

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Le phénomène de l'itinérance au Québec

Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales
Audience - Le 1^{er} octobre 2008

Prévention

Approche de milieu
Formation et recherche
Décrochage scolaire

Accessibilité

Soins de santé
Médicaments

Engagement social

Logement
Revenu décent

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué
à la rédaction de ce mémoire par leurs connaissances du milieu
et leur expérience professionnelle.

La direction du CSSS Jeanne-Mance

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
LE CSSS JEANNE-MANCE	5
Le territoire	
L'équipe itinérance	6
UPS-Justice	6
Programme jeunes de la rue	7
Partenariat	7
Centre affilié universitaire	7
Activités 2007-2008	8
CONSTATS	9
Augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance	9
Nouveaux visages, nouvelles réalités	9
La santé mentale	10
Les troubles de personnalité et la perte d'autonomie	10
La consommation et la dépendance	10
Le Syndrome Korsakoff et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)	11
La déficience intellectuelle et la lenteur intellectuelle	11
Les pertes cognitives liées au vieillissement	12
La jeunesse et la rue	12
Facteurs aggravants	13
La précarité d'emploi, la pénurie de logements abordables et la modification des modèles familiaux	13
La complexité des démarches et la lourdeur bureaucratique	13
La possibilité de refuser des soins et des services	14
Le manque de suivi entre le système carcéral et le retour à la société	14
La non-réurrence du financement des programmes d'aide à l'itinérance	14
Mesures au Québec et ailleurs qui ont donné des résultats positifs en matière d'itinérance	15
PISTES D'ACTION – BESOINS DE FINANCEMENT – PRÉVENTION	17
Financer la recherche et la formation	17
Augmenter les ressources en outreach	19
Développer des ressources adaptées pour les clientèles avec des troubles de comportement/dépendance/perte d'autonomie, des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)	20
Implanter un site d'injection supervisée et des lieux de répit et de décompression pour les personnes toxicomanes	20
Faire connaître de façon plus étendue les services d'accueil psychosocial sans rendez-vous en CLSC	20
Donner accès à des lieux de convalescence	21
Favoriser la création de liens entre les organismes	21

Assurer un meilleur arrimage entre les intervenants-clé auprès des populations à risque d'itinérance lors de période de transition	21
Assurer un financement stable et récurrent pour la mission globale des organismes communautaires	22
Travailler sur les conditions structurelles contribuant au phénomène de l'itinérance	23
La lutte à la pauvreté	23
La prévention en milieu scolaire	24
Les programmes d'insertion à l'emploi adapté	25
L'accès à un logement abordable	25
La question des maisons de chambres	27
POLITIQUE EN ITINÉRANCE	29
Nécessité d'une politique	29
Axes de la politique	30
CONCLUSION	31
Annexe 1 – Pistes d'action	33
Annexe 2 – Carte du territoire du CSSS Jeanne-Mance	37
Annexe 3 – Article de la Revue du CREMIS – Appauvrissement et aide sociale – Le malaise des médecins	38

Introduction

Nous tenons d'emblée à remercier la Commission des affaires sociales de nous permettre de réfléchir ensemble sur l'itinérance au Québec et de proposer des mesures de prévention et d'action visant à contrer ce phénomène. Nous souhaitons que cette commission permette de mettre en lumière les actions à entreprendre ou à renforcer pour lutter contre ce phénomène social et qu'elle fasse valoir, de concert avec les groupes sociaux œuvrant auprès de la population itinérante, l'urgence de mettre en œuvre une politique globale en itinérance au Québec. Nous traiterons dans ce mémoire du phénomène de l'itinérance avec un regard plus spécifique sur la réalité de la région de Montréal.

Notre propos débutera par la présentation de notre organisation et du travail effectué auprès des personnes en situation d'itinérance par nos équipes. Nous présenterons ensuite quelques constats sur les nouvelles réalités du phénomène de l'itinérance. Nous poursuivrons sur des conditions structurelles contribuant au phénomène de l'itinérance et nous nous pencherons en terminant sur des pistes d'action et sur la contribution des différents acteurs, notamment celle du gouvernement du Québec, que nous croyons nécessaire pour intervenir de façon concertée sur le problème de l'itinérance.

LE CSSS JEANNE-MANCE

Le territoire

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance offre des services à la population du territoire formé des quartiers des Faubourgs, du Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc. Ces quartiers se retrouvent dans les arrondissements municipaux Plateau-Mont-Royal et Ville-Marie. En tout, près de 140 000 personnes, soit 7,5 % de la population de l'île de Montréal y habitent (recensement 2001).

Bien que les quartiers qui composent le territoire du CSSS Jeanne-Mance soient parmi les plus prisés de Montréal, la population y est moins favorisée que celle de l'ensemble de l'île. Dans le quartier couvert par les services du CLSC des Faubourgs, les taux de pauvreté et de décrochage scolaire sont plus élevés que ceux de l'île de Montréal et de la province de Québec.¹

Situé au cœur de Montréal, le territoire du CSSS Jeanne-Mance est marqué par des problématiques propres aux quartiers centraux des grands centres urbains. Un nombre important de personnes y transitent également en tant que travailleurs, étudiants ou touristes. Il y existe une présence importante de personnes en situation d'itinérance, d'utilisateurs de drogues injectables, de travailleurs et travailleuses du sexe et de jeunes de la rue. La présence de ressources, tels les refuges et les centres de jour et de soir est indispensable pour répondre aux besoins de base de cette population en situation de très grande précarité. Le manque de ressources en régions explique également l'affluence de ces personnes vers le cœur de la métropole. Elles y sont parfois orientées, ou y vivent par souci d'anonymat ou parce qu'elles sont en quête de solutions qui n'existent pas dans leur région d'origine.

De telles caractéristiques populationnelles ont des impacts sur les services offerts par le CSSS ainsi que sur les approches mises de l'avant par les intervenants. Au fil des ans, en favorisant une approche populationnelle, le CSSS a adapté et développé des soins et des services à l'intention des clientèles les plus vulnérables.

Outre les services courants offerts en CLSC, le CSSS Jeanne-Mance met à contribution une équipe dédiée aux jeunes de la rue et une équipe itinérance, qui travaillent toutes deux de concert avec les refuges et en étroite collaboration avec le réseau communautaire et institutionnel œuvrant auprès des personnes en situation d'itinérance.

¹ Voir CSSS Jeanne-Mance, *Le projet clinique- Phase I et II*, Avril 2006, 40 pages.

L'équipe itinérance

L'équipe itinérance, qui œuvre sur tous les territoires de l'île de Montréal, est composée d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'un psychoéducateur en déficience intellectuelle, de médecins, d'un psychiatre et d'une organisatrice communautaire. Son principal mandat est de faciliter l'accessibilité des soins de santé et de services sociaux aux personnes itinérantes de plus de 25 ans. Pour ce faire, elle a développé des services spécifiques d'approche de milieu (*outreach*), adaptés à la réalité du phénomène de l'itinérance à Montréal et qui consistent à rejoindre la clientèle où elle se trouve. Le but de l'*outreach* est de dépister les personnes vulnérables, d'évaluer leur situation et de tenter de créer un lien de confiance. Ultiment, l'intervenant en *outreach* amène la personne à entreprendre ou à poursuivre certaines démarches sociales ou de soins médicaux. À ces services, s'ajoute le travail de proximité offert par des infirmières auprès d'utilisateurs de drogues injectables.

UPS-Justice

L'équipe Urgence psychosociale-justice (UPS-Justice) est disponible 24 heures par jour, sept jours sur sept. Cette équipe a pour mandat d'éviter la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale sévère et persistant. UPS-Justice est l'instance régionale désignée pour estimer la dangerosité d'une personne en crise, conformément à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* (Loi P-38.001).

UPS-Justice reçoit annuellement plus de 2 800 demandes de services provenant majoritairement du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Depuis sa création en 1996, UPS-Justice a connu une augmentation de demandes de plus de 400 %, passant de 75 appels par mois à ses débuts à plus de 300 appels par mois à ce jour. Au total, depuis octobre 1996, plus de 20 000 appels ont été traités.

UPS-Justice participe également au projet-pilote de Tribunal en santé mentale afin d'offrir des services intégrés de santé, de services sociaux et judiciaires, adaptés aux conditions des contrevenants présentant des problèmes de santé mentale. Ce projet, basé sur le volontariat de l'individu, vise à lui donner accès à des soins et à des services ainsi qu'à offrir des alternatives à son incarcération. La pérennité de ce projet, prévu pour l'instant sur une durée de trois ans, est souhaitée par le CSSS Jeanne-Mance.

