambes (14 %), fractures et entorses (14 %). Parmi les autres problèmes signalés, il faut mentionner les plaies ou abcès aux membres, les gastro-entérites, les pneumonies, les insolations et engelures, les maladies transmises sexuellement (MTS), les poux, la gale ou des démangeaisons marquées. Les auteurs suspectent que, pour la majorité de ces problèmes, la prévalence doit être supérieure chez les itinérants, mais les données ne permettent pas d'établir une comparaison avec la population en général (Fournier, 2001). Les maladies infectieuses sont également fréquentes chez la clientèle utilisatrice des ressources pour personnes

itinérantes¹. À la suite d'autodéclarations, on a établi une prévalence de l'ordre de 5 % pour l'hépatite B et de 9 % pour l'hépatite C, ce qui est environ 100 fois supérieur au pourcentage mesuré pour l'ensemble de la population (Fournier, 2001).

Selon les études, entre 28 et 37 % des itinérants ont présenté un problème de santé mentale au cours de leur vie, ce qui constitue une prévalence de 4 à 5 fois supérieure à celle du reste de la population (Fournier et Mercier, 1996). Pour les troubles graves comme la schizophrénie, la prévalence à vie et au cours des 12 derniers mois (11 % et 9,6 % respectivement) est nettement supérieure à celle enregistrée dans la population américaine générale (1,5 % et 1 %). Il en est de même pour la dépression majeure, qui affecte 33 % des sujets au cours de leur vie et 18 % au cours de la dernière année, comparativement à 6,4 % et 3,7 % pour le reste de la population. Le trouble bipolaire est aussi fréquent, avec une prévalence à vie de 9,7 % et de 5,7 % la dernière année. Par ailleurs, plus de la moitié (56 %) de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes déclare avoir pensé sérieusement au suicide au cours de sa vie comparativement à moins de 5 % de la population en général dans les régions de Montréal-Centre et de Québec. Plus du tiers (35 %) a déjà fait au moins une tentative au cours de sa vie alors que ce n'est le cas que de 0,7 % dans l'ensemble de la population. Fait à signaler, le cumul de différentes formes de troubles mentaux est très fréquent. De même, la prévalence des problèmes d'abus de substance chez les malades mentaux itinérants est élevée; ce phénomène est désigné sous le vocable de « double diagnostic » ou d'itinérance multiproblématique (Groleau, 1999).

Si plusieurs études montrent que les troubles mentaux étaient déjà présents chez la majorité des itinérants alors qu'ils avaient encore un domicile fixe (Fournier et Mercier, 1996), il appert que le mode de vie des personnes sans abri tend à exacerber ces symptômes (Fournier, 2001).

Notons également que l'enquête de Fournier a permis de déterminer plusieurs besoins, dont les suivants, signalés par les personnes elles-mêmes (Fournier, 2001) : un domicile permanent (90 %), une aide financière (86 %), un logement temporaire (78 %), une aide au travail (70 %), une formation professionnelle (56 %), de meilleurs soins médicaux (51 %), un traitement pour des problèmes émotionnels (46 %), une aide juridique (42 %), un traitement pour toxicomanie (38 %).

D'une façon générale, de nombreuses barrières rendent problématique pour les itinérants l'accès aux services de santé : difficultés de transport, problèmes de garde d'enfants pour les mères monoparentales ou horaires des cliniques souvent incompatibles avec les files d'attente des ressources pour itinérants. Par ailleurs, l'utilisation des services est souvent non optimale, les itinérants se présentant généralement directement aux urgences des hôpitaux du fait qu'ils attendent l'aggravation de leur problème de santé avant de consulter (Fournier, 1996).

Pour ce qui est de la consommation de services, au cours d'une période de deux semaines, environ 44 % de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes a consulté un professionnel de la santé, soit le double de la population en général dans les régions de Montréal-Centre et de Québec (22 %). Malgré une utilisation importante des services, 16 % de la population à l'étude dans la région de Québec déclare avoir eu, au cours d'une période de six mois, des problèmes de santé pour lesquels ils n'ont pas reçu les soins médicaux dont ils auraient eu besoin (Fournier, 2001). En raison de la gratuité des services au Québec, les raisons invoquées pour la sous-utilisation des services sont d'ordre personnel –

¹ L'étude portait sur l'ensemble des utilisateurs et non pas uniquement sur les personnes sans domicile fixe.

vouloir régler son problème seul, penser que le problème se réglerait de lui-même – plutôt que strictement financier. En effet, le coût élevé des services, le manque de temps, la méconnaissance des ressources, le refus de la part de l'institution et l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous sont des raisons peu évoquées par les itinérants pour expliquer leur sous-utilisation des services (Fournier, 2001).

2.3 La réponse aux besoins

Dans une optique de prévention secondaire et tertiaire, dans un souci d'efficacité et d'efficience, l'amélioration de l'organisation des services de santé pour les itinérants devrait passer par une meilleure accessibilité aux services de première ligne de même que par un suivi posthospitalisation. Ces démarches permettraient d'éviter l'aggravation des problèmes et les rechutes nécessitant une nouvelle hospitalisation (Fournier, 2001).

Selon le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2005), l'accès aux soins primaires est en effet un préalable à l'efficacité du traitement des problèmes de santé de la clientèle itinérante. Par conséquent, il faut accorder une attention particulière aux barrières à l'accès que constituent les brèches dans l'assurance santé, les différences culturelles entre le réseau et les itinérants, de même qu'aux entraves à la collaboration intersectorielle.

C'est sur cette toile de fond qu'ont été élaborés les divers modèles de prestation des services de santé aux itinérants (Fournier, 1996), qui se rejoignent toutefois par les éléments communs suivants : 1) une approche holistique qui tient compte de l'environnement personnel et social; 2) l'*outreach*, c'est-à-dire des services offerts directement dans le milieu de vie des itinérants; 3) la promotion chez le personnel d'attitudes qui visent une acceptation globale et un approvisionnement progressif de la clientèle; 4) une approche multidisciplinaire; 5) le *case management* (gestion de cas) et la coordination des services; 6) la continuité des soins grâce à la continuité dans la relation avec un intervenant.

Une revue systématique de la littérature a cependant montré qu'en fait un nombre restreint de ces interventions ont été formellement évaluées (Hwang *et al.*, 2005). C'est essentiellement pour les problématiques complexes, telles que les troubles de santé mentale avec toxicomanie, qu'il existe des données solides. Dans ces situations par exemple, ce sont les interventions de type gestion de cas, associées à d'autres services comme l'*outreach* et le soutien résidentiel, qui s'avèrent les plus efficaces. Chez les itinérants affectés de problèmes de santé mentale, une étude portant sur le logement avec soutien communautaire a montré que les individus logés affichaient, pour ce qui est de l'hospitalisation ou des visites en cliniques externes, un besoin d'utilisation des services de santé inférieur à celui des personnes sans abri.

Chez les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, une approche de type gestion de cas s'est avérée plus efficace que les traitements usuels en ce qui a trait à la diminution de la consommation d'alcool ou de drogue (Hwang *et al.*, 2005). Néanmoins, dans ce cas-ci, l'ajout d'un logement avec soutien communautaire n'augmente en rien l'efficacité. Par ailleurs, une évaluation des centres sécuritaires d'injection avec supervision médicale a montré que ce service a la capacité de réduire les taux de mortalité liés aux drogues, l'incidence des hépatites B et C, ainsi que les risques liés à l'injection. Ils permettent également d'augmenter les chances d'amorcer un traitement de la dépendance (WHO, 2005).

Dans l'ensemble, plusieurs études comparant des interventions novatrices comme la gestion de cas ou l'*outreach* aux soins usuels montrent des résultats favorables. En revanche, celles qui comparent deux approches novatrices entre elles ne montrent pas de différences cliniquement pertinentes.

Enfin, les études qui ont évalué des interventions s'adressant spécifiquement aux jeunes de la rue et aux femmes itinérantes n'ont pas donné de résultats concluants quant à leur efficacité. Par contre, une étude portant sur des itinérants adultes à l'urgence a montré que ceux qui avaient reçu la visite d'un bénévole durant leur séjour semblaient moins enclins à revenir à l'urgence dans une période de huit mois suivant l'intervention.

2.4 Dynamiques entre les milieux communautaire et institutionnel

Ce qui caractérise avant tout la réponse aux besoins des itinérants, c'est l'importance prise par le milieu communautaire dans l'offre de services. La dynamique au sein du mouvement communautaire est donc importante et doit être examinée parallèlement à son interface avec le milieu plus institutionnel, surtout celui qui offre des services médicaux.

Deux logiques d'action opposées marquent les actions du communautaire en regard de l'interface avec le milieu institutionnel : la logique autonomiste et la logique complémentariste (Fournier, D., 2001). Selon la logique autonomiste, les pratiques sont déterminées de l'intérieur du mouvement communautaire, et les formes de concertation ou de collaboration qui s'instaurent demeurent tributaires des choix de ses organismes. Selon la logique complémentariste, au contraire, les organismes communautaires répondent à l'appel lancé par le réseau public pour inscrire leurs pratiques dans la planification intégrée des services.

Les principaux facteurs qui semblent favoriser le pôle autonomiste sont : l'institutionnalisation de l'organisme, la stabilité de l'équipe et un financement de base récurrent. Avec de telles caractéristiques, les groupes communautaires se retrouveraient moins à la remorque des autres acteurs du milieu et leurs rapports seraient plus égalitaires que ceux mis en avant par la logique de la complémentarité.

Lorsqu'il y a recherche de reconnaissance exogène, il y a par contre tendance à plus de complémentarité. Selon cette logique, les organismes sont peu à peu happés par les exigences liées aux continuums de services mis en place pour la planification intégrée de services; leur marge de manœuvre s'en trouve ainsi réduite et les transactions sociales dans lesquelles ils s'engagent les conduisent à jouer en partie un rôle attribué par d'autres. Par ailleurs, les collaborations du type entente de services, places réservées ou accueil obligé de participants paraissent beaucoup plus présentes et structurantes dans les organismes relevant de la logique complémentariste qu'au sein de ceux qui se situent autour du pôle autonomiste. Il s'agit en fait souvent d'une question de survie, les administrateurs devant, pour accéder à des ressources financières, adapter leur mission originelle en fonction d'objectifs spécifiques associés aux programmes de financement.

Enfin, on note également, dans le cas de certains organismes, une tendance liée à la logique complémentariste qui s'articule autour d'une possibilité d'« intermédiation ». Il s'agit d'organismes qui, ayant développé un savoir et une expertise, négocient consciemment avec le réseau leur savoir-faire en échange d'un financement stable (Fournier, D., 2001).

3. CONTEXTE

3.1 L'ampleur du phénomène à Québec

En 1987, décrétée l'Année internationale du logement des sans-abri par les Nations Unies, les villes de Montréal et Québec ont entrepris une évaluation de l'ampleur du phénomène de l'itinérance. En ce qui concerne la ville de Québec, une estimation réalisée sur une seule journée en avril 1987, basée sur la perception des intervenants communautaires, faisait état de 212 personnes hébergées dans les refuges (Ville de Québec, 1987). La part des itinérants hébergés dans les refuges étant estimée équivalente à celle de ceux qui se trouvaient à l'extérieur, les auteurs du rapport avançaient le chiffre de 400 itinérants sur le territoire de la ville.

