

ITINÉRANCE ET LIMITATIONS INTELLECTUELLES : PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES ET INTERVENTION

Sylvain Picard, Caroline Loyer et Céline Mercier

On retrouve malheureusement, parmi les personnes itinérantes des personnes présentant une incapacité intellectuelle, reconnue ou présumée. Ce texte vise à faire état de cette situation en présentant les résultats d'une étude sur les caractéristiques de ces personnes et en décrivant un modèle d'intervention auprès d'elles. À partir d'un formulaire de dépouillement des dossiers, les données dénominalisées sur les caractéristiques, les antécédents, la situation actuelle et les problématiques de 68 personnes suivies par l'Équipe Itinérance d'un service de première ligne ont été analysées globalement, puis suivant le genre et le statut résidentiel actuel. Les personnes ayant un statut résidentiel précaire ou stable au moment de l'étude présentaient au départ davantage de conditions susceptibles de favoriser leur rétablissement (moins de problématiques aiguës, davantage de contacts positifs avec leur famille, plus d'activités structurantes) et avaient bénéficié d'un suivi psycho-éducatif régulier. Pour les personnes vivant dans la rue ou les refuges, la situation était devenue chronique et marquée par l'aggravation des problèmes initiaux et l'apparition de nouveaux problèmes. La création d'un lien de confiance avec la personne présentant des limitations intellectuelles et son engagement dans un projet de vie diminuent les risques d'abus durant son passage dans le milieu de l'itinérance et favorisent son rétablissement et sa stabilité.

INTRODUCTION

Les recherches tendent à démontrer qu'il existe un lien significatif entre la pauvreté et la déficience intellectuelle (DI). Dans son étude, Emerson (2007) rapporte que cette association est le fruit de deux processus distincts. D'une part, la pauvreté cause des incapacités intellectuelles en raison des risques environnementaux et psychologiques associés au fait de vivre en situation de pauvreté (influence sur la santé, le bien-être, les opportunités et les expériences). D'autre part, les familles appelées

à soutenir un proche ayant une déficience intellectuelle sont à risque d'expérimenter de la pauvreté étant donné les coûts sociaux et financiers reliés à leur prise en charge, sans oublier que les adultes ayant une DI sont le plus souvent exclus du marché du travail. Ces constats peuvent être faits dans plusieurs pays dont, entre autres, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne.

Cependant, il existe peu d'études présentant les caractéristiques et les impacts reliés aux personnes itinérantes ayant une déficience intellectuelle. Pourtant, compte tenu de leurs limitations intellectu-

Sylvain Picard, praticien-chercheur, équipe itinérance, CSSS Jeanne-Mance, équipe déficience intellectuelle, troubles envahissements du développement et intersectorialité, Adresse électronique : sylvain.picard@ssss.gouv.qc.ca; Caroline Loyer, intervenante Le Chaînon. Céline Mercier, chercheure principale, équipe déficience intellectuelle, troubles envahissements du développement et intersectorialité.

Les auteurs veulent remercier le *Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Lisette-Dupras* et le *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* pour le soutien apporté à cette étude. Merci aussi à Geneviève Boyer et Isabelle Jacques pour la gestion des données.

elles, les personnes itinérantes ayant une DI sont à risque d'être exploitées financièrement, sexuellement et physiquement dans ce milieu de vie hostile. De plus, nous constatons que les difficultés engendrées par les conditions de vie rattachées au milieu de l'itinérance représentent un facteur de risque important pour développer ou accentuer des problèmes de santé mentale et physique, de toxicomanie, de prostitution, de violence et de criminalité.