Programme jeunes de la rue

L'équipe oeuvrant auprès des jeunes de la rue de la région de Montréal est composée de médecins, d'un dentiste, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'infirmières, d'une coordonnatrice des pairs aidants et d'un commis à l'accueil. Cette équipe a le mandat de fournir des services de santé et des services psychosociaux de première ligne adaptés aux besoins des jeunes de la rue. Elle travaille à la promotion de la santé par une approche globale individuelle, familiale, de groupe, communautaire et de proximité. La clientèle est composée de jeunes entre 14 et 25 ans qui vivent dans la rue, qui fréquentent un organisme de la rue, qui sont à haut risque de se retrouver à la rue ou qui utilisent la rue comme mode vie.

Le programme jeunes de la rue vise à rendre accessibles les services et les soins globaux aux jeunes de la rue, à réduire les risques associés à leur style de vie, à réduire les conséquences sur leur santé physique et mentale et à leur offrir la possibilité, en tant que citoyens, de prendre part activement à la vie sociale et économique de la collectivité. L'équipe fait aussi le lien entre les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Partenariat

Les services du CSSS s'inscrivent aussi en collaboration avec le travail effectué par le réseau communautaire pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Le CSSS participe aux travaux du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) et est engagé dans le soutien et le développement de plusieurs projets en habitation avec soutien communautaire ainsi que dans la création d'un fonds pour la sauvegarde des maisons de chambres. Le CSSS a mis sur pied un comité intersectoriel de vigie sur le développement social regroupant les partenaires communautaires, institutionnels et des représentants des arrondissements de son territoire afin de conjuguer leurs efforts pour lutter contre la pauvreté et favoriser la mixité sociale. Trois cibles prioritaires ont été identifiées par les partenaires, soit : l'accès au logement social, la sécurité alimentaire et l'intégration sociale et professionnelle. L'importance du réseau communautaire en itinérance (centre de jour, centre de soir, refuges, logements sociaux avec soutien communautaire, auberges du cœur, groupes en santé mentale, etc.) est à souligner dans la lutte à la pauvreté et aux dynamiques sociales produisant l'itinérance.

Centre affilié universitaire

Enfin, le CSSS Jeanne-Mance est un centre affilié universitaire (CAU) et abrite le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, la discrimination et les pratiques alternatives de la citoyenneté (CREMIS). Ce centre de recherche en établissement compte sur la participation de plusieurs regroupements de chercheurs universitaires et de chercheurs praticiens sur des enjeux tels l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (Collectif de recherche sur l'itinérance); le logement, la vie de quartier et la gestion urbaine de la marge; les jeunes, la marginalité et la discrimination; etc. Le Centre de recherche contribue à l'avancement des connaissances et à la production scientifique, à la diffusion des connaissances auprès des intervenants et des partenaires du milieu et à la formation de la relève en santé et services sociaux.

Activités – 2007-2008

Services	Soins	Usagers	Interventions
Itinérance	Infirmiers	1107	3224
	Psychosociaux	1217	3962
UPS-J	Infirmiers	267	297
	Psychosociaux	948	1352
Jeunes de la rue	Psychologiques	90	578
	Infirmiers	513	1262
	Dentaires	78	129

Extrait de : CSSS Jeanne-Mance - Tableau de bord et de gestion
Prestation des soins et services 2007-2008

CONSTATS

Augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance

L'itinérance est une réalité sociale visible dans le paysage urbain de Montréal.² La plupart des arrondissements sont touchés et le travail d'*outreach* des intervenants du CSSS couvre toute l'île de Montréal. L'équipe note une augmentation des personnes qui vivent dans la rue durant toute l'année, qui n'ont recours à aucun service communautaire ou institutionnel et qui errent loin du centre-ville.

Depuis 1990, l'équipe itinérance est passée de trois à treize professionnels. Depuis 2004, nous constatons une augmentation importante du nombre de signalements de personnes vivant dans la rue, dont plus de femmes, de personnes âgées, de jeunes, d'autochtones et de personnes ayant une déficience intellectuelle. Nous remarquons également une recrudescence de personnes provenant de l'immigration, de réfugiés politiques ou économiques ainsi que de « nouveaux pauvres », c'est-à-dire de personnes qui ont perdu leur emploi et qui ne reçoivent plus de prestations de l'assurance-emploi.

La métropole, et particulièrement le territoire couvert par le CSSS Jeanne-Mance, accueille un nombre important de personnes en situation d'itinérance provenant de régions où les ressources sont inexistantes. Plusieurs personnes sont orientées vers les ressources de Montréal, ce qui contribue à les couper de leur milieu d'appartenance. Nous croyons que certaines politiques publiques en vigueur dans d'autres provinces peuvent inciter des personnes à venir s'établir au Québec. Notons par exemple les coupures massives dans les services publics et sociaux en 2002 et l'impossibilité de toucher des prestations d'aide sociale pour les personnes aptes à travailler mais refusant de chercher un emploi en Colombie-Britannique, la rareté et les prix excessivement élevés des logements en Alberta et la faible prestation d'aide sociale de base pour une personne seule apte au travail (281 \$) et pour une personne déclarée inapte (575 \$) au Nouveau-Brunswick.

Bien que nous ne disposions pas de chiffre précis sur le phénomène de l'itinérance, force est de constater que le nombre de personnes en situation d'itinérance chronique a augmenté et que les problématiques liées au phénomène sont de plus en plus complexes.

Nouveaux visages, nouvelles réalités

Au cours des trente dernières années, le portrait de l'itinérance a fortement changé. Du vagabond d'antan d'un certain âge, ayant un problème d'alcool, la personne en situation d'itinérance est aujourd'hui aux prises avec des problématiques multiples et complexes : problèmes de santé physique et mentale, dépendance de toutes sortes, troubles de la personnalité, perte d'autonomie physique telles des difficultés de mobilité, pertes cognitives liées au syndrome de Korsakoff ou à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtal (ETCAF) ou autres et déficience ou lenteur intellectuelle. Ces problématiques, souvent multiples, complexifient le profil de l'itinérance et la nature de l'intervention.

² Fournier, L. Institut de la statistique du Québec. Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. 1998-1999. Québec. 2001,

La santé mentale ³

L'errance urbaine est souvent le lot de personnes vulnérables et fragilisées par la maladie mentale. Près de 70 % des itinérants présentent au moins un trouble psychiatrique si on inclut les troubles reliés à l'usage des drogues et de l'alcool (80 % pour les sans domicile fixe (SDF)). Les pathologies psychiatriques graves (schizophrénie et troubles bipolaires) touchent près de 35 % de l'ensemble des itinérants et 40 % des SDF. Par ailleurs, une enquête réalisée au Québec démontre que 30 % des SDF ont déjà été hospitalisés en psychiatrie avec, en moyenne, quatre hospitalisations. La durée de ces hospitalisations varie de quatre à six mois. Selon J. L. Dubreucq, psychiatre montréalais, cette donnée confirme la sévérité et la chronicité des troubles psychiatriques présentés par près de trois itinérants sur dix. Enfin, le cumul de deux ou trois diagnostics et l'association à la toxicomanie, complexifient davantage le parcours.

Les troubles de personnalité et la perte d'autonomie

Les personnes présentant des troubles de personnalité sont en recrudescence chez la population en situation d'itinérance. Ces troubles sont présents chez un peu plus de 20 % de cette population. Dubreucq ⁴ souligne qu'à lui seul, le trouble de personnalité antisociale se retrouve chez 17 % des sans-abris. Nous croyons que ces troubles ont des impacts majeurs dans les relations de l'individu, que ce soient avec le propriétaire, l'employeur ou même avec le réseau de la santé et le réseau communautaire. Certaines de ces personnes sont exposées à l'exclusion systématique, due à l'importance des conflits qui imprègnent leurs liens sociaux.

Les personnes qui, en plus de troubles de comportement, sont aux prises avec des problèmes de dépendance et une perte d'autonomie, complexifient davantage l'intervention. Il n'existe aucune ressource pouvant accueillir les personnes exclues des ressources communautaires pour des problèmes graves de comportement. Pour être admise en centre d'hébergement, une personne en perte d'autonomie doit requérir minimalement 2,5 heures-soins par jour. Même lorsque les personnes répondent à ce critère, le long délai peut contraindre certaines d'entre elles à attendre dans la rue. Parallèlement, le montant de la prestation d'aide sociale ne permet pas d'avoir accès aux résidences privées avec service. Il s'agit d'une véritable impasse pour les intervenants qui cherchent à orienter les personnes à mobilité réduite exclues des refuges.

La consommation et la dépendance

Les substances illicites consommées dans la rue ont des impacts sans précédent sur la santé des personnes et plus particulièrement des jeunes en grande difficulté. Ces drogues ont des impacts neurotoxiques qui influencent et contribuent à changer le portrait de l'itinérance.