En 1992, un recensement d'une journée a été effectué par le Centre de coordination de la santé publique de la région de Québec pour le compte de la Table de concertation sur l'itinérance de Québec (Ferland, 1992). La prévalence instantanée est alors estimée entre 218 et 374 personnes. La valeur arrondie à 400 a été utilisée par le MSSS dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992). Les organismes communautaires du milieu de l'itinérance ont cependant jugé que cette valeur de 400 itinérants ne reflétait pas l'ampleur réelle de la problématique.

À l'occasion d'un dénombrement de la clientèle des refuges, soupes populaires et centres de jour réalisé en 1996-1997 à Montréal et à Québec (Fournier, 1998), on a donc préféré adopter une méthodologie de recensement étalé sur une période de un an. À Québec, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996, on a recensé 3589 personnes différentes, dont 2118 ayant fréquenté le réseau d'hébergement.

Des indices laissent par ailleurs suspecter une certaine progression du phénomène de l'itinérance à Québec depuis quelques années. Ainsi, d'après le RAIQ, le taux moyen d'occupation des refuges a varié entre 90 et 100 % depuis l'été 2001 (RAIQ, 2003) alors qu'il n'était que de 50 % en 1997 (Fournier, 1998). Cette hausse a été observée malgré l'arrivée de nouvelles ressources d'hébergement. Fait à noter, la géographie de l'itinérance a elle aussi évolué, le phénomène n'étant plus strictement circonscrit aux quartiers centraux de Montréal ou de Québec (RAPSIM, 2003).

3.2 Quelques évènements marquants de l'offre de services aux itinérants à Québec

Le début des années 1990 voit la création de la Table de concertation sur l'itinérance de Québec. Cette table regroupait 21 organismes (publics et communautaires) fournisseurs de services aux itinérants dans la région de Québec, allant de la prévention de l'itinérance à l'amélioration de la situation de vie des itinérants. Y étaient représentés des organismes communautaires, les établissements gouvernementaux à savoir l'ex-Régie régionale, les groupes d'appui (CRSSS et la Ville de Québec) et les groupes associés, comme les autochtones (Table de concertation sur l'itinérance de Québec, 1994).

À l'automne 1999, ayant pris conscience de l'accroissement de la problématique de l'itinérance en raison du virage ambulatoire et du peu d'actions entreprises dans le système institutionnel pour répondre au nombre toujours croissant de la clientèle itinérante, les organismes communautaires procèdent à la création du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIQ), réunissant la quasi-totalité de leurs ressources œuvrant dans le domaine de l'itinérance à Québec. Les membres de la Table de

concertation ont alors convenu avec l'Agence de donner au RAIQ le mandat de convoquer et d'animer les activités de concertation en matière d'itinérance.

En février 2000, les membres du RAIQ, en présence des représentants des gouvernements fédéral et provincial, ont pris connaissance des montants offerts et des conditions stipulées par le programme IPAC, le tout étant inscrit dans un protocole d'entente entre les deux paliers de gouvernement. Le but du protocole était de fixer les modalités de collaboration entre les deux parties en ce qui concerne la mise en œuvre de l'IPAC au Québec. Sont également précisés dans le protocole, les objectifs de l'IPAC et ceux du gouvernement du Québec en matière d'itinérance, les mécanismes de gestion et de coordination de l'IPAC ainsi que les dispositions sur le financement des projets de l'IPAC (Entente, 2000). Par ailleurs, l'Entente dresse la liste des types d'organismes admissibles à l'IPAC et définit le rôle et les responsabilités des instances appelées à participer au processus de sélection des projets locaux.

La mise en œuvre de l'IPAC a eu des conséquences majeures sur la composition de la Table de concertation en itinérance. En 1998, 13 organismes communautaires siégeaient à la Table de concertation, dont 11 groupes du secteur adultes et 2 groupes du secteur jeunesse (Demers *et al.*, 2004). En contrepartie, le milieu institutionnel était représenté par 14 organisations faisant majoritairement partie du réseau de la santé (CLSC Haute-Ville, Basse-Ville et Limoilou; CH Robert-Giffard, Saint-François-d'Assise; Hôtel-Dieu de Québec; Régie régionale; DRSP), mais aussi des organismes municipaux (Ville de Québec, police municipale, office municipal d'habitation) et des organisations provinciales (centre local d'emploi, ministère de la Sécurité publique, Société d'habitation). À la suite de l'implantation de l'IPAC, le nombre d'organismes communautaires invités à la Table est passé à 31, parmi lesquels 17 proviennent du secteur adulte et 14 du secteur jeunesse (Demers *et al.*, 2004). En revanche, le milieu institutionnel n'est plus représenté que par l'Agence, la DRSP, le CSSS et la Ville de Québec. En somme, l'IPAC a eu deux conséquences principales sur la composition de la Table de concertation : 1) une perte de la parité entre les organismes communautaires et les représentants du milieu institutionnel; 2) une perte de son intersectorialité.

4. MÉTHODOLOGIE

Deux grandes composantes ont fait l'objet de cette étude : l'estimation du nombre d'itinérants dans la région de Québec (dénombrement) et l'analyse de la dynamique de l'offre de services à cette population (analyse organisationnelle).

4.1 Dénombrement des utilisateurs de services pour itinérants

L'estimation du nombre d'itinérants est un exercice difficile, puisque cette population est, par définition, non confinée. C'est pourquoi il a été décidé d'effectuer un dénombrement à un moment particulièrement froid – un maximum de -10°C le jour –, où la probabilité qu'une personne puisse passer une journée dehors était extrêmement faible, et de ne considérer que la fréquentation des lieux où les itinérants pouvaient prendre refuge.

Ce dénombrement a porté sur les présences dans les ressources d'hébergement, sur le nombre de repas servis dans les soupes populaires (sans égard au statut résidentiel, et ce, pour les trois repas de la journée pris individuellement) et sur la présence dans les centres de jour (sur une période de 24 heures, entre 8 h le matin du jour choisi et 8 h le lendemain matin). Une moyenne de six journées a été considérée pour réduire le risque d'erreur d'échantillonnage.

Dans le cadre d'une campagne d'information précédant la tenue du dénombrement, on a nommé, dans chacune des ressources susceptibles de recevoir un itinérant, un « répondant » du recensement, soit une personne responsable de la collecte de données. Ce répondant avait pour tâche de fournir les renseignements sur la fréquentation dans son organisation.

Dans le cas des refuges, les personnes hébergées ont aussi été catégorisées par le répondant selon le groupe d'âge, le sexe, certains problèmes liés à l'itinérance (santé mentale, alcoolisme et toxicomanie, multiproblématique, pauvreté, isolement et exclusion sociale), ainsi que selon le type d'itinérance. Les groupes d'âge retenus étaient : les adolescents (moins de 18 ans), les jeunes adultes (18-29 ans), les adultes d'âge mûr (30-64 ans), les personnes âgées (65 ans et plus). Quant au type d'itinérance, deux catégories ont été distinguées : la clientèle courante et la clientèle occasionnelle. A été considéré comme occasionnel un itinérant qui n'avait pas été comptabilisé comme utilisateur de la ressource l'année précédente, selon la perception de l'intervenant. Enfin, le rapprochement suivant a été fait entre ces deux catégories et la typologie retenue au regard de la dynamique de l'itinérance : les itinérants considérés par les intervenants comme occasionnels ont été qualifiés de transitionnels, tandis que les itinérants perçus comme faisant partie de la clientèle courante ont été classés comme chroniques ou épisodiques.

4.2 Analyse organisationnelle

4.2.1 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de l'étude repose sur la conjonction de deux approches en analyse organisationnelle : les coalitions de Gamson et les archétypes de Hinings et Greenwood.

La théorie de Gamson (1961) a été utilisée pour caractériser les forces en présence, soit les coalitions qui occupent le domaine de l'offre de services aux itinérants dans la région étudiée. Par « coalitions » on entend des alliances, généralement menées par un leader individuel ou collectif, entre individus et/ou groupes qui ont des fins différentes, mais dont les

préoccupations portent sur des moyens à mettre en place pour atteindre un objectif partagé (Kelley, 1968; Koozes et Pozner; 1987; Nadler et Tushman, 1990). Trois grandes dimensions sont rattachées au concept des coalitions : les transactions, les liens et le contrôle (Gamson, 1961).

- Les *transactions* englobent d'une part les atouts, c'est-à-dire la contribution que chacun des acteurs peut apporter à la coalition et, d'autre part, les bénéfices qu'ils recherchent en se joignant à la coalition.
- Les *liens* (ou préférences non utilitaires) désignent les relations, professionnelles ou amicales, susceptibles d'exister entre les acteurs et qui les amènent à se trouver des affinités les conduisant à agir de concert.
- Le *contrôle*, quant à lui, consiste en la capacité d'un acteur à imposer à la coalition une décision conforme à son propre choix.

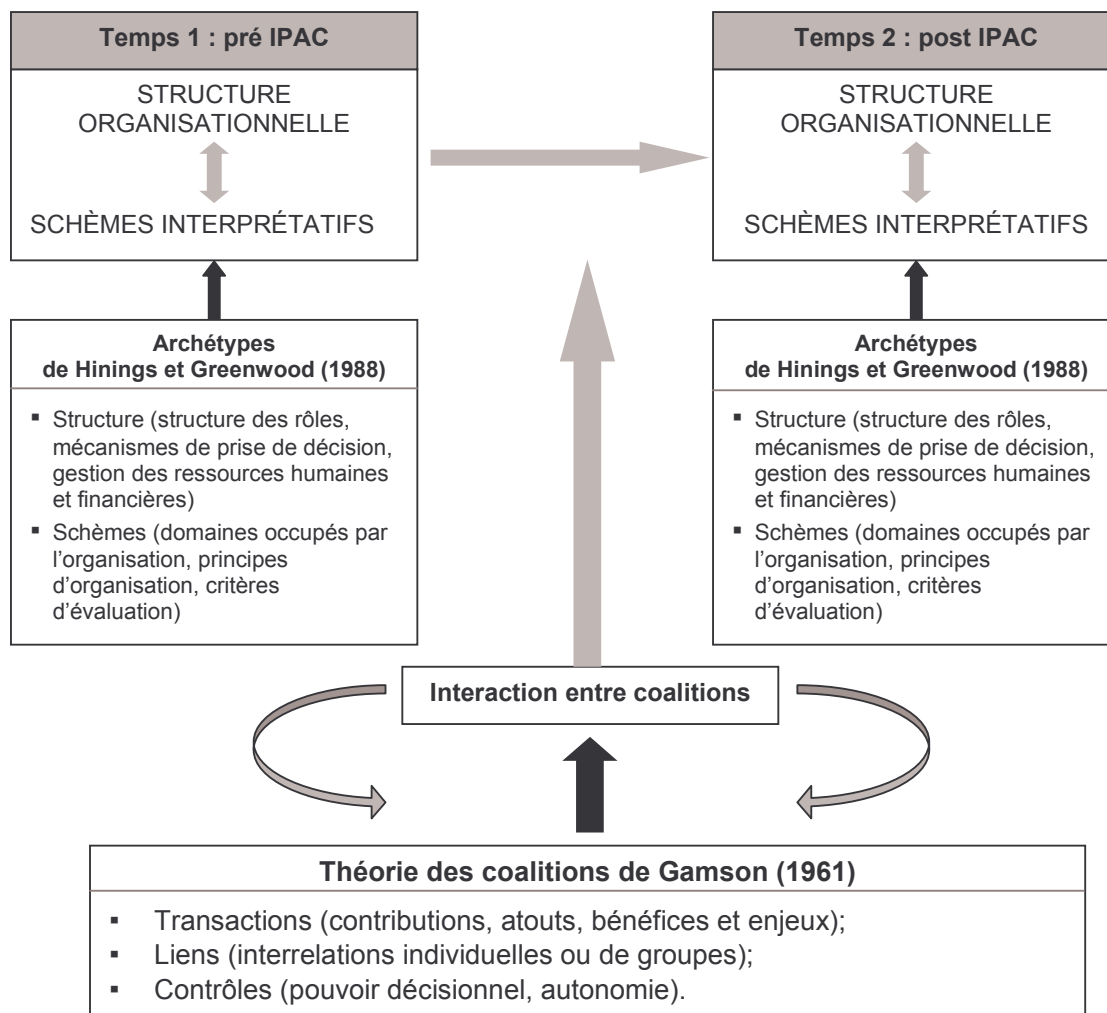
Les archétypes de Hinings et Greenwood (1988) conçoivent les regroupements d'acteurs, en l'occurrence les coalitions, comme la résultante d'une dialectique toujours en mouvement, entre deux dimensions fondamentales : les schèmes interprétatifs et la structure organisationnelle.