Depuis 1994, un psychoéducateur s'est joint à l'Équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance afin d'intervenir auprès des personnes présentant une DI se retrouvant en situation de vie résidentielle précaire. À l'époque, on dénombrait 16 personnes (DI) alors qu'aujourd'hui on compte plus de 68 personnes. La connaissance de ce service par les organismes communautaires et publics et la qualité du partenariat développé avec eux ont permis de référer plus rapidement ces personnes vulnérables à l'intervenant au CSSS Jeanne-Mance et de commencer un suivi psycho-éducatif. La référence précoce permet à la personne de recevoir l'aide dont elle a besoin et de se stabiliser plus rapidement. Le point de départ de l'intervention est l'établissement d'un lien de confiance avec la personne aidée. L'intervenant doit démontrer des attitudes de respect, d'ouverture et de non-jugement. Toutes les approches et les techniques d'intervention utilisées doivent permettre à la personne de mieux se connaître et de s'approprier du pouvoir et de la maîtrise sur des choix responsables. En plus de ces approches, nous avons développé un outil d'intervention appelé « le projet de vie » qui permet à la personne de se projeter dans le futur afin d'identifier les objectifs qu'elle désire atteindre d'ici cinq ans.

Le but de cet article consiste à décrire les principales caractéristiques sociodémographiques et les problématiques de ces 68 personnes présentant une DI vivant ou ayant vécu en situation d'itinérance et de suggérer quelques pistes d'interventions. Les principales interventions visent à réduire les risques d'abus auxquels les personnes s'exposent dans le milieu de l'itinérance et visent à réduire ou à éliminer leurs différentes problématiques. Pour ce faire, nous avons regroupé les données recueillies dans trois catégories résidentielles, soit *rue et refuge*, *statut précaire* et *statut stable*. Finalement, une étude

de cas sera présentée à la fin de cet article dans le but de suivre l'évolution d'une usagère dans son processus de rétablissement.

CONTEXTE

Selon le dernier recensement des personnes itinérantes¹, effectué par Fournier et Chevalier en 1996-1997, la ville de Montréal comptait 28 214 personnes différentes ayant fréquenté un centre d'hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour. De ce nombre, 12 666 personnes avaient été sans domicile fixe au cours des douze derniers mois (Chevalier et Fournier, 1998). L'Équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance, situé au centre-ville de Montréal, a comme mandat de faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux des personnes itinérantes. L'Équipe est composée d'un psychiatre et d'un médecin à temps partiel, de quatre infirmières et de quatre travailleurs sociaux. L'Équipe reçoit plus de 7 000 demandes de services par année. La majorité d'entre elles revêtent un caractère ponctuel (informations, références, démarches administratives, soins médicaux). Environ 200 personnes reçoivent un suivi régulier.

Depuis 1994, une entente de services a été signée entre le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Lisette-Dupras et le CSSS Jeanne-Mance. Cet engagement permet d'intégrer à l'Équipe Itinérance un intervenant spécialisé en DI pour intervenir auprès des personnes présentant des limitations intellectuelles. Parmi les personnes suivies, 68 présentent de telles limitations. Vingt personnes ont formellement reçu un diagnostic de DI; pour les autres, la déficience est présumée. Outre leur dépendance envers les ressources communautaires et publiques ou envers leurs pairs pour satisfaire leurs besoins de base, ces personnes sont vulnérables à différentes formes d'exploitation

Le Cadre de référence sur l'itinérance a défini la personne itinérante comme une personne qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, 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 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

au plan financier, psychologique et sexuel, en raison de leurs limites aux niveaux du jugement, de l'autonomie et des habiletés sociales.

MÉTHODOLOGIE

Les données ont été recueillies d'octobre 2007 à janvier 2008 par la cueillette d'informations à partir des dossiers ou d'entrevues. Les données ont été consignées sous une forme entièrement dénominalisée sur un formulaire de dépouillement. Les résultats portent sur 13 variables regroupées en trois thèmes : (a) caractéristiques socio-démographiques et antécédents (genre, âge, ville d'origine, scolarisation, séjour en institution (centre jeunesse, centre de réadaptation, hôpital psychiatrique), facteurs ayant précipité la perte de domicile, durée de la précarité résidentielle); (b) situation actuelle (statut résidentiel, contacts avec la famille, activité principale, type de suivi par l'Équipe Itinérance); (c) problématiques associées (nature et nombre). Les participants ont été répartis en trois sous-groupes : rue et refuge, statut précaire, stabilité. Les personnes (11) classées dans la catégorie « rue et refuge » fréquentent les refuges de nuit ou dorment à l'extérieur (parc, guichet automatique, amis, etc.). Les personnes (42) en « statut précaire » ont soit accès à un hébergement à long terme dans un organisme communautaire, à une chambre ou à un appartement, tout en continuant de dépendre des ressources du réseau « Itinérance » (soupes populaires, vestiaires, par exemple) pour subvenir à leurs besoins de base. Les personnes (15) du groupe « stabilité » ont déjà été dans le milieu de l'itinérance, mais vivent présentement soit dans une ressource résidentielle reliée à un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, dans un logement communautaire subventionné ou dans un appartement privé, et ce, sans utiliser les ressources pour les personnes itinérantes (Tableau 1).

DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

Sur les 68 personnes vivant ou ayant vécu en situation d'itinérance et présentant des limitations intellectuelles, on retrouve 43 hommes (63.2%) et 25 femmes (36.8%). Leur âge moyen est de 43 ans, avec une étendue de 24 à 70 ans. Plus des ¾ de ces personnes sont originaires de Montréal (77.9%) et

ont été scolarisées en classe spéciale (77.9%). Près du tiers (30.9%) ont vécu en institution. Pour la majorité de ces personnes (63.2%), la période d'itinérance est supérieure à quatre ans au moment de l'inscription à l'Équipe Itinérance. Les hommes attribuent principalement leur situation d'itinérance à un problème relié à la consommation d'alcool ou de drogue (44.2%). Chez les femmes, le facteur précipitant le plus souvent mentionné est relié à la perte ou à une rupture avec un parent ou un proche (36.0%). Sur l'ensemble de la population cible, 36 personnes (52.9%) ont gardé contact avec leur famille, 34 personnes (50%) ont une activité structurante et 30 personnes (44.1%) ont un suivi régulier psycho-éducatif au CSSS Jeanne-Mance ou au CSSS de leur quartier.

Au moment de leur inscription à l'Équipe Itinérance, toutes les personnes présentaient au moins un problème associé alors que 22 personnes (32.4%) en avaient trois et plus. Les problèmes de santé mentale (dépression, trouble de la personnalité, schizophrénie) sont ceux qui touchent le plus grand nombre de personnes (60.3%). La deuxième problématique en ordre d'importance est celle de la consommation d'alcool et/ou de drogues (55.9%) alors que les problèmes de santé physique (diabète, haute pression, insuffisance rénale, etc.) suivent au troisième rang (42.6%). Les personnes appartenant aux catégories résidentielles « précaires » et « stables » au moment de l'étude sont celles qui participent le plus à des activités sur une base régulière, qui ont des contacts avec des membres de leur famille, qui présentaient moins de problématiques au moment de leur arrivée à l'Équipe Itinérance et qui bénéficient d'un suivi psycho-éducatif. Pour les personnes appartenant à la catégorie « refuge/rue », la situation est devenue chronique et marquée par l'aggravation des problèmes du départ et par le cumul d'autres problèmes.

INTERVENTIONS ET ÉTUDE DE CAS

La création d'un lien de confiance est à la base de toute intervention. L'intervenant se doit d'accueillir sans jugement et respectueusement la personne là où elle se situe. Il devra progressivement amener la personne à mieux connaître ses besoins, ses forces, ses limites et la trajectoire de vie qui l'ont conduite

dans le milieu de l'itinérance. Nous considérons que toutes les approches et les techniques d'interventions qui permettent à la personne de s'approprier du

pouvoir et de la maîtrise sur des choix responsables sont des approches et techniques valables auprès des personnes ayant des limitations intellectuelles.

Tableau 1

Caractéristiques des personnes itinérantes présentant des limitations intellectuelles selon le statut résidentiel