À la drogue et l'alcool, s'ajoute aussi le problème de jeu pathologique qui rejoint aujourd'hui les jeunes et les femmes.

³ L'ensemble des statistiques présentées dans cette section sont prises du texte de Dubreucq, J.L., *Santé mentale des sans-abris : Faut-il intervenir davantage?* Psychiatrie et violence, vol. 7, #1, 2007.

⁴ Dubreucq, J.-L. *Santé mentale des sans-abris : Faut-il intervenir davantage?* Psychiatrie et violence, vol. 7, #1, 2007.

Le Syndrome de Korsakoff et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtal (ETCAF)

On remarque chez la population rejointe en *outreach* par l'équipe itinérance, une augmentation du nombre d'hommes, âgés entre 43 et 57 ans, ayant un diagnostic de Syndrome de Korsakoff. Le Syndrome de Korsakoff est une amnésie provoquée par l'abus d'alcool. Les personnes aux prises avec ce syndrome peinent à recueillir et à retenir l'information; ils éprouvent de la difficulté à se souvenir des événements récents et compensent leur absence de mémoire par de la confabulation. Ce syndrome limite la réalisation d'activités élémentaires du quotidien et la résolution de situations problématiques.

Nous soupçonnons qu'un nombre important de notre clientèle est atteint par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Les personnes atteintes d'ETCAF ont de la difficulté à comprendre les concepts abstraits (règlements, gestion de l'argent, propriété), à comprendre les relations de causes à effets, à apprendre de leurs expériences, à se souvenir de choses ou de consignes et à s'entendre avec les autres. Les répercussions de l'ETCAF sur l'autonomie des individus sont importantes. Gérer ses rapports avec autrui, administrer ses finances, obtenir des soins de santé ou de services sociaux ainsi que trouver et garder un emploi sont des aptitudes indispensables à la participation et à l'épanouissement des personnes. Nous savons que trois enfants sur 1 000 sont atteints d'ETCAF. Nous croyons que ces diagnostics pourraient être surreprésentés dans la population itinérante et que ces déficits cognitifs pourraient être déterminants dans le parcours d'une personne vers la rue. Les déficits cognitifs amenuisent la compréhension des règles et pourraient expliquer l'exclusion à répétition des refuges pour certaines personnes. Nous croyons que les personnes atteintes d'ETCAF se retrouvent fréquemment en prison parce qu'elles commettent des délits. Entre la rue et le milieu carcéral, elles sont laissées pour compte, faute de ressources adaptées à leurs besoins. Malheureusement, le dépistage de l'ETCAF chez les enfants est souvent déficient et le diagnostic à l'âge adulte est difficile à obtenir. Il n'existe pas de données publiées sur la prévalence réelle de ce problème.

La déficience intellectuelle et la lenteur intellectuelle

Les personnes en situation d'itinérance avec déficience intellectuelle sont parmi les plus vulnérables. Le CSSS Jeanne-Mance compte sur le soutien d'un psychoéducateur du Centre Lisette-Dupras pour accompagner ces personnes dans leurs démarches et assurer un relais avec d'autres ressources répondant aux besoins plus spécifiques de cette clientèle (accompagnement plus soutenu, hébergement ou autres).

Les personnes avec une lenteur intellectuelle tombent pour leur part entre les mailles du filet. Contrairement aux personnes avec une déficience intellectuelle, elles se retrouvent isolées et sans accès aux ressources spécialisées sur lesquelles peuvent compter les personnes avec une déficience intellectuelle. Les personnes avec une lenteur intellectuelle sont souvent victimes d'abus car elles ne possèdent pas toutes les aptitudes nécessaires à une prise de décision éclairée. Elles auraient besoin de ressources en logement adaptées à leur situation (logement social avec soutien communautaire, hébergement), d'accompagnement et de suivi.

Les pertes cognitives liées au vieillissement

Le portrait du phénomène de l'itinérance est également modifié par les difficultés liées au vieillissement de la population. Les personnes présentant des pertes cognitives importantes combinées à une situation d'isolement semblent de plus en plus nombreuses dans notre société. Cette situation précipite des individus vers une très grande précarité. Plusieurs personnes, qui ne sont pas orientées vers notre réseau, se retrouvent en situation d'itinérance à la suite d'une perte de logement strictement causée par des pertes cognitives. Ces personnes, une fois localisées, sont orientées vers les grands refuges et se retrouvent ainsi inscrites dans le milieu de l'itinérance. Elles échappent à toute évaluation qui aurait permis d'intervenir rapidement.

La jeunesse et la rue

Le portrait et la réalité des jeunes de la rue ont largement évolué au cours de la dernière décennie. Un usage abusif et non sécuritaire de substances psychotropes souvent de mauvaise qualité ainsi que le phénomène des gangs de rue contribuent à cette évolution.

Les jeunes de la rue, qui font très souvent preuve de méfiance à l'égard des institutions, évitent les liens avec le réseau de la santé et des services sociaux. Leur parcours, marqué par une série de ruptures et de séjours institutionnels, explique souvent leur méfiance. L'approche de milieu (*outreach*), qui a fait ses preuves avec la clientèle adulte en situation d'itinérance, est une pratique à bonifier et à consolider auprès des jeunes de la rue. Cette façon de faire permet de favoriser l'accès aux services de santé et aux services sociaux de cette population marginalisée vivant en situation de grande précarité.

Facteurs aggravants

La précarité d'emploi, la pénurie de logements abordables et la modification des modèles familiaux

Les coûts de logement, particulièrement dans le centre-ville de Montréal, le manque de logements sociaux dont les coûts sont fixés à 25 % du revenu, les difficultés à s'inscrire dans un marché de l'emploi exigeant toujours plus de qualifications, la rupture des liens familiaux significatifs et l'isolement accentuent l'importance de la pauvreté et augmentent les risques de très grande précarité qui contribuent à précipiter les personnes vers l'itinérance. La littérature démontre que ces facteurs, séparés ou combinés, peuvent être associés à l'itinérance. En outre, même si divers problèmes liés à la santé mentale peuvent précéder l'itinérance, d'autres peuvent se développer, voire s'aggraver, si la personne demeure en situation d'itinérance. Le niveau de détresse psychologique de cette clientèle est frappant puisque 35 % des personnes en situation d'itinérance ont déjà fait une tentative de suicide, alors que la prévalence est de 0,7 % dans la population en général⁵.

Si on peut affirmer que le profil des personnes en situation d'itinérance s'est modifié au cours des dernières années, force est aussi de constater que la pauvreté et l'exclusion sociale sont toujours au cœur de ce phénomène.

La complexité des démarches et la lourdeur bureaucratique

L'accès aux soins et aux services existants est problématique pour les personnes en situation d'itinérance. La complexité des démarches, ne serait-ce que pour obtenir une pièce d'identité, représente souvent des obstacles difficiles à franchir. La lourdeur bureaucratique et le resserrement des critères d'admissibilité à certains services contribuent parfois à créer de nouveaux itinérants ou à prolonger les séjours dans la rue.

Les personnes en situation d'itinérance ont les mêmes problèmes de santé que le reste de la population mais leurs symptômes sont souvent exacerbés par leurs conditions de vie. Les protocoles de traitement des maladies chroniques prennent généralement pour acquis que les patients ont un domicile où ils peuvent conserver leurs médicaments, se reposer, dormir la nuit et changer leurs pansements de façon hygiénique.

En centre hospitalier, la prise en charge des clients sans adresse fixe avec des problèmes de santé mentale est complexe.

Pour la personne en situation d'itinérance provenant d'une autre province et présentant un problème de santé qui la rend inapte au travail, les difficultés et le délai reliés à l'obtention d'une couverture pour la médication par la carte d'assurance-maladie du Québec peuvent être problématiques. Ils peuvent occasionner l'arrêt de la prise de la médication, une déstabilisation et une aggravation des problèmes de santé. La situation d'itinérance risque par le fait même de se chroniciser.

⁵ Dubreucq, J.-L. Santé mentale et sans-abris : Faut-il intervenir davantage? *Psychiatrie et violence*, vol. 7, n° 1, 2007.

La possibilité de refuser des soins et des services

Des dilemmes éthiques importants sont vécus régulièrement par les intervenants des cinq équipes itinérance du Québec, qui ne peuvent agir sans le consentement de la personne. Les lois actuelles, qui protègent bien la majorité des personnes souffrant de troubles mentaux contre les abus, privent cependant un petit nombre d'entre elles de soins essentiels. Comment doser entre la responsabilité professionnelle, l'intrusion thérapeutique et le respect des droits et de la dignité de la personne? Ce dilemme éthique fait l'objet de discussion au sein et entre les équipes itinérance du Québec. Tous les intervenants semblent vivre la même impuissance. Nous croyons que des mécanismes de signalement visant à assurer la dignité des personnes devraient être envisagés.