- Les *schèmes interprétatifs* correspondent aux valeurs, croyances, idéologies dominantes chez les individus et groupes d'individus œuvrant au sein de la coalition et s'expriment à travers des sous-dimensions telles que la perception de ce que devrait être le domaine d'activité de la coalition, les principes sous-jacents souhaités pour la coalition, les procédures et critères d'évaluation les plus pertinents.
- La *structure organisationnelle* décrit les relations existantes entre les acteurs ou groupes d'acteurs impliqués dans la coalition autant sur le plan formel que sur le plan informel (rôles, responsabilités des acteurs, mécanismes de décision aux plans interne et externe de la coalition, gestion des ressources humaines).

L'utilisation des archétypes permet d'analyser dans quelle mesure les structures formelles sont susceptibles de se modifier compte tenu de l'évolution des schèmes interprétatifs, cette transformation dépendant elle-même à la fois de l'influence des structures et des interactions entre acteurs, exercées tant à l'intérieur qu'entre l'ensemble des coalitions qui composent l'offre de services aux itinérants.

La combinaison de ces deux approches théoriques permet de décrire comment les acteurs concernés influent sur l'offre de services aux itinérants, et donc d'évaluer l'adaptabilité de cette offre en fonction du contexte propre à la région étudiée.

Figure 1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE



4.2.2 Collecte et analyse des données

C'est un devis de recherche qualitatif qui a été privilégié pour cette étude. L'échantillon de répondants, de type non probabiliste, a été constitué selon la technique dite de « boule de neige ». Dans un premier temps, un inventaire des organisations des milieux communautaire et institutionnel dans le secteur de la prévention, de la prise en charge et de la réinsertion des itinérants à Québec a été réalisé avec l'aide de l'Agence de la santé et des services sociaux. La sélection des organisations à interviewer, négociée par la suite avec l'Agence et le RAIQ, devait refléter la diversité des points de vue existant au sein des ressources pour itinérants dans la région. Il était prévu de demander aux personnes interviewées de désigner des acteurs additionnels susceptibles d'apporter des données intéressantes, et de poursuivre la constitution de l'échantillon jusqu'à saturation de l'information. Cependant, cet ajout s'est avéré inutile, la saturation étant atteinte avec la première liste constituée. Par ailleurs, toute la documentation en lien avec la problématique de l'itinérance dans la ville de Québec et au Québec a été compulsée.

Une fois le choix des organisations établi, des entrevues ont été effectuées de mars à mai 2005 avec des représentants des différents organismes, sélectionnés sur la base de leur connaissance approfondie de cette problématique de la réponse aux besoins des itinérants. Au total, 31 entrevues ont été menées, soit 17 auprès des organismes communautaires membres du RAIQ, 4 auprès d'organismes communautaires non membres et 10 auprès de représentants des organisations du réseau de la santé. Selon la vocation de l'organisation, les personnes interviewées étaient des planificateurs, des administrateurs ou des intervenants.

Un plan d'entrevue semi-dirigée a servi à documenter les différentes dimensions du cadre conceptuel. Ces dimensions ont été réparties dans quatre grands thèmes de discussion : 1) la vision de l'offre des services requis pour la prévention et la prise en charge de l'itinérance dans la région de Québec; 2) l'évolution des structures du réseau de lutte contre l'itinérance et son impact sur une meilleure réponse aux besoins; 3) le leadership et le ralliement d'acteurs autour du leadership, et leur impact sur l'évolution de l'offre de services aux itinérants ou personnes à risque de le devenir; 4) les conséquences de la création du RAIQ, de l'avènement de l'IPAC et de la modalité actuelle d'offre de services dans la région sur la problématique de l'itinérance.

L'analyse des documents et entrevues a permis de faire ressortir les dimensions du cadre conceptuel retenu. Une première étape a consisté à établir quelles étaient les coalitions existantes dans le milieu de l'itinérance à Québec et à déterminer leurs caractéristiques. Par la suite, chaque coalition a été étudiée selon les paramètres des archétypes de Hinings et Greenwood. L'analyse a débuté par un examen de la cohérence entre la structure dans laquelle les coalitions évoluent et leurs schèmes interprétatifs à deux moments clefs, soit avant et après l'implantation du programme IPAC. Elle s'est ensuite intéressée à la convergence entre les schèmes interprétatifs des différentes coalitions de façon à mettre en évidence les facteurs influant sur la dynamique d'interactions entre les coalitions, qui peuvent avoir un impact sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une gamme de services intégrés pour la population itinérante de la ville de Québec.

Afin d'assurer la validité des résultats, la codification a été réalisée par deux personnes et retravaillée jusqu'à ce qu'il y ait un accord complet entre les deux. Le processus a reposé essentiellement sur la triangulation des résultats. Finalement, une première version du rapport a été envoyée à chacune des personnes interrogées afin qu'elle puisse porter un jugement sur l'interprétation des propos qu'elle estimait avoir émis. Ces commentaires sont intégrés dans la version finale du rapport.

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique de l'Université Laval. Chaque participant a signé un formulaire de consentement dans lequel ses droits au regard de la recherche étaient formellement explicités. Le contenu des entrevues a été traité selon les règles de confidentialité et les résultats présentés dans le rapport ont été dénominalisés. Enfin, dans le respect des exigences du Comité d'éthique de l'Université Laval, les cassettes des entrevues, de même que les formulaires de consentement ont été conservés dans un classeur sous clef.

5. RÉSULTATS

5.1 Le dénombrement

Les 21 organismes communautaires reconnus comme offrant des services aux itinérants ont tous répondu au questionnaire sur le dénombrement et les résultats ont pu être classés selon les catégories suivantes : ressources en hébergement, soupes populaires et centres de jour.

5.1.1 Dénombrement par catégorie de ressources (Annexe A)

Les ressources en hébergement

Cette catégorie comprend les ressources de type dépannage et hôtellerie, l'hébergement en toxicomanie et dégrisement, l'hébergement de réinsertion, et, enfin, l'hébergement jeunesse.

Pour les ressources d'hébergement de type **dépannage et hôtellerie**, le taux d'occupation variait entre 73 et 100 % avec une moyenne de 86 %.

Dans les ressources d'hébergement en **toxicomanie et dégrisement**, la moyenne d'hébergements par jour a été de 18. Une des deux ressources avait un taux d'occupation de 40 %, et l'autre, de 233 %. Ce taux d'occupation supérieur à 100 % s'explique par le fait que cette ressource réserve seulement 6 lits, financés par l'IPAC, à la clientèle itinérante. Cependant, au cours de la période de dénombrement, on y a eu recours à des lits supplémentaires, puisque l'occupation moyenne quotidienne a été de 14 personnes.

Quant aux ressources d'hébergement de **réinsertion**, elles sont au nombre de six. Cent trente-trois personnes y étaient hébergées quotidiennement et leur taux d'occupation varie de 86 à 100 %. Dans deux de ces ressources, le nombre de personnes hébergées dépasse la capacité d'accueil. Au centre Mères et Monde, la capacité d'accueil est de 23 logements. Tous ces lits furent occupés par des femmes adultes durant les six jours du dénombrement; cependant, les 21 enfants qui accompagnaient ces dernières furent comptabilisés dans le total. Au Centre communautaire Jacques-Cartier, la capacité d'accueil est de 27 logements. Cependant, 3 enfants accompagnant leur mère ainsi que 3 adultes supplémentaires ont été comptabilisés dans le total des personnes hébergées. À La Grande Marelle, où on a relevé quotidiennement 3 enfants et 1 adolescente, l'occupation moyenne ainsi que les taux moyens d'occupation ont été calculés en fonction du nombre de logements occupés et non en fonction des personnes présentes.

En ce qui concerne les ressources en hébergement **jeunesse**, on note une moyenne de 25 hébergements quotidiens. Le taux d'occupation variait de 13 à 100 %. Cependant, le centre ayant présenté un taux d'occupation de 13 % a hébergé des personnes seulement deux jours sur six. Ce très faible taux d'occupation réduit le taux moyen d'occupation des ressources de la catégorie.

Les soupes populaires

Au total, 3944 repas ont été servis dans les soupes populaires, soit 178 déjeuners, 1890 dîners et 1876 soupers. Sur les sept ressources considérées dans cette catégorie, quatre ont fourni des résultats agrégés (en l'occurrence le total des déjeuners, des dîners ou des soupers servis pour trois ressources, et la moyenne quotidienne des dîners pour l'autre). Les résultats pour les autres ressources sont donc présentés de la même façon à l'Annexe A. En moyenne, 1080 repas ont été servis quotidiennement, soit 129 déjeuners, 621 dîners et 330 soupers.

Les centres de jour

Au total, en moyenne, 171 personnes ont fréquenté quotidiennement les centres de jour (Annexe A). Trois des six ressources de cette catégorie étaient fermées la moitié des journées du dénombrement. On remarque une différence très marquée dans la fréquentation des ressources, puisque la moyenne varie de 4 à 49 personnes par jour de dénombrement.

5.1.2 Dénombrement des clientèles des ressources d'hébergement (Annexe B)

Dans les ressources d'hébergement de type **dépannage et hôtellerie**, la vaste majorité (74 %) des itinérants qui étaient hébergés au moment de l'enquête étaient des adultes d'âge mûr, alors que les jeunes adultes représentaient 21 % de la clientèle. Dans l'ensemble, on note très peu de personnes âgées dans les ressources d'hébergement destinées à la clientèle itinérante, sans égard au type de ressource. Plus des deux tiers (68 %) de la clientèle étaient composés d'hommes, tandis que les femmes comptaient pour près du tiers (32 %).