| | RUE | | PRÉCAIRE | | STABLE | | TOTAL | |
|---|-----|------|----------|------|--------|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Statut | 11 | 16,2 | 42 | 61,8 | 15 | 22,1 | 68 | 100,0 |
| Genre | | | | | | | | |
| • Masculin | 10 | 90,9 | 28 | 66,7 | 5 | 33,3 | 43 | 63,2 |
| • Féminin | 1 | 9,1 | 14 | 33,3 | 10 | 66,7 | 25 | 36,8 |
| Antécédents | | | | | | | | |
| • Né à Montréal | 9 | 81,8 | 32 | 76,2 | 12 | 80,0 | 53 | 77,9 |
| • Éducation spéciale | 9 | 81,8 | 30 | 71,4 | 14 | 93,3 | 53 | 77,9 |
| • Séjour/institution | 1 | 9,1 | 14 | 33,3 | 6 | 40,0 | 21 | 30,9 |
| Durée de la période d'itinérance | | | | | | | | |
| • 12 mois | 2 | 18,2 | 2 | 4,8 | 6 | 40,0 | 10 | 14,7 |
| • 13-48 mois | 1 | 9,1 | 4 | 9,5 | 2 | 13,3 | 7 | 10,3 |
| • ≥ 49 mois | 8 | 72,7 | 28 | 66,7 | 7 | 46,7 | 43 | 63,2 |
| • Pas d'information | 0 | 0,0 | 8 | 19,0 | 0 | 0,0 | 8 | 11,8 |
| Les facteurs précipitant | | | | | | | | |
| • Alcool, drogues, jeux | 7 | 63,6 | 16 | 38,1 | 2 | 13,3 | 25 | 36,8 |
| • Perte/rupture | 3 | 27,3 | 13 | 31,0 | 5 | 33,3 | 21 | 30,9 |
| • Santé mentale | 2 | 18,2 | 6 | 14,3 | 4 | 26,7 | 12 | 17,6 |
| Les problématiques | | | | | | | | |
| • Santé mentale | 6 | 54,5 | 25 | 59,5 | 10 | 66,7 | 41 | 60,3 |
| • Alcool, drogues, jeux | 10 | 90,0 | 25 | 59,5 | 3 | 20,0 | 38 | 55,9 |
| • Problèmes de santé physique | 8 | 72,7 | 17 | 40,5 | 4 | 26,7 | 29 | 42,6 |
| Nombre de problèmes | | | | | | | | |
| • 1 | 0 | 0,0 | 14 | 33,3 | 10 | 66,7 | 24 | 35,3 |
| • 2 | 4 | 36,4 | 14 | 33,3 | 4 | 26,7 | 22 | 32,4 |
| • 3 et plus | 7 | 63,4 | 14 | 33,3 | 1 | 6,7 | 22 | 32,4 |
| Type de suivi | | | | | | | | |
| • Régulier | 3 | 27,3 | 18 | 42,9 | 9 | 60,0 | 30 | 44,1 |
| • Occasionnel | 5 | 45,5 | 11 | 26,2 | 4 | 26,7 | 20 | 29,4 |
| • Sans nouvelle | 3 | 27,3 | 13 | 31,0 | 2 | 13,3 | 18 | 26,5 |

Par ailleurs, nous avons créé un plan d'intervention adapté à leurs problématiques que nous avons appelé « L'établissement d'un projet de vie ». Cet outil permet à la personne de se projeter dans le futur afin

d'identifier les objectifs qu'elle désire atteindre ou les problématiques sur lesquelles elle veut agir d'ici cinq ans. Ces objectifs sont de l'ordre de l'hébergement, de la santé physique, de la santé

mentale, de la dépendance (alcool, drogue, médicament, jeu pathologique), de la prostitution, de la justice, des études, du travail et des loisirs (activités/bénévolat). L'évolution de Sophie est un exemple de cette démarche.

Sophie a 34 ans. Elle a un diagnostic de déficience intellectuelle avec un trouble de la personnalité mixte (limite et antisocial). À 18 ans, à sa sortie du Centre Jeunesse, elle s'est retrouvée en situation d'itinérance. À 20 ans, elle a donné naissance à une fille et est revenue habiter chez sa mère avec son bébé. Sophie en a ensuite perdu la garde en raison de négligence et incompétence parentale. La demande de service initiale de Sophie à l'Équipe Itinérance, en 2005, était de l'aide pour trouver un appartement afin d'y vivre seule. À ce moment, elle habitait avec un homme qui l'abusait physiquement, sexuellement et financièrement. Sophie consomme de l'alcool et de la marijuana depuis ses 14 ans. Elle a des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires.