Le manque de suivi entre le système carcéral et le retour à la société

Une autre problématique provient du manque de suivi entre le système carcéral et le retour à la société. Un nombre croissant de personnes sortent d'un établissement de détention sans médication. Il est pour l'instant de la responsabilité de la personne qui est remise en liberté de demander la prescription médicale dont elle a besoin. Sinon, elle est libérée avec une médication pour 48 heures, ce qui lui laisse très peu de temps pour trouver un médecin. Dans la majorité de ces cas, la prise de la médication est abandonnée, faute de prescription médicale.

La non-récurrence du financement des programmes d'aide à l'itinérance

La non-récurrence du financement des programmes d'aide à l'itinérance fragilise énormément les ressources. Beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à concevoir les projets, à les rédiger, à faire les demandes de subvention et à les mettre en place. S'ajoutent des problèmes de recrutement et de rétention des intervenants qui travaillent dans des organismes continuellement en situation de survie. Pour toutes ces raisons, il devient extrêmement difficile pour les organismes d'approfondir les mandats qui leurs sont confiés.

Pour la clientèle, la non-récurrence se traduit principalement par le bris du lien de confiance, qui est particulièrement difficile à tisser. Les personnes en situation d'itinérance qui s'impliquent dans de nouveaux projets se sentent trompées lorsque le manque de financement oblige à tout arrêter.

MESURES AU QUÉBEC ET AILLEURS QUI ONT DONNÉ DES RÉSULTATS POSITIFS EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE

Les équipes du CSSS Jeanne-Mance constatent que certaines mesures mises en place, bien qu'elles n'enrayent pas l'itinérance, donnent des résultats positifs. Nous en énumérons ici quelques exemples concrets sans pour autant présenter tout ce qui existe.

Accueil Bonneau et son service de promotion humaine et sociale

La personne qui rencontre les critères d'admission à ce programme et qui donne son accord écrit peut bénéficier des services de fiducie offerts par l'organisme. La prestation d'aide sociale est gérée par l'intervenant qui prélève directement le montant du loyer pour la chambre et qui discute avec la personne de ses besoins pour le mois. Les personnes qui bénéficient de ce service peuvent le révoquer à tout moment. Nous observons cependant que les personnes qui y adhèrent ne veulent généralement pas l'arrêter. Ce service comprend aussi un soutien pour entreprendre diverses démarches sociales et un accompagnement pour les rendez-vous médicaux. Le nombre de places de ce service est malheureusement très limité.

Chambreclerc

Cet organisme offre du logement avec soutien communautaire. Les règles y sont flexibles et l'on y reçoit des personnes jugées « non hébergeables ».

Les pairs aidants

Le pair-aidant est une personne vivant ou ayant vécu le genre de situation de la personne qu'ils tentent d'aider. Son expérience peut en faire un modèle de rétablissement et une source de motivation et d'estime de soi. Sa présence dans l'équipe favorise aussi la lutte de tous ses membres contre la discrimination et la stigmatisation.

Refuges avec programme « transition-réinsertion »

Old Brewery Mission, La Maison du père et La mission bon-accueil.

Les changements effectués dans les refuges ces dernières années semblent avoir un impact positif. Bien que ces programmes ne sortent pas toujours les personnes de la rue, ils contribuent à améliorer leurs conditions de vie et leur offrent un lieu sécuritaire où les besoins de base sont satisfaits. Ils permettent aussi de créer un lien avec le réseau des services.

Centre de jour St-James

L'encadrement offert par l'équipe d'intervenants semble porter fruit.

Infirmières réseau à l'hôpital

Des infirmières de CSSS travaillent dans des urgences d'hôpitaux de Montréal. Il s'agit d'une approche partenariale novatrice entre l'unité d'urgence et le CSSS. En plus d'assurer une communication bidirectionnelle entre les services de 1^{re} ligne et l'unité d'urgence de l'hôpital, l'infirmière réseau oriente les personnes âgées en perte d'autonomie, qui nécessitent des soins et des services pouvant être fournis par les réseaux locaux et communautaires, vers les ressources appropriées. Nous croyons que ce projet pilote est fort prometteur.

Logements sociaux avec soutien communautaire

Il s'agit de logements sociaux où il y a une supervision directement dans l'immeuble.

Suivi intensif dans le milieu (SIM)

Le suivi intensif dans le milieu est un modèle de suivi dans la communauté et de gestion de cas pour des personnes éprouvants des troubles graves de la santé mentale et qui présentent un historique de rechutes fréquentes et de nombreuses hospitalisations. Au moment de leur admission au programme, les clients ont connu l'échec des traitements habituels dispensés en centre de jour ou en clinique externe. L'intervenant du SIM dispense lui-même les services au client à la différence des programmes de type « gestion de cas » où le professionnel agit plutôt comme courtier et coordonnateur des services offerts à la personne. Le ratio intervenant/client est de un pour dix. L'équipe SIM est formée d'un coordonnateur, d'un psychiatre, d'un pair aidant et d'intervenants en santé mentale dont certains ont des compétences en sciences infirmières, en évaluation et en traitement des toxicomanies et en intégration à l'emploi.

Ce modèle de suivi est jugé prometteur et envisagé pour favoriser une certaine stabilité chez la clientèle itinérante.

Lieux d'injection sécuritaire à Vancouver et lieux de répit pour la clientèle toxicomane

Les résultats obtenus par ces organismes sont positifs car ils permettent de rencontrer des intervenants et des pairs ainsi que de prévenir les ITSS.

PISTES D'ACTION

PRÉVENTION – ACCESSIBILITÉ – ENGAGEMENT SOCIAL

La complexité du phénomène de l'itinérance et de l'intervention est soulignée par l'ensemble des intervenants du milieu de l'itinérance. Même s'il est difficile de cerner l'ampleur du phénomène, les besoins des personnes en situation d'itinérance sont connus par les intervenants des groupes et organismes qui leur viennent en aide. Ce qui permet d'envisager des pistes d'action et de pointer des besoins en termes de financement.

De plus, la mise en relief des facteurs de risque et des problématiques peuvent aussi aider à déterminer des mesures en termes de prévention.

Financer la recherche et la formation

Bien qu'un exercice de dénombrement ne soit pas nécessaire avant de débiter une action publique, force est d'admettre que les données disponibles ne sont plus représentatives de la réalité. Nous constatons que le nombre de signalements de personnes vivant à l'extérieur toute l'année et ne fréquentant aucune ressource a triplé depuis 2004. De même, le profil de la clientèle que nous desservons change. Nous croyons qu'une nouvelle étude pourrait s'avérer utile. Toutefois, il pourrait être difficile d'obtenir des chiffres précis. Les personnes qui ne fréquentent pas de ressources sont difficiles à dénombrer. Elles sont localisées un peu partout dans les grandes villes et les banlieues. Bien que *l'outreach* nous permette de rejoindre une plus grande proportion des personnes en situation d'itinérance, certains individus nous sont toujours inconnus. Une cueillette de données efficaces pourrait tout de même être bonifiée par la contribution des ressources communautaires qui font du travail de rue.

En plus d'un dénombrement, la recherche scientifique pourrait continuer à mettre en relief les nouvelles réalités constatées par nos équipes, alimenter le travail de prévention et renseigner les décideurs dans la conception et la mise en œuvre de politiques pour s'attaquer au phénomène. Des analyses différenciées ressortant les spécificités du phénomène selon le sexe seraient de mise. Dans l'enquête réalisée en 1998, les femmes composaient 23 % de la population en situation d'itinérance à Montréal. La détresse psychologique, les problèmes de santé mentale et l'exposition à la violence marquent le quotidien de ces femmes.

Pour contribuer au développement des connaissances sur l'itinérance, la collaboration entre chercheurs et intervenants des milieux communautaires et institutionnels nous paraît incontournable. À cet égard, le Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI) mis sur pied en 1994 et regroupant des chercheurs universitaires de différentes disciplines et des intervenants issus des milieux de la pratique a permis la mise en commun des savoirs afin de mieux comprendre le phénomène et de développer des approches novatrices en matière d'intervention.

En 2004, le CSSS Jeanne-Mance, désigné centre affilié universitaire (CAU) par le ministre de la Santé et des Services sociaux, créait en collaboration avec l'Université de Montréal, le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).

Le CREMIS, un centre de recherche en milieu de pratique dont le mandat consiste à développer des connaissances au bénéfice de l'ensemble du réseau de la santé, regroupe des chercheurs universitaires et praticiens-chercheurs de disciplines diverses qui participent au développement de la recherche dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Les travaux du CREMIS ont permis notamment la réalisation et la diffusion de travaux de recherche sur des enjeux concernant les populations à risque ou en situation d'itinérance.