En ce qui concerne le type de clientèle des ressources d'hébergement de type dépannage et hôtellerie, il s'est avéré que près des deux tiers (63 %) des personnes hébergées quotidiennement étaient considérées comme faisant partie de la clientèle occasionnelle alors que les autres (37 %) étaient considérées comme des clients courants. Enfin, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) est le seul refuge qui a fourni l'information au sujet des refus d'admission (de 0 à 2 par nuit); les raisons du refus ne sont pas connues mais elles pourraient être liées à la capacité d'accueil limitée.

Dans les deux ressources d'hébergement en **toxicomanie et dégrisement**, les jeunes adultes (44 %) et les adultes d'âge mûr (56 %) sont presque à égalité. Toutes les personnes hébergées pour une thérapie en toxicomanie étaient des hommes. En ce qui concerne le dégrisement, cette information était manquante.

Dans les ressources en hébergement de **réinsertion**, les jeunes adultes représentent plus de la moitié (52 %) des personnes hébergées. Les enfants qui accompagnent leurs parents dans ces milieux d'hébergement arrivent au deuxième rang (38 %) parmi les groupes d'âge. Enfin, les adultes d'âge mûr comptent pour près du cinquième (18 %) des personnes hébergées dans ce type de ressource. Au plan de la répartition selon le sexe (enfants exclus), les femmes (61 %) sont plus nombreuses que les hommes (39 %).

En revanche, dans les ressources d'hébergement **jeunesse**, les adolescents comptent pour la totalité de la clientèle. Les hommes (59 %) sont plus nombreux que les femmes (41 %), ce qui reflète le nombre de places disponibles dans ce réseau, la mixité n'y existant pas, à l'exception du squat Basse-Ville.

Dans l'ensemble, les types de ressources se distinguent au chapitre des **problématiques dominantes**.

Dans les ressources de type dépannage et hôtellerie pour adultes, plus des deux tiers (68 %) des itinérants avaient des problèmes de pauvreté. On note des difficultés en lien avec l'alcoolisme et la toxicomanie chez près de la moitié (46 %) des personnes hébergées, tandis que deux aspects touchaient près du quart de la clientèle, à savoir l'isolement et l'exclusion sociale (24 %), d'une part, et la multiproblématique (22 %), d'autre part. Les problèmes liés uniquement à la santé mentale étaient moins fréquents (13 %) au sein de la clientèle hébergée.

Dans les ressources d'hébergement en toxicomanie et dégrisement, on remarque que toutes les personnes hébergées vivaient dans la pauvreté. La totalité est également aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, ce qui est normal étant donné la mission de ces organismes. Par ailleurs, plus des trois quarts (78 %) des personnes hébergées éprouvaient des problèmes d'isolement et d'exclusion sociale. Près du quart (22 %) présentait des problèmes de santé mentale alors que la clientèle multiproblématique (11 %) y était moins représentée.

Les personnes hébergées dans les centres de réinsertion vivent en grande majorité dans une situation de pauvreté (95 %) ainsi que d'isolement et d'exclusion sociale (79 %). Plus de la moitié des adultes hébergés vivent des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (60 %) ou de santé mentale (58 %), ou encore font partie de la clientèle multiproblématique (58 %). Ces données doivent cependant être interprétées avec précaution, puisque deux ressources, le Centre Jacques-Cartier et Mères et Monde, représentant la majorité (56 %) des adultes hébergés dans ce type de ressources, n'ont pas fourni de données chiffrées à cet égard.

Dans les ressources d'hébergement jeunesse, une faible proportion (19 %) de jeunes hébergés étaient considérés comme pauvres. Par contre, la clientèle multiproblématique (57 %), l'alcoolisme et la toxicomanie (44 %), l'isolement et l'exclusion sociale (37 %) ainsi que les problèmes de santé mentale (35 %) y représentent des enjeux importants.

5.2 Les coalitions

Trois grandes coalitions émergent dans le champ de la prévention, de la prise en charge et de la réinsertion sociale des itinérants de la ville de Québec : celle de l'Agence, celle du RAIQ et celle du RLS.

5.2.1 Coalition de l'Agence

Le noyau dur de cette première coalition est constitué de l'Agence elle-même, par l'entremise de la Direction régionale de coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale. Autour de cette dernière gravitent la Direction régionale de santé publique (DRSP), le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, la Ville de Québec, Service Canada et le RAIQ. Un deuxième niveau de collaboration comprend les organismes communautaires non membres du RAIQ, qui agissent de manière autonome à titre de partenaires du réseau de l'itinérance. En définitive, cette coalition vise une concertation de l'ensemble des partenaires communautaires et institutionnels en ce qui a trait à l'allocation des ressources publiques dans le réseau de l'itinérance.

Sous l'égide de l'Agence, un effort est fait au sein de la coalition pour assurer l'élaboration d'une vision commune pour la région, dans laquelle sont bien campés les rôles de chacun des partenaires. En tant que pourvoyeurs de services divers qui couvrent la palette des besoins des itinérants ou des personnes à risque de le devenir, ces différents acteurs ont défini leur fonction. La DRSP, particulièrement son équipe « Pauvreté, développement social et des communautés », vise à soutenir l'Agence par ses stratégies de diminution des inégalités en santé; les CSSS et les organismes communautaires tentent d'apporter dans le champ de l'itinérance une expertise acquise dans leur domaine de compétence propre; quant à Service Canada, il participe en tant que représentant du gouvernement fédéral, lui-même bailleur de fonds dans le cadre du programme IPAC.

Tout en cherchant à assurer une allocation imputable des fonds fédéraux et provinciaux de lutte à l'itinérance, les gestionnaires de l'Agence tentent de trouver, par l'entremise de la coalition, des partenaires qui leur permettront d'assurer une certaine continuité des services tout en minimisant les duplications. La DRSP cherche à assurer sa légitimité comme organisation de soutien et comme véhicule de pratiques auprès des décideurs et de la communauté. Le CSSS veut être reconnu comme une porte d'entrée aux services du réseau pour la clientèle itinérante, par l'intermédiaire de son équipe itinérance *outreach*. La Ville de Québec cherche à maintenir sa présence parmi les acteurs en raison de sa responsabilité d'améliorer la qualité de vie des quartiers. Service Canada vise, quant à lui, à assurer la légitimité et la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine psychosocial de l'itinérance. La présence des organismes partenaires est justifiée par leur désir de bénéficier des fonds gouvernementaux disponibles pour la lutte à l'itinérance.

Les interactions entre les partenaires de la coalition reposent en grande partie sur un historique de collaborations, établies dans le cadre de plusieurs projets qui ont émergé autour de la Table de concertation. Le financement, sur la base des exigences gouvernementales, est un autre facteur essentiel de cohésion de la coalition.

L'importance de l'Agence est reconnue par l'ensemble des partenaires, du fait qu'elle canalise une grande partie des fonds pour l'itinérance. Cependant, comme la problématique de l'itinérance ne constitue pas un programme en soi, le leadership n'en a jamais été réellement porté par le réseau de la santé et des services sociaux, même avant l'arrivée du programme IPAC. C'est plutôt le milieu communautaire qui, par l'entremise du RAIQ, est resté maître d'œuvre de la prestation de services pour cette clientèle et a assumé l'essentiel de la fonction de concertation. Quant à la Ville de Québec, si elle a joué un rôle important au moment de la création de la table, elle tient actuellement une place beaucoup plus effacée.

5.2.2 Coalition du RAIQ

On peut considérer que la coalition du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIQ) est formée de trois niveaux. Au centre, on compte un noyau dur composé de la direction du Regroupement et des organismes représentés au conseil d'administration. Un deuxième niveau comprend tous les autres organismes membres du Regroupement tandis qu'un troisième comprend d'autres organisations présentes à la Table de concertation sur l'itinérance de la région de la Capitale nationale mais non membres du RAIQ, de même que quelques rares organismes non présents à la Table de concertation mais qui agissent de manière autonome à titre de partenaires du réseau de l'itinérance. L'instance décisionnelle ultime de la coalition est l'assemblée générale des membres où chaque organisme communautaire membre détient une voix.

La direction du RAIQ assume un rôle de concertation et, parfois, de coordination des organismes membres alors que le CA, composé de sept personnes appartenant à des organismes différents, prend les décisions concernant les orientations du Regroupement. Tout organisme communautaire offrant des services aux itinérants peut devenir membre du RAIQ. La gamme de services psychosociaux représentée est de ce fait fort étendue pour une clientèle composée majoritairement de personnes itinérantes, mais aussi de personnes à risque de le devenir ou vivant des problèmes connexes. Cette gamme va de la prévention à la réinsertion sociale en passant par la prise en charge, et se veut une réponse à une perception selon laquelle le milieu institutionnel montre un intérêt quelque peu mitigé pour la clientèle itinérante. Elle explique aussi pourquoi les organismes communautaires sont souvent la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux pour les itinérants.

Le premier bénéfice escompté de l'appartenance à la coalition du RAIQ est la réelle capacité de négociation pour l'obtention de fonds publics et privés favorisée par l'existence d'un leadership dans la région qui émerge du milieu communautaire. Cet aspect est vu comme nécessaire pour assurer un continuum de services qui répondent mieux aux besoins de leurs clientèles et dont l'accessibilité et la qualité sont améliorées. À cet avantage plus politique s'ajoute une recherche d'une plateforme de rencontre permettant de mieux interfacer les organismes entre eux, mais aussi les services sociaux avec les services médicaux. La reconnaissance du RAIQ dans le paysage des services offerts aux itinérants donne en effet à ses membres un levier pour mieux se faire entendre par le milieu institutionnel, surtout médical, qui traditionnellement s'est peu impliqué dans la réponse aux besoins des itinérants. En tant que force rassembleuse, le RAIQ incite les partenaires à participer aux dialogues nécessaires, dans le cadre des tables de concertation ou d'autres rencontres.

La coordination des services offerts par les membres de cette coalition n'exige aucune entente formelle. Les liens reposent plutôt sur les affinités personnelles des intervenants et/ou des affinités idéologiques qui caractérisent plus particulièrement ce milieu. Par ailleurs, certains groupes entretiennent des liens plus étroits, en raison de la complémentarité de leurs services, du territoire qu'ils desservent ou de la proximité des points de services. Ceux qui ont une vocation similaire partagent aisément de l'information et s'acheminent mutuellement des clients.

Le leadership de la direction du RAIQ auprès des membres est bien établi. Cette légitimité s'étend également en dehors du Regroupement, la compétence des organismes communautaires en matière de prise en charge des itinérants étant reconnue par les autorités régionales mais aussi par les autres acteurs concernés. Le RAIQ est un acteur clef dans les décisions sur l'allocation des ressources dans le domaine de l'itinérance, et malgré des difficultés à assurer un meilleur arrimage avec les services médicaux, le milieu institutionnel doit composer avec un regroupement qui s'est assuré une légitimité que peu contestent.