Après avoir vécu dans plusieurs ressources d'hébergement à court terme, Sophie réside depuis ce printemps dans une ressource d'hébergement à long terme. Ce milieu de vie lui permet à la fois de bénéficier d'un encadrement par des intervenantes spécialisées et de développer ses habiletés sociales et résidentielles. Elle a un suivi psycho-éducatif une fois par semaine au CSSS Jeanne Mance. Lors des suivis, Sophie exprime ses besoins et, avec le psycho-éducateur, discute des meilleurs moyens d'y répondre, tout en respectant l'objectif de réduire les risques auxquels elle s'expose de par son mode de vie et ses choix. Pour diminuer son agitation et son anxiété, elle a un suivi psychiatrique et reçoit des risques de grossesse. Le psycho-éducateur lui rappelle régulièrement les risques liés aux relations sexuelles mensuellement, au CSSS, une médication par injection. En ce qui a trait aux activités sexuelles, elle a accepté la pose d'un stérilet afin de réduire les risques de grossesse. Le psycho-éducateur lui

rappelle régulièrement les risques liés aux relations sexuelles non protégées et lui fournit des condoms. Comme Sophie continue à consommer, on lui conseille d'avoir recours à la marijuana plutôt qu'à la cocaïne ou au crack tout en l'informant des risques de l'usage des drogues dures. Afin de lui permettre de changer son réseau social et développer ses intérêts, Sophie a commencé à fréquenter un centre de loisirs pour jouer aux quilles une fois par semaine. De plus, elle fait du bénévolat à la SPCA (Société protectrice canadienne des animaux) une fois par mois et est inscrite à une activité de cuisine collective une fois par 15 jours. Pour limiter les situations d'abus financier dont elle était victime par des membres de son réseau social, une demande, avec son accord, a été adressée au Curateur public du Québec afin d'obtenir un régime de protection aux biens et à la personne. Sophie aspire maintenant à aller vivre en appartement supervisé, à travailler dans une animalerie et à revoir sa fille.

CONCLUSION

L'intervention auprès des personnes présentant des limitations intellectuelles vivant dans le milieu de l'itinérance est complexe. Suite à l'étude rétrospective des dossiers des personnes suivies à l'Équipe Itinérance, il apparaît que les personnes présentant des limitations intellectuelles qui se sortent le mieux de l'itinérance sont celles qui y sont restées le moins longtemps et celles qui présentaient le moins de problématiques au départ. Les observations cliniques donnent à penser que les personnes qui bénéficient d'un suivi psycho-éducatif régulier et d'un suivi médical au CSSS Jeanne-Mance peuvent aspirer à une plus grande stabilité dans leur vie, à une réduction des risques reliés à leurs problématiques et à une meilleure participation sociale. Cela s'explique par le fait qu'elles ont cheminé afin de reconnaître leurs forces, leurs limites et leurs besoins.

INTELLECTUAL DISABILITY AND HOMELESSNESS: RELATED PROBLEMS AND INTERVENTION MODELS

Among the homeless, unfortunately, are persons with intellectual disabilities, both recognized and presumed. The aim of this article is to report on this situation by presenting the results of a study on the characteristics of these persons and describing an intervention model for working with them. The files of 68 persons followed by the Homelessness Team of a primary care service were reviewed using a file analysis form; the denormalized data on their characteristics, backgrounds, current situations and problems were analyzed globally, then by gender and current residential status. Persons whose residential status was precarious or stable at the time of the study presented, from the outset, more conditions that might support their recovery (fewer acute problems, more positive family contacts, more structuring activities) and had received regular follow-up from a psychoeducator. For persons living on the street or in shelters, the situation had become chronic, their initial problems had become more serious, and new problems had arisen. Creating a relationship of trust with persons who have intellectual disabilities and getting them involved in life planning reduces their risks of abuse in the homeless setting and promotes recovery and stability.

BIBLIOGRAPHIE

CHEVALIER, S., 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.*
Québec: Santé Québec.

EMERSON, E. (2007). Poverty and People with

Intellectual Disabilities. United Kingdom.
*Mental retardation and developmental
disabilities research reviews, 13*, p.107-
113.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX. (2008). *L'itinérance au
Québec, cadre de référence.* Québec.