Pour favoriser une intervention appropriée et travailler à la prévention de l'itinérance, il faut informer et outiller les intervenants des réseaux de santé, du milieu carcéral et des autres institutions sur les problématiques touchant une large proportion de la population itinérante, tels : la santé mentale et les troubles de personnalité.

Un ajustement aux programmes de formation des différentes professions, incluant celui des médecins, est nécessaire. Un volet « santé en contexte de pauvreté », de même qu'une meilleure formation sur les dépendances, sur la santé communautaire et sur les particularités du travail avec les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou en situation d'itinérance devraient y être ajoutés. De même, les intervenants en déficience intellectuelle devraient être mieux formés sur les problèmes de consommation, qui touchent une partie de leur clientèle.

Le programme de formation adapté élaboré par le comité sur la Coalition des organismes de lutte contre le sida du Québec est intéressant. C'est le comité qui détermine les besoins et organise les formations offertes aux intervenants.

Par le biais de conférences, d'exposés, de contributions à la rédaction d'ouvrages et d'articles, de supervisions de stage et par la participation active à la recherche, les intervenants de l'équipe itinérance du CSSS Jeanne-Mance ont entrepris de contribuer à l'éducation des futurs professionnels de la santé et des services sociaux. Les commentaires sont extrêmement positifs. Dans la formation régulière, les étudiants ne sont pas préparés à donner des soins à une clientèle sans domicile fixe et vivant dans un contexte d'extrême pauvreté. Il est important de savoir qu'avec la clientèle itinérante, il faut innover dans les interventions. Ces formations visent aussi à ce que les futurs diplômés deviennent porteurs de nouveaux paradigmes axés sur l'inclusion des plus démunis à tous les niveaux. La formation devrait s'étendre à toutes les professions du réseau.

Piste 1

Le financement de la recherche et de lieux permettant la production et la diffusion de la connaissance sur des enjeux ciblés par les acteurs communautaires et les praticiens ainsi que la formation des intervenants et de leur relève.

Augmenter les ressources en outreach

Certaines clientèles ont besoin de protection. Les personnes souffrant d'ETCAF, de déficience ou de lenteur intellectuelle et les personnes en perte cognitive liée au vieillissement requièrent une intervention concertée, des ressources adaptées et un regard vigilant de la part d'intervenants sensibilisés et formés aux enjeux de l'itinérance.

La mise en place d'équipes « PACT » ou « SIM » pour le soutien professionnel aux personnes souffrant de troubles mentaux graves est essentielle. La création de telles équipes permet la concertation entre les intervenants de première et de deuxième ligne pour développer une approche plus souple leur permettant d'aller directement à la rencontre de la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale grave.

Élargir et diversifier les activités d'*outreach* est primordial afin de dépister, d'appivoiser et d'offrir des soins de première ligne à la clientèle réfractaire. Nous croyons aussi que les intervenants en santé mentale et ceux oeuvrant auprès des clientèles de moins de 18 ans devraient pouvoir se déplacer pour faire de la prévention chez la clientèle la plus à risque.

Piste 2

En raison de l'accroissement du nombre de personnes en situation d'itinérance chronique et afin de favoriser le recours aux services de santé, aux services sociaux et aux ressources communautaires, augmenter les ressources en « outreach » auprès de cette clientèle, entre autres par le développement d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM santé mentale) spécialisée en itinérance.

Piste 3

Les jeunes de la rue étant une population méfiante à l'égard des institutions, l'intervention de milieu « outreach » est aussi une pratique à développer et à consolider pour les rejoindre et favoriser leur accès aux services sociaux et de santé.

Développer des ressources adaptées pour les clientèles avec des troubles de comportement/dépendance/perte d'autonomie, des troubles causés par l'alcoolisation foétale (ETCAF)

Piste 4

Face à la complexité des problématiques de certaines clientèles, en particulier celles souffrant de troubles de comportement/dépendance/perte d'autonomie, développer une ressource de type unité spécifique pouvant répondre aux besoins de personnes en situation d'itinérance avec ce profil.

Piste 5

Mieux diagnostiquer l'ensemble des troubles liés à l'alcoolisation foétale chez les adultes et mettre en place des ressources adaptées aux difficultés que vivent les personnes qui en sont atteintes. Il est essentiel de maintenir les actions de prévention auprès des femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse. Les enfants souffrant d'ETCAF ne sont souvent pas diagnostiqués. Ils sont à haut risque de décrochage scolaire. Adultes, ils ont de la difficulté à gérer leur budget, ont souvent des problèmes de consommation et font des séjours en prison. Les personnes atteintes plus sévèrement ne peuvent vivre seules en appartement et il n'existe pas de ressources pour les soutenir. Puisque l'ETCAF n'est pas considéré comme un problème de santé mentale par le DSM-IV et que le quotient intellectuel des personnes atteintes est habituellement trop élevé pour un diagnostic de déficience intellectuelle, les ressources en place ne leur sont pas accessibles.

Implanter un site d'injection supervisée et des lieux de répit et de décompression pour les personnes toxicomanes.

Piste 6

Le CSSS Jeanne-Mance s'est prononcé en faveur d'un site d'injection supervisée tel que celui développé à Vancouver. La mise sur pied d'une telle ressource ainsi que de lieux de répit et de décompression pour la clientèle toxicomane permettrait un accompagnement par des intervenants ou des pairs et favoriserait la sensibilisation et la prévention des infections transmises par le sexe et le sang.

Faire connaître de façon plus étendue les services d'accueil psychosocial sans rendez-vous en CLSC

Le manque d'information fait en sorte que des intervenants ne sachant où diriger une personne en situation de crise psychosociale ou qui s'est faite évincée de son logement optent pour le séjour dans un refuge. Le risque de s'ancrer dans ce mode de vie après un séjour dans un de ces centres est élevé et contribue à augmenter le nombre de personnes en situation d'itinérance chronique.

Piste 7

Pour prévenir l'itinérance, sensibiliser l'ensemble des intervenants des services de santé et des services sociaux, le personnel d'Urgence-santé et les policiers sur l'intervention auprès de personnes en crise psychosociale ou en pertes cognitives afin qu'ils soient en mesure de les orienter vers les services les mieux adaptés à leur situation, notamment aux services d'accueil psychosociaux sans rendez-vous des CSSS. Ceci dans le but de n'utiliser les refuges qu'en dernier recours.

Donner accès à des lieux de convalescence

Les personnes itinérantes ont les mêmes problèmes de santé que le reste de la population et les protocoles de traitement prennent généralement pour acquis que les patients ont un domicile.

Piste 8

Pour permettre aux personnes en situation d'itinérance en phase aiguë d'une maladie d'être traitées, de se reposer, de dormir la nuit et de changer leurs pansements, créer des lieux de convalescence pour les personnes sans adresse ou leur donner accès aux lieux qui existent déjà.

Favoriser la création de liens entre les organismes

Piste 9

Mettre en place une table de concertation d'intervenants qui évoluent sur le terrain pour favoriser la création de liens professionnels et leur donner un espace pour échanger sur les difficultés rencontrées et sur les solutions possibles. Nous croyons fermement que le partenariat peut véritablement changer des choses.

Assurer un meilleur arrimage entre les intervenants-clé auprès de populations à risque d'itinérance lors de période de transition

Personnes qui sortent de prison

Nous croyons que le milieu carcéral est générateur d'itinérance. Aucune mesure n'est appliquée pour prévenir ce phénomène. À la sortie de prison, le rendez-vous au centre local d'emploi pour faire une demande de revenus est souvent obtenu une à deux semaines après la sortie de prison et aucune démarche de prévention n'est effectuée durant l'incarcération. Il s'écoule donc plusieurs semaines avant l'obtention de la première prestation de revenu.

Aussi, les personnes incarcérées qui prennent une médication ont la responsabilité de demander une prescription de départ, sans quoi on leur remettra généralement des médicaments pour une période de 48 heures. Cette période est très courte pour trouver un médecin qui acceptera de renouveler la prescription. Sans médicaments, la détérioration de l'état de santé physique et mental est accélérée.

Piste 10

Travailler à des alternatives à la judiciarisation des personnes, afin d'éviter le cycle milieu carcéral-rue qui a pour effet de chroniciser l'itinérance.

Jeunes en transition vers la vie adulte

Le développement et la consolidation de ressources de type milieu de vie avec un soutien communautaire et un encadrement visant à soutenir le développement de l'autonomie des jeunes pourraient favoriser une transition vers la vie adulte. Ces ressources s'adresseraient plus spécifiquement aux jeunes carencés et désaffiliés. De plus, des liens entre les centres jeunesse et les ressources du milieu, qu'elles soient communautaires ou institutionnelles, pourraient faciliter la transition et le passage des jeunes vers une vie autonome et par-dessus tout éviter des situations d'itinérance.