5.2.3 Coalition du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS)

Le noyau dur de la coalition du RLS comprend l'équipe itinérance *outreach* de l'ex-CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, les organisateurs communautaires du CSSS en relation avec cette équipe, les urgences psychiatriques accueillant des itinérants (CHA–Enfant-Jésus), l'établissement ayant un programme spécialisé en itinérance (CHUQ–Hôtel-Dieu). Un deuxième niveau est constitué par les personnes responsables du dossier itinérance à la Ville de Québec et à la DRSP, de même que par les organismes communautaires ayant des contacts avec l'équipe *outreach*, tout particulièrement ceux qui œuvrent dans le domaine de l'intervention de crise ou du travail de milieu, comme PECH, Point de repères et le Centre de crise. Au plan administratif, le CSSS entretient des relations avec un certain nombre d'organismes communautaires, les plus étroites étant celles qui le lient aux ressources en hébergement.

L'équipe itinérance du CSSS offre des services médicaux et sociaux de première nécessité aux itinérants du territoire et fait la liaison avec le programme spécialisé pour les itinérants du CHUQ–Hôtel-Dieu. Ce dernier programme constitue quant à lui une porte d'entrée pour les services plus spécialisés ainsi que pour l'hospitalisation. Les urgences psychiatriques du CHA–Enfant-Jésus assurent aussi une partie des services médicaux de première ligne du territoire. L'équipe itinérance vise également l'acceptation par le milieu communautaire des pratiques d'intervention du réseau de la santé, dont elle se fait le porte-étendard.

Les organismes communautaires cherchent à consolider des alliances avec le milieu institutionnel afin de créer un réseau d'orientation et de favoriser une continuité dans les services aux itinérants. Enfin, les psychiatres recherchent un partage des tâches entre la première ligne et les services spécialisés, de même qu'entre la prise en charge et le suivi des itinérants, dans le but de rendre leur pratique plus efficiente et plus stimulante.

La relation entre l'équipe itinérance et les organismes communautaires est basée essentiellement sur la confiance mutuelle. Par ailleurs, mis à part la collaboration étroite entre l'équipe et le programme spécialisé pour les itinérants du CHUQ-Hôtel-Dieu, les liens avec les intervenants des centres hospitaliers restent à développer.

La coalition du RLS présente une formalisation des liens plus importante que celle du RAIQ. C'est peut-être en raison de la présence des organisations du milieu institutionnel au sein de cette coalition, puisque la formalisation se fait généralement à la demande du réseau. Ainsi, plusieurs ententes viennent encadrer les relations entre les partenaires. La principale est celle qui lie l'équipe *outreach* au CHUQ-Hôtel-Dieu pour l'évaluation psychiatrique et les soins physiques des itinérants. Par contre, aucune entente formelle ne vient assurer la continuité des services entre ce dernier établissement et les organismes communautaires. Signalons toutefois qu'une collaboration informelle avec la Maison de Lauberivière a contribué à un partage d'expertise à l'occasion de journées scientifiques.

L'autorité des personnes responsables est bien établie au sein de leurs organisations respectives, cependant ces personnes n'exercent qu'une influence effective réduite sur les services médicaux et psychosociaux offerts par les organismes communautaires et le reste du réseau de la santé et des services sociaux. Dans une telle structure plus éclatée, la continuité, tant entre première ligne et niveaux supérieurs qu'entre milieu institutionnel et non institutionnel, n'est pas optimisée. Afin de parvenir à une meilleure intégration des services, les organisations du milieu institutionnel cherchent avant tout à créer des liens formalisés avec les organismes communautaires. De manière générale, ces liens restent à établir.

5.3 L'interaction structure organisationnelle - schèmes interprétatifs

5.3.1 Coalition de l'Agence

Cette coalition est constituée de l'Agence, entourée d'acteurs clefs : la DRSP, très active en raison de sa préoccupation pour la réduction des inégalités en santé; la Ville de Québec, dont le rôle est plus celui d'un répondant des autorités face à une problématique qui affecte surtout les villes; la Table de concertation, menée présentement par le RAIQ; le milieu institutionnel.

La structure de cette coalition a été considérablement influencée par le programme IPAC. En effet, avec l'arrivée de l'IPAC, le gouvernement provincial confie au réseau de la santé et des services sociaux la responsabilité d'assurer des services sociaux et médicaux aux itinérants. Une responsabilité qui s'élargit donc puisque, auparavant, l'autorité régionale se préoccupait essentiellement de la sécurité alimentaire de cette population. L'Agence s'étant vu confier le mandat d'animer la concertation pour les services aux itinérants, elle décide de miser sur la concertation déjà présente dans le cadre de la table régionale et de reconnaître un leadership en la matière au RAIQ. On note toutefois qu'au moment de l'implantation de l'IPAC, la Table de concertation avait perdu en partie la représentativité intersectorielle

qu'elle détenait, en raison du départ d'acteurs dont la participation à la dynamique de concertation n'était pas liée aux enjeux monétaires. Ces organisations provenaient avant tout du milieu institutionnel mais aussi du milieu communautaire, comme la Soupe populaire de la Haute-Ville, administrée par les sœurs de la Charité. En raison du poids accordé à la mise en œuvre de l'IPAC lors des rencontres de la Table, ces organisations ne voyaient pas beaucoup d'intérêt de s'intégrer à la nouvelle dynamique de concertation. En revanche, d'autres organismes communautaires sont invités à la Table avec l'arrivée de l'IPAC, et certains d'entre eux se joignent au RAIQ. L'importance prise par le communautaire dans le leadership de cette coalition de l'Agence est donc remarquable, et découle avant tout du financement de l'IPAC dont le bénéficiaire est principalement le milieu communautaire.

De cette dynamique nouvelle découle une capacité limitée pour l'Agence d'assurer la fonctionnalité des liens entre ses membres, en particulier entre le secteur social, assumé en grande partie par le milieu communautaire, et le secteur médical, sous la responsabilité quasi exclusive du milieu institutionnel. Malgré une gestion qui met surtout en avant le besoin de conclure des ententes bipartites, on observe en effet qu'entre le milieu institutionnel, représenté par l'hôpital ou le CSSS qui se reconnaissent une responsabilité en itinérance, et les organismes communautaires, il n'existe aucune entente formelle, et ce, en dépit d'une source de financement commune : le noyau de la coalition, soit l'Agence. Tous les partenariats sont établis sur une base individuelle, au cas par cas.

C'est donc autour d'une structure bicéphale que s'organisent les services pour les itinérants, un axe étant composé d'organismes communautaires en concertation, et un autre, relativement fonctionnel, regroupant des organisations du réseau institutionnel. On note des mécanismes de fonctionnalité propres à chacun des axes, avec des relations où prédominent des liens non formalisés dans le premier cas, et des relations qui se concrétisent par des ententes définissant des couloirs de services (par exemple, entre la première ligne et un hôpital pour la prise en charge médicale de la désintoxication) dans le deuxième cas.

Signalons cependant qu'au sein du Comité aviseur de l'IPAC, l'Agence a pu imposer, en certaines occasions, le financement d'un projet qui réponde à des besoins jugés prioritaires en matière d'itinérance dans la région. Elle détient donc un pouvoir décisionnel ultime, soutenu en cela par la DRSP qui, désireuse de promouvoir les actions visant la diminution des disparités en santé, s'est impliquée dans les discussions sur l'attribution des fonds, surtout au sein du Comité aviseur de l'IPAC.

Dans ce contexte, de l'avis des acteurs de terrain, l'Agence devrait idéalement jouer un rôle de soutien aux deux grands regroupements, celui du milieu communautaire et celui du milieu institutionnel, puisque les deux interviennent en itinérance et déploient des efforts pour répondre aux besoins de la population cible. Fait à noter, personne au sein de ces regroupements n'a exprimé le souci de voir l'Agence profiter de son mandat organisationnel de planification régionale pour les rapprocher.

L'Agence, quant à elle, reconnaît qu'il est difficile pour le milieu traditionnellement sous son égide de prendre en charge le dossier de l'itinérance. D'une part, en raison du fait que la problématique de l'itinérance dépasse les secteurs sociaux et médicaux, et donc sa responsabilité formelle en tant qu'Agence de santé et de services sociaux, et d'autre part parce que le milieu institutionnel démontre peu de volonté de s'impliquer dans la prise en charge de la population itinérante. L'Agence considère que les besoins en hébergement doivent être réévalués en priorité et qu'il faut également repenser la prise en charge, surtout médicale, de même que la réinsertion sociale des itinérants. Elle estime que les services de

santé actuellement offerts ne sont pas adaptés à la clientèle itinérante et souligne le besoin de mettre en place des services spécifiques. Enfin, elle considère qu'en vertu de la loi 83, c'est au CSSS qu'il revient de coordonner l'action pour répondre aux besoins de la population de son territoire.

Le constat d'un milieu institutionnel non optimal est partagé par les différents acteurs concernés. Le secteur de la santé mentale déplore l'absence d'une organisation des services psychiatriques pour les individus présentant un double diagnostic de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les organismes communautaires, qui reconnaissent l'importance de la complémentarité entre le réseau institutionnel et le milieu communautaire, se plaignent de l'absence de plan de services intégrés, tout particulièrement pour les cas les plus lourds. D'aucuns suggèrent d'adopter le modèle de Montréal selon lequel les urgences psychiatriques se relaient pour assurer la garde des itinérants.

L'Agence reconnaît le rôle important des organismes communautaires, mais souhaite les voir se consacrer avant tout à la coordination des services sociaux, et ce, dans l'esprit du secteur public, soit en adoptant une gestion basée sur la reddition de compte telle qu'elle existe dans le milieu institutionnel. Peu d'idées émergent par ailleurs sur la part du communautaire dans la promotion de ponts avec le milieu institutionnel, surtout médical, qui, pour l'Agence, a une fonction essentielle, mais plus limitée. On note toutefois à ce sujet que certains intervenants provenant du milieu communautaire suggèrent de désigner, au sein des organismes communautaires, un représentant qui assurerait le contact à la suite d'une hospitalisation ou d'une visite à l'urgence.

Finalement, pour ce qui est des répondants, la Ville de Québec, dont la responsabilité se limite aux refuges, semble se satisfaire du *statu quo*, puisque le programme IPAC finance une partie importante de l'hébergement et que l'offre de services par le milieu communautaire correspond à ses attentes.

Le principal constat fait par tous porte sur les lacunes au plan de la continuité des services pour les itinérants à problèmes multiples, qui nécessitent l'aide de différents organismes, tant des milieux institutionnel et communautaire qu'à l'intérieur du réseau communautaire, et ce, en dépit de possibilités de rencontres sous le dynamisme du RAIQ. Les cas de double diagnostic dans un réseau non formellement coordonné restent une problématique importante en itinérance. D'autres lacunes sont également signalées en matière d'hébergement pour plusieurs sous-groupes, dont les femmes, les personnes immigrantes, les jeunes en fugue, les familles et les travailleuses du sexe. De manière générale, on déplore un problème récurrent de manque de places dans les refuges en saison hivernale. Enfin, certains quartiers souffrent du manque de cohésion des services alors que l'offre, par ailleurs concentrée dans les quartiers centraux, ne parvient pas à satisfaire la demande des zones périphériques.

À l'intérieur du milieu institutionnel, c'est l'accessibilité au réseau qui est jugée insatisfaisante, surtout à la première ligne et tout particulièrement en santé mentale, mais aussi au plan de l'arrimage avec le communautaire. À cet égard, le leadership de l'équipe *outreach* pourrait être mis à profit comme agent de liaison entre le milieu institutionnel et les organismes communautaires, de même qu'entre les établissements du réseau de la santé.