Piste 11

Que le gouvernement du Québec assure le développement et la consolidation de ressources de type milieu de vie pour assurer une transition vers la vie autonome des jeunes de 18 ans sortant des centres jeunesse.

Piste 12

Que soient mis en place des outils, des mécanismes, de même que des ressources humaines (intervenants psychosociaux de liaison) afin de permettre un meilleur arrimage entre les intervenants-clé, particulièrement dans les centres jeunesse et le milieu carcéral et que la réalisation de plans d'action et de projets-pilote soit encouragée et financée.

Assurer un financement stable et récurrent pour la mission globale des organismes communautaires

L'intervention des groupes communautaires dans la prévention et la lutte à l'itinérance est riche, grâce à la diversité et la multiplicité des pratiques. Les groupes communautaires sont à l'affût des besoins des populations avec lesquelles ils travaillent et ont développé des solutions adaptées et innovatrices pour prévenir l'itinérance et accompagner les personnes itinérantes.

Le réseau est cependant fragile; son financement étant nettement insuffisant. Pour préserver cette richesse et offrir aux personnes en situation de vulnérabilité une réponse adaptée à leurs besoins, il importe de soutenir le travail des groupes communautaires en leur accordant un financement stable et récurrent. Un financement pour la mission globale des organismes intervenant auprès des personnes en situation d'itinérance permettrait la consolidation des ressources et offrirait une stabilité et une continuité de services pour des personnes dont le quotidien est marqué par l'instabilité.

Piste 13

Que le gouvernement du Québec assure un financement stable et récurrent pour la mission globale des organismes communautaires, notamment par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ainsi que par le Soutien aux organismes communautaires autonomes pour les groupes en défense de droit tels les comités logement travaillant à la défense des droits des locataires et à la promotion de leurs intérêts.

Travailler sur les conditions structurelles contribuant au phénomène de l'itinérance

Travailler en amont sur le phénomène de l'itinérance implique un travail sur les causes structurelles qui y contribuent, plus précisément sur les inégalités et l'exclusion sociale.

La lutte à la pauvreté

La lutte à la pauvreté devrait s'inscrire en priorité dans la prévention et la lutte à l'itinérance. Pauvreté et marginalité vont de pairs. Un colloque intitulé « La fabrique des populations problématiques par les politiques publiques » a révélé que les politiques sociales sont parfois productrices de l'exclusion contre laquelle elles entendent lutter⁶.

Au Québec, les prestations de sécurité du revenu, que l'on qualifie d'aide financière de dernier recours, maintiennent les personnes qui en bénéficient dans un état de précarité et de pauvreté. L'aide financière s'articule à l'aptitude au travail ou à la participation à des mesures de formation et de réinsertion à l'emploi. Les personnes éligibles doivent être classées dans l'une des trois catégories suivantes :

- Apte au travail : prestation de 575 \$ par mois pour une personne ne participant à aucune mesure;
- Contrainte temporaire à l'emploi : prestation de 692 \$ par mois;
- Contrainte sévère à l'emploi : prestation de 862 \$ par mois.

À ce sujet, l'aptitude au travail du prestataire de sécurité du revenu est jugée par le médecin qui est alors aux prises avec un problème déontologique et éthique important. Voir annexe 2 – Article intitulé : Appauvrissement et aide sociale – Le malaise des médecins – Revue du CREMIS – Volume 1, numéro 1, mars 2008.

L'augmentation du coût de la vie, et plus particulièrement du coût des loyers, s'avère un enjeu de taille dans les grands centres urbains du Québec. À Montréal, le coût approximatif d'une chambre, indépendamment de son niveau de salubrité, se situe entre 350 \$ et 450 \$ par mois. Certaines personnes paient jusqu'à 500 \$ pour une chambre dans les quartiers centraux.

Ces personnes affectent de 50 % à 80 % de leur revenu à l'habitation. Sachant qu'un taux d'effort de 30 % est considéré comme la référence dans la définition des indices de défavorisation, nous pouvons affirmer que les personnes qui reçoivent des prestations de la Sécurité du revenu s'enlisent dans la précarité. De plus, elles doivent déclarer tout revenu supplémentaire, que ce soit de l'aide alimentaire obtenue de leur famille ou des revenus de mendicité ou du recyclage de canettes de boissons gazeuses vides. Tout revenu excédant 200 \$ est retranché du chèque. Un supplément de revenu permettrait aux personnes d'assurer la réponse à leurs besoins fondamentaux en toute dignité et aurait des impacts sur leur qualité de vie, leur santé et leur réinsertion sociale.

⁶ Keays N., *Des politiques sociales jusqu'à l'itinérance à Montréal : Constats et actions d'une équipe engagée*, juin 2007.

Piste 14

Que le gouvernement du Québec rehausse les prestations d'aide sociale pour permettre la couverture des besoins essentiels et qu'il permette un revenu supplémentaire sans pénalité jusqu'à l'équivalent de la mesure du panier de consommation (MPC) établie par Statistique Canada, évaluée à 13 267 \$, excluant les soins de santé et les médicaments.

La prévention en milieu scolaire

Le milieu scolaire est un lieu de prédilection pour le travail de prévention de l'itinérance et de l'exclusion sociale. La lutte au décrochage scolaire, l'intervention sur des phénomènes tels l'intimidation, le taxage, la promotion de saines habitudes de vie peuvent contribuer à bien outiller les jeunes et plus particulièrement les jeunes à risques, pour leur vie adulte. Des ressources en orthopédagogie, éducation spécialisée ou autres permettent d'effectuer des interventions précoces sur des problèmes pouvant miner l'apprentissage et le plein développement des jeunes. Ces ressources sont parfois absentes de certains milieux scolaires faute de financement.

Le travail concerté entre le milieu scolaire et les groupes communautaires ont permis la réalisation de projets adaptés aux familles et aux jeunes en difficulté tels l'aide aux devoirs, les ateliers de cuisine pour les jeunes, les activités sportives et parascolaires, etc. Une approche mise de l'avant par le réseau scolaire et le réseau de la santé, Écoles et milieux en santé, a pour but la promotion du bien-être et la prévention des problèmes psychosociaux. Ces initiatives axées sur la concertation donnent lieu à des projets stimulants pour les jeunes et favorisent un arrimage entre les lieux d'ancrage importants pour ces jeunes, soit l'école, la famille et la communauté.

Piste 15

Que le gouvernement du Québec favorise l'intervention précoce au sein du réseau scolaire par l'attribution de ressources spécialisées, en éducation spécialisée, orthopédagogie ou autres, pour prévenir le décrochage scolaire.

Piste 16

Que le gouvernement du Québec soutienne, par un financement stable et récurrent, la réalisation de projets de partenariat entre le réseau scolaire et le milieu communautaire, notamment les projets d'ateliers de devoirs, les projets faisant la promotion de saines habitudes de vie, etc.

Les programmes d'insertion à l'emploi adapté

La réalisation d'activités valorisantes adaptées aux capacités et au potentiel des individus est une condition d'insertion sociale et d'intégration. Plusieurs des programmes pilotés par les centres locaux d'emplois ont pour objectif de réintégrer les personnes sur le marché du travail. Ces programmes sont parfois peu adaptés à la réalité de personnes ayant vécu ou vivant un épisode d'itinérance.

Il faut investir dans des programmes d'insertion à l'emploi adapté. Les critères de performance des emplois « réguliers » ne sont pas réalistes pour bon nombre de personnes par ailleurs tout à fait aptes et intéressées à travailler. Il est important de contribuer à ne pas valoriser les notions associées à la surconsommation et à la performance et de favoriser le retour aux valeurs de soutien et d'entraide.

Le milieu communautaire avait accès, il y a plusieurs années, à des programmes gérés par les corporations de développement économique communautaire qui visaient une clientèle très loin du marché du travail. Ces fonds, autrefois nommés Fonds d'initiative locale ou autres, ont permis à des personnes en situation d'itinérance de réaliser des projets et de développer des habiletés sociales préalables à toute réintégration à l'emploi.

D'autre part, certaines personnes ne peuvent tout simplement pas retourner sur le marché du travail. Elles pourraient toutefois réaliser des activités leur permettant de s'épanouir et de se construire un réseau social hors du milieu de la rue.

Piste 17

Que les centres locaux d'emploi favorisent la réinsertion sociale des personnes à risque ou en situation d'itinérance par la mise en place de fonds gérés localement (tels le Fonds d'initiative locale) permettant un financement souple et adapté de projets de pré-employabilité et d'insertion sociale.

L'accès à un logement à prix abordable

Le logement est un enjeu central dans la prévention et la lutte à l'itinérance. Le CSSS Jeanne-Mance a contribué à la réalisation de plusieurs projets de logements sociaux portés par des groupes communautaires de son territoire pour répondre aux besoins de personnes aux prises avec des problématiques particulières et en situation ou à risque d'itinérance.

Le logement social avec soutien communautaire est à notre avis une réponse structurante à la problématique de l'itinérance. Bien que l'itinérance ne se limite pas seulement à un problème de logement, elle sous-entend toujours un problème de logement. En plus de donner accès à un logement sécuritaire et de qualité, le logement social permet aux individus d'améliorer leurs conditions de vie (25 % du revenu) et leur état de santé. Les expériences des groupes communautaires en habitation de notre territoire démontrent comment le logement social avec soutien communautaire est un puissant levier de réinsertion sociale et favorise la stabilité résidentielle et la participation des individus en tant que citoyens.

Dans les quartiers centraux de Montréal, les besoins sont criants. L'exemple de l'arrondissement Ville-Marie est éloquent. En effet, la population de l'arrondissement est marquée par de grandes disparités socioéconomiques et les taux de défavorisation de certains quartiers de cet arrondissement sont parmi les plus élevés au Canada. L'arrondissement fait partie des sept arrondissements de l'agglomération de Montréal qui comptent plus de 10 000 ménages locataires rencontrant des problèmes d'abordabilité, soit 12 305 ménages.⁷ Parmi ces ménages, 63,4 % consacre plus de 50 % de ses revenus au paiement du loyer. La part relative du revenu consacrée au logement maintient les populations vulnérables dans un statut de précarité et augmente le risque d'itinérance. D'autre part, les difficultés de réinsertion des personnes en situation d'itinérance, par l'accès à un logement décent et à faible coût, près des ressources communautaires qui les accompagnent, en sont d'autant plus sévères.

Malgré les différentes opérations de la Ville de Montréal, les besoins en logements sociaux sont toujours aussi criants. Selon les groupes de ressources techniques œuvrant sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, les possibilités de développement de logements sociaux et communautaires dans la métropole sont limitées par la hausse des coûts globaux, le coût et la disponibilité des terrains et par les coûts reconnus par la Société d'habitation du Québec (SHQ) pour l'achat-rénovation et qui ne correspondent pas à la réalité de notre territoire.

Une étude réalisée par le Comité logement Centre-Sud indique d'ailleurs que le « ratio de logements sociaux et subventionnés pour 1 000 ménages dans la région métropolitaine de Montréal est très en deçà de celui d'autres grandes villes nord-américaines, telles que Toronto ou New York. Alors qu'on compte 37 logements sociaux et subventionnés pour 1 000 ménages dans la région de Montréal, on en compte 73 à Toronto et 148 à New York. » Nous croyons qu'une intervention significative pour prévenir et lutter contre l'itinérance devrait mettre de l'avant un large chantier de logements sociaux pour les personnes les plus vulnérables. Cette intervention doit également s'accompagner par un accroissement des fonds investis en soutien communautaire, cette formule favorisant la stabilité résidentielle et réduisant les risques d'itinérance.

Le gouvernement du Québec a investi de l'argent neuf pour le soutien communautaire au cours de la dernière année. Cependant, le mode d'attribution de l'enveloppe en soutien communautaire repose sur une formule gouvernementale « d'équité régionale ». Des indicateurs de pauvreté ainsi que le nombre de ressources présentes sur le territoire déterminent le montant accordé à chacune des régions. Dans cette logique, Montréal a droit à un montant de 578 582 \$ pour 35 858 unités de logement comparativement à Laval dont le montant est fixé à 314 140 \$ pour les 2 682 unités que compte son territoire. Sur une enveloppe d'un million de dollars, l'Agence de la santé et des services sociaux a vu diminuer son budget de développement par le ministère de la Santé et des Services sociaux au nom de l'équité interrégionale. L'Agence, convaincue de la pertinence de ce type d'intervention, a toutefois compensé ce montant en réallouant 300 000 \$ au soutien communautaire au logement avec son enveloppe régionale. Les partenaires du CSSS Jeanne-Mance évaluent à près de cinq millions de dollars les besoins en soutien communautaire à Montréal.

⁷ Analyse de la répartition spatiale de l'offre et de la demande de logements sociaux et abordables sur le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal, Apparicio, Séguin, Leloup, INRS, CMM, Avril 2007.

Piste 18

Que le gouvernement du Québec assure la pérennité de la mesure Soutien au loyer afin de permettre aux personnes en situation de précarité de préserver leur logement.

Piste 19

Que le gouvernement mette en œuvre un plan de relance du logement social et communautaire sur cinq ans et qu'il prenne en compte les spécificités du centre-ville de Montréal.

Piste 20

Que le gouvernement du Québec augmente l'enveloppe dédiée au soutien communautaire afin de consolider ce mode d'intervention auprès des personnes en situation de vulnérabilité et d'en assurer le développement.

Piste 21

Que le gouvernement du Québec révise la notion d'équité interrégionale dans l'attribution des enveloppes de soutien communautaire en logement pour lier ces enveloppes au nombre d'unités présentes sur les différents territoires.

La question des maisons de chambres

La chambre et sa version améliorée, le studio, sont depuis longtemps la seule forme de logement accessible pour les personnes seules à très faible revenu. La chambre est aussi pour plusieurs la sortie de la rue et le début d'une stabilité résidentielle et d'une insertion sociale.

Déjà, au tournant des années 80, les principaux intervenants sur la question relevaient qu'en dix ans, le nombre de chambres à Montréal avait diminué de 65 %. Aujourd'hui, on constate qu'il ne reste sur le marché privé de Montréal que quelque 3 000 chambres, concentrées particulièrement dans les quartiers centraux.

Bien que le milieu communautaire ait pu convertir une partie du parc en logements sociaux - une trentaine de maisons sur le Plateau-Mont-Royal et une vingtaine dans Ville-Marie - la majorité des unités qui restent appartiendraient encore à de petits propriétaires. Plusieurs d'entre eux ont ciblé de nouvelles clientèles comme les étudiants, les gens d'affaires et les touristes. Le loyer est en augmentation constante, se situant rarement en deçà de 300 \$ et dépassant parfois les 500 \$ pour des chambres minuscules à peine salubres.

Plusieurs contraintes entravent l'acquisition et la transformation des maisons de chambres en logements sociaux. D'une part, le prix de vente des maisons de chambres est souvent fixé à partir du potentiel d'exploitation plutôt que de la valeur réelle. Ceci est une contrainte de plus en plus présente au centre-ville de Montréal compte-tenu de l'état du marché. Ensuite, les unités octroyées par le gouvernement du Québec et l'incertitude à l'égard de l'avenir des programmes AccèsLogis (gouvernement provincial) et Initiative de partenariat pour la lutte à l'itinérance (gouvernement fédéral) constituent des obstacles à la mobilisation des groupes pour sortir les maisons de chambres du marché privé. Enfin, le manque de flexibilité et l'inadéquation des programmes pour le marché spécifique des maisons de chambres ainsi que la lourdeur du processus pour l'acceptation des projets complexifient les démarches d'acquisition.

Le CSSS Jeanne-Mance participe à un comité de travail mis sur pied par la Ville de Montréal, de concert avec le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), pour élaborer un programme spécifique pour la sauvegarde des maisons de chambres à Montréal. Une collaboration entre la Ville de Montréal, le gouvernement du Québec et les promoteurs sociaux est absolument incontournable pour mettre en œuvre une stratégie de préservation du parc. Cette intervention doit être rapide car une étude du RAPSIM démontre la vitesse à laquelle disparaissent les unités. Entre 2002 et 2006, le centre-ville a perdu 1 164 chambres.

Une stratégie de sauvegarde des maisons de chambres dans la métropole devrait comprendre : des unités en nombre suffisant et inscrites dans un plan global afin de pouvoir répondre aux occasions d'acquisition quand elles se présentent; un moratoire sur les transformations d'usage notamment en gîtes du passant; une augmentation des montants accordés dans le cadre des programmes et une adaptation des programmes pour la question spécifique des maisons de chambres; et une flexibilité des programmes permettant, entre autres, l'achat simple.

Piste 22

Que le gouvernement du Québec contribue à la réalisation de la stratégie de sauvegarde des maisons de chambres à Montréal par l'octroi d'unités spécifiques pour sauver le parc et l'adaptation à cette fin des programmes de la SHQ.

POLITIQUE EN ITINÉRANCE

Nécessité d'une politique

Prévenir le phénomène de l'itinérance et travailler auprès des populations en situation d'itinérance requièrent une vision globale des actions à entreprendre, des acteurs à mobiliser et des politiques à mettre en œuvre.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à l'élaboration d'un cadre de référence en itinérance au Québec. Ce cadre mise sur la mobilisation des acteurs, dont chaque ministère concerné par la question de l'itinérance, pour agir sur la santé et le bien-être des personnes sans-abri. Plusieurs membres du comité de liaison en itinérance de Montréal ont collaboré à l'élaboration de ce cadre.