On regrette aussi le peu de réflexion dans la région sur la complémentarité des volets prévention d'une part, et prise en charge et réinsertion de l'autre, même si, de l'avis de plusieurs intervenants du milieu institutionnel, la prévention de l'itinérance est définie de façon trop large dans l'IPAC, particulièrement pour ce qui est des problématiques vécues

par les jeunes. Le fait de donner à la Table de concertation une orientation plus intersectorielle, en incluant le volet sécurité publique, permettrait de mettre en œuvre cette volonté de continuité.

Finalement, tous s'interrogent sur le choix de l'organisation qui devrait assumer un certain leadership pour mieux coordonner tous les services. La Ville est évoquée de part et d'autre comme étant peut-être l'entité la plus légitimée pour assumer cette coordination en raison de sa capacité de dynamiser l'intersectorialité sans que cela s'étende en dehors de son champ de responsabilité. D'aucuns soutiennent cependant que le leadership devrait venir de la Table au complet, et non pas du RAIQ uniquement.

5.3.2 Coalition du RAIQ

Le RAIQ s'attribue un rôle de concertation et de coordination auprès des organismes communautaires œuvrant en itinérance, ainsi que de diffusion de l'information dans ce domaine. Dans les faits, le regroupement assume une fonction plus large, puisqu'il soutient également les organisations de la Table de concertation, se posant en défenseur de l'intérêt de ses membres en particulier dans leurs recherches de financement. On note toutefois que le RAIQ s'implique peu dans le processus d'élaboration d'une concertation entre les milieux institutionnel et communautaire.

De façon générale, les organismes communautaires voient une certaine complémentarité dans leur présence et leur développement, grâce surtout à des structures comme la Table ou le RAIQ, qui permettent à chacun de mieux se connaître et de mieux percevoir les besoins. Certains toutefois reconnaissent qu'il existe parfois une certaine compétition entre les membres du regroupement, surtout pour l'obtention de fonds d'une même source. Des désaccords sont aussi exprimés en ce qui a trait à la répartition des fonds de l'IPAC. Cependant, ces désaccords n'affectent que peu la volonté de collaborer, car les organismes en itinérance ont une préoccupation commune clairement définie, à savoir la réduction des méfaits et la satisfaction de leur clientèle, et sont conscients de l'importance des collaborations pour atteindre ces objectifs.

Du point de vue du RAIQ, l'IPAC n'aurait que peu influé sur la dynamique de concertation qui existait préalablement entre les organismes communautaires, puisque ces organismes s'étaient déjà mobilisés pour mieux répondre ensemble aux besoins des itinérants. Les acteurs reconnaissent plutôt l'importance de la Table de concertation comme lieu de rencontre et d'établissement de partenariat. Ils sont satisfaits des mécanismes de concertation mis en place, et plus particulièrement des liens créés entre les organisations présentes à la Table. Cependant la majorité des acteurs estiment qu'en exigeant un plan d'action communautaire en itinérance, l'IPAC a quand même favorisé la concertation. Il a amené une vision plus large de la problématique de l'itinérance, conduisant entre autres à une présence accrue du secteur jeunesse et à l'arrivée de nouveaux acteurs (les autochtones, par exemple). Les principaux champs d'action des acteurs du secteur jeunesse sont la prévention de l'itinérance et de l'errance chez les jeunes.

Au niveau des ressources humaines, matérielles et financières des organismes œuvrant en itinérance, on reconnaît que l'IPAC joue un rôle favorable. Il a permis d'augmenter le volume d'activité des organismes, de joindre de nouvelles clientèles (notamment la clientèle à risque d'itinérance), et d'améliorer les conditions de vie des employés. L'accroissement des ressources humaines a entraîné la consolidation de partenariats dont certains ont même abouti à des protocoles formels, par exemple entre organismes faisant du travail de milieu et organismes d'hébergement. Pour certains, toutefois, l'IPAC n'a pas apporté que des points

positifs. Ainsi, les grands axes d'action proposés par l'initiative ont motivé certains organismes, dont la majeure préoccupation n'était pas l'itinérance, à mettre en œuvre des services de prévention de l'itinérance; on estime que le financement de ces services aurait pu être attribué à des secteurs répondant à des besoins plus pressants surtout ceux qui sont liés à la prise en charge par la première ligne. Par ailleurs, certains déplorent que le leadership d'abord exercé par l'ensemble des organismes communautaires membres du RAIQ soit passé aux organismes les mieux structurés.

D'une manière générale, on note donc au sein du RAIQ une dualité opposant le désir d'autonomie des organismes communautaires à leur interdépendance, et ce, dans une structure modérément contraignante : le programme IPAC. Ces organismes sont conscients de l'ampleur des besoins et des ressources limitées qui existent pour les combler. Par exemple, les ressources permettant de répondre à des besoins spécifiques en services psychiatriques pour la prise en charge des malades mentaux sont très restreintes. L'accent ne serait également pas assez mis sur la crise du logement ou la création de nouveaux milieux d'hébergement destinés à des clientèles spécifiques, deux secteurs qui devraient être vus comme une urgence et entraîner un appui gouvernemental. Pour certains acteurs, il existe aussi des lacunes au plan de l'évaluation des services offerts par le milieu communautaire, surtout en ce qui a trait à l'impact des services et de la satisfaction de la clientèle. On remarque cependant que ces préoccupations relèvent avant tout du développement de liens avec les institutions telles que le réseau de la santé, l'Université Laval ou la Ville, qui ne sont pas membres du RAIQ. Par ailleurs, la recherche devrait être favorisée afin de connaître les caractéristiques propres des différents sous-groupes spécifiques de la population itinérante : femmes, jeunes, familles. On note également une absence de participation directe des itinérants pour faire valoir leurs droits. Enfin, cette coalition reconnaît le besoin de repenser son rôle dans un projet collectif dont il est un moteur clef, mais non exclusif.

5.3.3 Coalition du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS)

Le CSSS de la Vieille-Capitale favorise la concertation sur l'itinérance par l'intermédiaire de ses organisateurs communautaires. L'équipe *outreach* du CSSS offre des soins physiques et du suivi psychosocial aux itinérants dans la rue. Elle a également le mandat d'orienter vers le service spécialisé pour itinérants chroniques du CHUQ-Hôtel-Dieu les itinérants réticents à utiliser le système de soins. Ce service est sous l'égide de la psychiatrie, mais il offre des soins de santé physique aux itinérants. Les infirmières de l'équipe *outreach* jouissent d'une autonomie professionnelle et leur équipe est stable. Les liens entre l'équipe *outreach* du CSSS et le CHUQ-Hôtel-Dieu sont régis par une entente formelle. En revanche, il n'y a pas d'accord explicite entre le CHUQ-Hôtel-Dieu et les organismes communautaires qui offrent des services aux itinérants. Il n'y a pas non plus d'entente de collaboration formelle entre les organismes communautaires et les médecins en pratique privée.

Selon le CHUQ-Hôtel-Dieu, le *statu quo* est idéal. La difficulté de rejoindre la clientèle itinérante est le grand défi auquel il doit faire face, mais l'entente avec l'équipe *outreach* atténue le problème. Du côté du CSSS par contre, on est d'avis que les services aux itinérants devraient être repensés, d'autant plus qu'il se voit confier, en vertu de la loi 83, une responsabilité populationnelle en ce qui a trait à l'organisation et à l'offre de services sociaux et de santé à la population du territoire local (RLS). Une révision s'impose donc dans la structure des ressources sur le territoire, particulièrement ce qui touche les aspects de la rapidité d'accès aux services, de l'élimination des dédoublements et de l'arrimage

entre la première ligne et les services spécialisés. Ce milieu institutionnel de première ligne a d'ailleurs le souhait de développer des protocoles d'entente avec le milieu communautaire.

Quant au milieu communautaire, satisfait de la contribution de l'équipe *outreach* du CSSS, il considère l'intérêt d'élaborer avec elle des ententes formelles visant à promouvoir l'adhésion des professionnels à plus de collaboration entre milieux.

D'une manière générale, on remarque un manque de cohérence entre la structure organisationnelle de cette coalition et les schèmes interprétatifs dans lesquels elle évolue. Il y a une nette absence d'intégration des services entre les centres hospitaliers, ainsi qu'entre les soins physiques et les soins psychiatriques. L'équipe *outreach* du CSSS assure les liens entre le réseau institutionnel et le milieu communautaire, mais il s'agit d'un rôle tout à fait informel.

5.3.4 Convergence des schèmes interprétatifs des trois coalitions

De façon générale, il existe dans la région de Québec un large consensus sur les fondements de l'organisation des services pour itinérants :

- la problématique de l'itinérance dépasse le champ d'activité traditionnel du secteur de la santé et des services sociaux;
- deux secteurs se partagent, dans le champ d'activité traditionnel du secteur de la santé et des services sociaux, l'offre de services. Or, les activités présentement déployées par ces deux secteurs sont complémentaires avec des champs de responsabilité qui se chevauchent peu;
- le besoin de concertation et de coordination entre les deux secteurs, pour la prise en charge d'itinérants, vise avant tout un sous-groupe de la population cible, celui affecté par des problèmes de santé mentale et/ou des problèmes multiples. Pour bon nombre d'itinérants, la manière actuelle de fonctionner, avec des collaborations minimales entre les deux secteurs, suffirait à répondre à leurs besoins;
- les manières de fonctionner pour dynamiser les relations entre membres de la coalition dans ces deux secteurs répondent à des fondements idéologiques différents, et ne requièrent pas d'être remises en question : un système de reddition de compte stricte dans le système institutionnel, et un système de rapport d'activité défini par l'organisme concerné, dans le cadre du milieu communautaire;
- dans les cas où des liens plus étroits doivent être bâtis entre milieux communautaires et institutionnels, il importe de respecter dans la mesure du possible les manières de collaborer qui caractérisent ces deux parties. Ainsi, il faut tenir compte du fait que les redditions de compte qui existent dans le milieu institutionnel ne sont pas courantes dans le milieu communautaire;
- l'itinérance étant une problématique qui interpelle peu le milieu médical, le leadership de la réponse aux besoins des itinérants peut être assumé par le milieu communautaire, et en particulier par le regroupement des organismes (RAIIQ), dont les activités sont jugées par tous comme répondant aux attentes.

Il existe également un consensus sur les difficultés auxquelles les services doivent s'attaquer pour répondre à des besoins non comblés :

- la continuité des services pour les itinérants à problèmes multiples est insatisfaisante, et particulièrement la continuité entre milieux institutionnels et communautaires;

- l'accès aux services de première ligne, qui devrait être le pivot de la réponse aux besoins médicaux, doit être défini et accepté par les acteurs de la première ligne comme une préoccupation majeure qu'on ne peut se permettre de négliger;
- l'hébergement pour plusieurs sous-groupes, dont les femmes, les personnes immigrantes, les jeunes en fugue, les familles et les travailleuses du sexe, reste insatisfaisant;
- idéalement, les services devraient évoluer vers une capacité de répondre aux besoins d'un itinérant qui implique une vision plus globale, allant de la prévention à la réinsertion.

Un fort degré de convergence donc, même si on note toujours certaines différences dans la vision de l'organisation des services à offrir, par exemple :

- l'expression d'une certaine satisfaction quant aux services médicaux offerts de la part du milieu institutionnel, surtout spécialisé, cette vision étant peu partagée par les planificateurs, par le milieu communautaire, et par la première ligne, qui estiment problématique l'accessibilité, surtout aux services psychiatriques, et ce, en raison du peu d'intérêt manifesté par le milieu institutionnel envers les programmes pour itinérants;
- une perception contradictoire quant au rôle de l'Agence : vue comme pouvant faciliter l'émergence de ponts entre milieux institutionnel et communautaire, là où cela semble nécessaire (par exemple, pour les cas de double problématique) grâce à l'imputabilité en ce qui a trait aux ressources financières, cette dernière est également considérée comme peu légitimée pour prendre en charge une problématique qui dépasse son champ de responsabilité;
- une conception de la reddition de compte : formelle pour l'Agence, même dans le cas des liens avec les organismes communautaires; plus souple et uniquement définie par l'organisme concerné, pour les organismes communautaires.

6. DISCUSSION

Les services de santé et les services sociaux offerts à une population donnée devraient idéalement reposer sur la conjonction de trois considérations :

- l'importance de la problématique, et plus particulièrement la nature des besoins non comblés;
- les connaissances sur les services à offrir basées sur des données probantes;
- la dynamique des acteurs, qui cadre les relations envisageables pour une offre de services réalisable, afin de tenir compte du contexte local propre à la problématique étudiée.

Les besoins

Que peut-on dire de l'importance de la problématique dans la région de Québec? Tout d'abord, que le nombre d'itinérants qui requièrent un logement au plus dur de l'hiver peut être estimé à environ 250 personnes, mais que le nombre de personnes requérant des services au quotidien, en raison de la pauvreté, est de deux à trois fois supérieur. Par ailleurs, si les ressources disponibles semblent suffisantes pour répondre à ces besoins, il est reconnu qu'elles sont loin d'être abondantes.

On remarque également l'existence d'un consensus sur le fait qu'il y a des besoins non comblés et qu'il existe une urgence d'agir, d'une part pour la prise en charge de patients souffrant de multiproblématiques, et d'autre part pour l'accessibilité aux services médicaux, tant de psychiatrie que de tous ceux de première ligne.

Finalement, le logement (accès, soutien, accompagnement) devrait être une des principales préoccupations de tous les acteurs concernés. En particulier pour les personnes à risque de devenir itinérantes, soit celles qui se trouvent en état de grande pauvreté ou qui vivent des situations déstabilisantes sans arriver à les surmonter, soit celles qui sont les plus fragilisées : les jeunes, les mères célibataires, les prostitués.

Les connaissances

La littérature démontre à quel point l'itinérant, dans son interaction avec les services médicaux et sociaux, ne peut être considéré comme un citoyen moyen. Les barrières qu'il doit affronter pour obtenir les services requis sont considérables, et tiennent autant à des facteurs personnels (le sentiment que le problème peut se régler tout seul) qu'à des difficultés externes trop importantes (manque de temps pour consulter compte tenu des heures d'ouverture souvent restreintes des ressources pour itinérants; méconnaissance des ressources existantes; perception d'un refus probable de la part de l'institution de le prendre en charge...). Les difficultés rapportées relèvent le plus souvent des contacts avec le milieu médical, et ce, malgré le fait que les itinérants ont une prévalence de problèmes, tant médicaux que mentaux, supérieure à celle de la population en général. Des constats semblables sont faits ailleurs au Québec, en dépit du fait que le système sociosanitaire public est universel et que la réduction des inégalités en santé reste une des préoccupations majeures des politiques gouvernementales.

À la lumière des faits précédents, deux types de recommandations d'organisation des services peuvent être faits : la responsabilisation formelle de la prise en charge des itinérants par la première ligne et la mise en place de services intégrés de type *outreach*. La première recommandation repose avant tout sur le gros bon sens et les connaissances théoriques sur les déterminants de la santé. Une telle prise en charge doit tenir compte des barrières spécifiques auxquelles font face les itinérants au moment d'utiliser des services de

santé. Quant aux services *outreach*, intégrés dans des programmes spécifiques gérés par un gestionnaire de cas, ils visent un sous-groupe de la population itinérante : celle souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie.

À ces services de base devraient s'ajouter des modalités qui permettent avant tout la prise en charge d'itinérants par des organismes communautaires dès qu'un problème médical a été résolu. Cette modalité n'exige pas forcément de coordination bien établie entre milieux institutionnel et communautaire, mais un accès aux patients en contact avec le système médical à un intervenant communautaire, et vice-versa, pour lui permettre d'identifier ceux qui pourraient bénéficier de leurs services.

Finalement, la littérature souligne la fonctionnalité de services pour itinérants majoritairement offerts par le milieu communautaire.

La dynamique des acteurs

La dynamique des acteurs se caractérise avant tout par l'existence de deux regroupements, celui des organismes communautaires et celui du milieu institutionnel, entre lesquels il y a peu de compétition dans les faits. Effectivement, le milieu institutionnel se concentre avant tout sur les besoins médicaux des itinérants, laissant la plus grande partie des autres activités, y compris celles qui relèvent du domaine social, aux organismes communautaires.

Le deuxième aspect marquant est la cohésion manifeste au sein des organismes communautaires s'intéressant aux besoins des itinérants, et dont la plupart se sont regroupés dans une association qui s'est acquis, en grande partie en raison de son savoir-faire dans la prise en charge des besoins des itinérants, une réelle légitimité, tant dans le milieu communautaire qu'institutionnel.

Le troisième aspect que l'on peut souligner est l'effet positif qu'a représenté l'avènement de l'IPAC, et plus particulièrement le fait qu'il constitue la principale source de financement. L'existence de cette source a incité les organismes à s'associer au sein du RAIQ et à rechercher leurs complémentarités pour mieux asseoir le poids du milieu communautaire face aux bailleurs de fonds.

Le quatrième aspect qui marque l'offre de services aux itinérants est le nombre restreint de mesures permettant de prendre en charge les multiproblématiques, surtout celles se trouvant à cheval sur les milieux institutionnel et communautaire. On note peu d'efforts de part et d'autre pour créer des modalités où les services seraient mieux coordonnés et où on orienterait de façon plus efficace les patients présentant des problèmes multiples parmi les ressources existantes.

Finalement, on constate que le réseau institutionnel n'a que partiellement réussi la mise en place d'un service intégré qui réponde aux besoins médicaux des itinérants. Malgré l'entente formelle qui existe entre l'équipe *outreach* et un hôpital, on est loin de la situation décrite dans la littérature, soit des services de première ligne qui assument pleinement la responsabilité de diagnostiquer et de prendre en charge les besoins médicaux de toute la population itinérante, tout en assurant la coordination des services psychiatriques requis. La vision que la réforme actuelle veut mettre en place doit encore se concrétiser pour les itinérants.

La conjonction

Il s'avère, à la conjonction des trois considérations :

- que les itinérants ont besoin de services de première ligne dédiés à les aider à cheminer dans le réseau institutionnel, en cas de besoins médicaux, et spécialement formés pour tenir compte de la spécificité des itinérants au regard de l'utilisation des services de santé;
- que des programmes spécifiques aux cas de double problématique, en particulier ceux associant trouble de santé mentale et toxicomanie, devraient être mis sur pied, et faire appel autant aux services médicaux qu'aux services communautaires;
- que les services offerts présentement aux itinérants par le secteur communautaire, de même que la dynamique de développement de ces services à travers le RAIQ, sont nécessaires et pertinents;
- que la continuité, surtout entre les services psychiatriques et communautaires, demeure problématique;
- qu'il subsiste, dans le champ des acteurs communautaires, des besoins trop partiellement comblés, en particulier en ce qui a trait aux logements pour les personnes à risque de devenir itinérantes et pour celles qui viennent de sortir de cette condition (au-delà du logement de transition).

7. CONCLUSION

Ce travail souligne l'intérêt de considérer la dynamique organisationnelle recherchée dans un cas où il faut procéder à l'adaptation des services pour mieux répondre aux besoins de la population visée ou à un environnement changeant. Les résultats obtenus amènent les pistes de réflexion suivantes quant à la façon d'organiser les services pour les itinérants dans la région de Québec :

- la mise sur pied d'une unité médicale de première ligne supraterritoriale, de type *outreach*, financée par les CSSS à partir de fonds protégés, pour assurer diagnostic et traitement, et la coordination des services médicaux spécialisés s'il y a lieu;
- un programme de gestion de cas, coordonné et mené par l'équipe *outreach*, qui implique de façon structurée les hôpitaux de Québec, et particulièrement leurs départements de psychiatrie, de même que le RAIQ, pour les itinérants multiproblématiques;
- une table de concertation qui rassemble tous les acteurs fournisseurs de services concernés, dont les institutions du réseau formel de la santé. Cette table est l'élément majeur qui permet aux acteurs de se connaître, de s'apprécier, de former des liens utiles à la référence d'itinérants, sans requérir des liens formels qui sont peu conformes à l'esprit du fonctionnement des organismes communautaires;
- un soutien additionnel aux organismes communautaires qui offrent des services de prévention de l'itinérance à des groupes à risque.

BIBLIOGRAPHIE

- BINES, W. (1997). *The health of single homeless people*, dans Burrows, R. et al. (dir.) (1997). *Homelessness and Social Policy*, Routledge, chap. 9, p.132-148.
- DEMERS et al. (2004). *Rapport sur le Plan d'action communautaire sur l'itinérance de Québec : ses effets sur les outils et les pratiques de collaboration*, ENAP.
- DENONCOURT H. et al. (2000). *La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes*. Santé mentale au Québec, XXV, 2 : 179-194.
- Entente (2000). *Entente concernant l'Initiative de partenariats en action communautaire et le fonds régional d'aide aux sans-abri, 2000, conclue entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec*.
- FERLAND, M. (1992). *Survivre dans la capitale : étude descriptive du phénomène des sans-abri à Québec*, Centre de coordination de la santé publique de la région de Québec.
- FOURNIER, D. et al. (2001). *La dynamique partenariale sur les organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux*, Nouvelles pratiques sociales, 14(1) : 111-131.
- FOURNIER, L. et C. Mercier (1996). *L'itinérance selon la documentation scientifique : recension des écrits*, Montréal, Centre de recherche Philippe-Pinel.
- FOURNIER, L. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec, 1996-1997*, Santé Québec.
- FOURNIER, L. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. 1998-1999*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- GAMSON, W. (1961). *A theory of coalition formation*. American Sociological Review, 26 : 373-382.
- GROLEAU, L. (1999). *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*, Nouvelles Pratiques sociales, 12(2) : 27-44.
- HININGS, C.R. et R. Greenwood (1988). *Organizational design types, tracks and the dynamics of strategic change*. Organization Studies, 9(3) : 293-316.
- HWANG, S.W. et al. (2005). *Interventions to improve the health of the homeless : a systematic review*, Am J Prev Med 2005;29(4) : 311.e1-311.e9.
- KELLEY, E.W. (1968). *Techniques of studying coalition formation*. Midwest, Journal of Political Science, vol. 12 : 62-84.

KOOZES, J.M. et B.Z. Pozner (1987). *The leadership challenge : how to get extraordinary things done in organizations*. San Francisco, Jossey-Bass.

LAYTON, J. (2000). *Homelessness. The Making and Unmaking of a Crisis*. Toronto, Penguin et McGill Institute.

MCKEOWN, T. et M.C. Plante (2000). *L'équipe itinérance du CLSC des faubourgs de Montréal* dans D. Laberge (dir.), *L'errance urbaine*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes : 391-404.

MORRISSEY, J.P. et al. (1997). *Service System Performance and Integration: A Baseline Profile of the Access Demonstration Sites*, Psychiatric Services, XLVIII, 3: 374-387.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *L'itinérance : cadre de référence*. Québec, Gouvernement du Québec, Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale.

NADLER, D.A. et M.L. Tushman (1990). *Beyond the charismatic leader: leadership and organizational change*. California Management Review, (32) : 77-97.

RAPSIM (2003). *Comprendre l'itinérance*.

Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (2003). *Présentation des organismes membres du regroupement d'aide aux itinérants et itinérantes de Québec*.

Table de concertation sur l'itinérance de Québec (1994). *Informations*. Ville de Québec (1987). *Les sans-abri à Québec*, Comité permanent de l'habitation.

WHO (2005). *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people ?*, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).

ANNEXE A
TABLEAUX DE RÉSULTATS
DU DÉNOMBREMENT

Dans la catégorie hébergement, le calcul des taux d'occupation s'est fait en tenant compte de la fréquentation moyenne quotidienne durant la période du dénombrement par rapport au nombre total de lits d'hébergement. Un taux moyen d'occupation pour chaque type d'hébergement a été établi à partir de la fréquentation moyenne quotidienne de toutes les ressources et du nombre total de lits.

**Tableau 1
Hébergement de type dépannage et hôtellerie**

Organisme	Capacité d'accueil	Nombre de personnes hébergées par organisme, suivant les dates du dénombrement						Occupation moyenne	Taux moyen d'occupation
		17 février	18 février	19 février	26 février	27 février	28 février		
Archipel d'entraide (personnes seules)	4	3	3	3	3	3	3	3	75 %
Maison de Lauberivière (femmes)	12	9	9	8	9	9	9	8,8	73 %
Maison de Lauberivière (hommes)	39	30	31	Fermé	Fermé	32	32	31,3	80 %
Maison Revivre (hommes)	30	27,7	27,7	27,7	27,7	27,7	27,7	27,7 ^a	92 %
PECH	4	4	4	4	4	4	4	4	100 %
YWCA dépannage	5	5	5	4	5	5	5	4,8	96 %
YWCA hôtellerie	17	16	16	16	16	16	16	16	94 %
Total	111	94,7	95,7	62,7	64,7	96,7	96,7	95,5	86 %^b

^a La maison Revivre a fourni le nombre total de 166 couchers, qui ont été répartis sur six jours.

^b Le taux moyen d'occupation a été calculé en faisant le rapport de l'occupation moyenne totale sur la capacité d'accueil totale.

Tableau 2
Hébergement en toxicomanie et dégrisement

Organisme	Capacité d'accueil	Nombre de personnes hébergées par organisme, suivant les dates du dénombrement						Occupation moyenne	Taux d'occupation
		17 février	18 février	19 février	26 février	27 février	28 février		
Maison de Lauberivière (dégrisement)	10	5	7	4	3	3	2	4	40 %
Maison Le Rucher	6	15	15	15	13	13	13	14	233 %
Total	16	20	22	19	16	16	15	18	112 %^a

^a Le taux moyen d'occupation a été calculé en faisant le rapport de l'occupation moyenne totale sur la capacité d'accueil totale.

Tableau 3
Hébergement de réinsertion

Organisme	Capacité d'accueil	Nombre de personnes hébergées par organisme, suivant les dates du dénombrement						Occupation moyenne	Taux moyen d'occupation
		17 février	18 février	19 février	26 février	27 février	28 février		
Centre communautaire Jacques-Cartier	27	33	33	33	33	33	33	27	100 %
Maison de Lauberivière (réinsertion)	12	11	11	11	11	11	11	11	92 %
Maison Marie-Frédéric (mixte 18-30 ans)	9	9	9	9	9	9	9	9	100 %
Mères et Monde (femmes et enfants)	23	54	54	54	54	54	54	23	100 %
PECH (santé mentale)	11	11	11	11	11	11	11	11	100 %
YWCA (La Grande Marelle)	14	12	12	12	12	12	12	12	86 %
Total	96	130	130	130	130	130	130	93	96,9%^a

^a Le taux moyen d'occupation a été calculé en faisant le rapport de l'occupation moyenne totale sur la capacité d'accueil totale.

**Tableau 4
Hébergement jeunesse**

Organisme	Capacité d'accueil	Nombre de personnes hébergées par organisme, suivant les dates du dénombrement						Occupation moyenne	Taux moyen d'occupation
		17 février	18 février	19 février	26 février	27 février	28 février		
Gîte jeunesse Beauport (garçons 12-17 ans)	9	9	9	9	9	9	10	9,2	102 %
Gîte jeunesse Sainte-Foy (garçons 12-17 ans)	6	6	6	6	4	6	6	5,7	95 %
Hébergement jeunesse Sainte-Foy (filles 12-17 ans)	9	9	9	9	9	9	9	9	100 %
Squat Basse-Ville (mixte 12-17 ans)	6	0	0	0	3	2	0	0,8	13 %
Total	30	24	24	24	25	26	25	24,7	82,3 %^a

^a Le taux moyen d'occupation a été calculé en faisant le rapport de l'occupation moyenne totale sur la capacité d'accueil totale.

**Tableau 5
Soupes populaires**

Organisme	Nombre de repas servis, par organisme					
	Total des déjeuners	Total des dîners	Total des soupers	Moyenne des déjeuners	Moyenne des dîners	Moyenne des soupers
Café rencontre Centre-Ville	-	-	-	-	280	-
Maison de Lauberivière	323	479	1593	53,8	79,8	265,5
Armée du Salut	219	-	-	43,8	-	-
Maison Revivre	154	317	222	25,7	79,3	55,5
Soupe populaire de la Haute-Ville	-	1041	-	-	173,5	-
Squat Basse-Ville (repas servis aux jeunes)	5	1	9	NA ^a	NA	NA
Maison Dauphine	17	52	52	5,7	8,7	8,7
Total	178	1890	1876	129	621,3	329,7

^a La fréquentation est très occasionnelle, de sorte que la moyenne présente peu d'intérêt.

**Tableau 6
Centres de jour**

Organisme	Nombre de personnes hébergées par organisme, suivant les dates du dénombrement						Fréquentation moyenne
	17 février	18 février	19 février	26 février	27 février	28 février	
Centre communautaire de l'Amitié	18	Fermé	Fermé	Fermé	53	43	38
Centre multiservices Le Complice	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé	3	5	4
Point de repères (MTS et toxicomanie)	37	14	26	19	35	39	28,3
Relais La Chaumine (santé mentale)	24	Fermé	Fermé	Fermé	28	31	27,7
Rendez-vous Centre-Ville (Maison de Lauberivière)	22	24	27	27	25	19	24
Église Saint-Roch (Maison de Lauberivière)	Fermé	80	45	48	45	28	49
Total	101	118	98	94	189	165	171

ANNEXE B
REGROUPEMENT DES CLIENTÈLES
DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Tableau 7
Hébergement de type dépannage et hôtellerie

Ressource	Archipel d'entraide (personnes seules)	Maison de Lauberivière (femmes)	Maison de Lauberivière (hommes)	Maison Revivre (hommes)	PECH	YWCA dépannage	YWCA hôtellerie
Moyenne	3	8,8	31,3	32	4	4,8	16
Groupes d'âge							
Enfants ^a	-	0	0	0	0	0	0
Adolescents ^b	-	1	0	0	0	0	0
Jeunes adultes ^c	-	1,5	7,3	7	1	1	3
Adultes d'âge mûr ^d	-	5,5	23	24	3	3,8	13
Personnes âgées ^e	-	1	1	1	0	0	0
Sexe							
Femmes	-	8,8	0	0	1	4,8	16
Hommes	-	0	31,3	32	3	0	0
Problématique							
Alcoolisme et toxicomanie	-	-	18,8	17	-	0,8	2
Problème de santé mentale	-	-	2,8	3	-	2,3	3
Multiproblématique	-	-	5,5	10	-	0,8	2
Isolement et exclusion sociale	-	-	1,8	14	-	2,3	2
Pauvreté	-	-	4	32	-	4,8	7
Type de clientèle							
Clientèle courante	-	0	16,2	11	-	-	-
Clientèle occasionnelle	-	8,8	17,5	21	-	-	-

^a moins de 12 ans

^b de 12 à 17 ans

^c de 18 à 29 ans

^d de 30 à 64 ans

^e 65 ans et plus

Tableau 8
Hébergement en toxicomanie et dégrisement

Ressource	Maison de Lauberivière (dégrisement)	Maison Le Rucher
Moyenne	4	14
Groupes d'âge		
Enfants	0	0
Adolescents	0	0
Jeunes adultes	1	7
Adultes d'âge mûr	3	7
Personnes âgées	0	0
Sexe		
Femmes	-	0
Hommes	-	14
Problématique		
Alcoolisme et toxicomanie	4	14
Problème de santé mentale	-	4
Multiproblématique	-	2
Isolement et exclusion sociale	-	14
Pauvreté	4	14

Tableau 9
Hébergement de réinsertion

Ressource	Centre communautaire Jacques-Cartier	Maison de Lauberivière	Maison Marie- Frédéric	Mères et Monde	PECH	La Grande Marelle YWCA
Moyenne	33	11	9	54	11	12
Groupes d'âge						
Enfants	3	-	-	31	0	3
Adolescents	-	-	-	-	0	1
Jeunes adultes	30	2	9	23	3	1
Adultes d'âge mûr	-	9	-	-	8	7
Personnes âgées	-	-	-	-	0	0
Sexe						
Femmes	12	1	4	23	7	11
Hommes	18	10	5	-	4	1 ^a
Problématique						
Alcoolisme et toxicomanie	-	11	7	Oui ^b	6	2
Problème de santé mentale	-	3	6	Oui ^b	11	5
Multiproblématique	Oui ^b	11	7	Oui ^b	6	1
Isolement et exclusion sociale	Oui ^b	11	7	Oui ^b	8	8
Pauvreté	Oui ^b	11	7	Oui ^b	11	12

^a Enfant de sexe masculin accompagnant sa mère.

^b Ces deux organismes n'ont pas fourni le nombre de résidents présentant ces problématiques.

Tableau 10
Hébergement jeunesse

Ressource	Gîte jeunesse Beauport (Garçons)	Gîte jeunesse Sainte-Foy (Garçons)	Hébergement jeunesse Sainte-Foy (Filles)	Squat Basse- Ville (Mixte)
Moyenne	9	6	9	3 ^a
Sexe				
Femmes	0	0	9	2
Hommes	9	6	0	1
Problématique				
Alcoolisme et toxicomanie	6	2	4	0
Problème de santé mentale	5	1,5	3	0
Multiproblématique	9	1,5	5	0
Isolement et exclusion sociale	3	0	4	3
Pauvreté	3	0	2	0

^a Les jours d'inoccupation n'ont pas été retenus pour cette moyenne.