La mobilisation de l'ensemble des ministères est nécessaire pour s'attaquer au phénomène de l'itinérance. En ce sens, seule une véritable politique en itinérance permettrait d'articuler l'intervention des différents ministères dans la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance. L'ensemble des actions gouvernementales doit être ciblé : les services de santé et les services sociaux, les centres jeunesse, les institutions psychiatriques et carcérales, la sécurité du revenu, les programmes de logement, le ministère de la Justice, le ministère de l'Éducation. Aussi, le gouvernement du Québec doit cibler un ministre responsable de coordonner la réalisation et la mise en œuvre de cette politique, de la doter d'objectifs clairs, de moyens concrets et d'échéancier.

Les personnes en situation d'itinérance ont des trajectoires marquées par la présence et l'intervention de plusieurs acteurs communautaires et institutionnels. L'équipe itinérance constate les impacts du manque de cohésion entre les intervenants et les institutions lors de périodes-clé de transition de parcours de personnes sortant des centres jeunesse, du milieu carcéral ou d'institutions psychiatriques. Ces périodes de transition sont déterminantes pour la suite du parcours des personnes. Afin d'assurer un meilleur arrimage, l'équipe Itinérance du CSSS comptera, dès cet automne, sur la présence d'un intervenant psychosocial avec un mandat de liaison.

Des collaborations et des arrimages reposent cependant sur une meilleure connaissance des rôles et missions des différents acteurs. Des outils et des mécanismes de collaboration entre intervenants des différentes institutions identifiées précédemment contribueraient à assurer une meilleure cohésion de l'intervention, à prévenir et à réduire l'itinérance.

Piste 23

Nous croyons nécessaire que le gouvernement du Québec élabore et mette en œuvre une politique en itinérance et qu'il désigne un ministre responsable de son application et imputable des résultats.

Axes de la politique

Il est fondamental que tout citoyen, peu importe sa situation, ait accès à un logement adéquat, à des soins de qualité et au respect de ses droits.

Les axes de cette politique devraient donc être les suivants :

Un revenu décent

Rehausser le niveau de revenu, renforcer l'accessibilité aux mesures de soutien au revenu et se doter de mesures fiscales visant un partage plus équitable de la richesse.

Le droit au logement

Entreprendre un grand chantier de logements sociaux, réaliser un investissement significatif dans le soutien communautaire, renforcer les mesures de régulation du marché du logement privé et prévenir l'itinérance chez les personnes sortant d'une institution.

Le droit à l'éducation

Favoriser la persévérance scolaire de façon plus intense dans les milieux défavorisés. Favoriser le droit à l'éducation des personnes en situation ou à risque d'itinérance et soutenir la pratique d'insertion au milieu du travail.

Le droit à la santé

Garantir l'accessibilité et l'équité des services de santé et des services sociaux, respecter les principes de l'adhésion libre et de la confidentialité et renforcer les mesures de soutien aux familles et aux jeunes en difficulté.

Un réseau d'aide et de solidarité

Reconnaître l'apport social des organismes communautaires d'aide en itinérance et en améliorer le soutien financier, reconnaître l'apport social des pratiques de défense des droits et les financer adéquatement, reconnaître l'apport social des initiatives de participation citoyenne et les financer adéquatement et favoriser la concertation intersectorielle en itinérance.

CONCLUSION

Des responsabilités partagées

L'itinérance est un phénomène complexe qui implique différents facteurs de vulnérabilité. Si le gouvernement du Québec doit être le maître-d'œuvre de la lutte à l'itinérance et aux facteurs de risques, plusieurs autres partenaires ont la responsabilité d'intervenir pour protéger les populations parmi les plus vulnérables de notre société. Le gouvernement fédéral et les municipalités sont également interpellés. Une action concertée de tous les acteurs concernés est la seule voie pour contrer de façon efficace le phénomène de l'itinérance et chacun dispose d'outils privilégiés qui lui sont propres.

La Ville de Montréal

La Ville de Montréal travaille de concert avec ses partenaires sur une stratégie visant à sauvegarder les maisons de chambres. De plus, elle a élaboré une *stratégie d'inclusion* dans le développement de grands sites (plus de 200 unités) afin de favoriser la réalisation de projets de logements sociaux et abordables (30 %) et, par le fait même, d'assurer une mixité sociale dans les nouveaux projets résidentiels. Cette stratégie doit être appliquée et la ville doit pouvoir compter, lors du développement des projets, avec les unités nécessaires à sa mise en œuvre. Le milieu communautaire du CSSS Jeanne-Mance évalue à près de 14 000 nouvelles unités le potentiel de développement au centre-ville. Trois mille unités de logements sociaux et abordables seraient à prévoir pour favoriser ces développements.

L'expertise et la contribution du personnel de la Ville de Montréal dans le développement de projets de logements adaptés aux populations vulnérables est à souligner. Les paramètres des programmes Accès-Logis ou Achat-rénovation sont parfois trop rigides pour permettre l'acquisition par les groupes sociaux. Une adaptation des programmes de la SHQ pour répondre aux spécificités des régions et de la métropole favorisait le développement du parc de logements sociaux.

Le gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a cessé d'investir dans le logement social depuis 1994. La SCHL détient plusieurs milliards de dollars de surplus dans ses coffres. Le gouvernement du Québec doit obtenir un réinvestissement du fédéral en logements sociaux et s'assurer de la continuité de l'Initiative de partenariats de lutte à l'itinérance (IPLI) et du Programme d'aide à la rénovation et l'entretien des logements (PAREL). Le programme IPLI contribue à financer les postes de plus de 80 intervenants en itinérance à Montréal et a permis la réalisation de plusieurs projets de logements sociaux. Ces projets n'auraient pu être réalisés sous le seul programme Accès-Logis. Le gouvernement fédéral a annoncé le 18 septembre 2008 le renouvellement de ce programme sur cinq ans. Cette contribution devrait toutefois être accompagnée par des investissements pour le développement du parc de logements sociaux.

Le gouvernement du Québec

Le rôle du gouvernement du Québec est de coordonner les efforts de l'ensemble des ministères, des institutions et des différents réseaux afin d'articuler les interventions pour prévenir et lutter contre l'itinérance. La lutte à la pauvreté passe, entre autres, par le rehaussement des prestations d'aide de dernier recours, par la reconduction et l'adaptation des programmes voués au développement du logement social et communautaire; par le soulagement du taux d'effort des personnes en situation de précarité en confirmant la reconduction de la mesure Soutien au loyer (SLO); par l'accès aux services de santé et de services sociaux et l'adaptation de ces services aux réalités des personnes en situation d'itinérance; par la pérennité des programmes et des projets tel le Tribunal de la santé mentale et par des investissements dans la recherche et la formation de la relève.

Les objectifs ciblés dans le cadre de référence et la mise en œuvre des actions structurantes permettront de travailler en amont pour prévenir et réduire le phénomène de l'itinérance. Il s'agit d'un cadre important qui devrait à notre avis s'inscrire au sein d'une véritable politique en itinérance. Cette politique permettrait à tous les acteurs concernés de concerter leurs efforts et l'identification d'un ministre responsable assurerait une meilleure coordination de l'ensemble des partenaires. Nous croyons qu'aller dans le sens de cette politique, demandée par le Réseau itinérance Québec, serait la plus grande contribution que le gouvernement du Québec pourrait faire.

Le plan d'action intersectoriel en itinérance, piloté par le comité de liaison en itinérance de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, a donné lieu à un large consensus en ce qui a trait aux objectifs ciblés et aux actions à mettre de l'avant. Une large consultation des groupes communautaires et des équipes de travail des différents partenaires ont permis une discussion et une validation des mesures qui sont ciblées. Indépendamment des suites que requiert l'adoption de ce document par les différentes instances, plusieurs des projets identifiés mériteraient d'emblée un suivi et des échéanciers plus précis. Les conditions sont-elles en place pour leur réalisation, quelles sont les actions prioritaires à mettre de l'avant et où en sont les partenaires dans la réalisation des projets sous leurs responsabilités?

Plusieurs de ces projets interpellent le CSSS Jeanne-Mance dont la mise en place d'un lieu de dégrisement. Ce projet est une mesure importante pour éviter l'incarcération ou l'hospitalisation de personnes gisant ivres ou intoxiquées et consiste en la mise en place d'un lieu de dégrisement non médical. L'ouverture de cette ressource, réclamée par nos partenaires du SPVM, du CHUM, du Centre Dollard-Cormier et du RAPSIM doit recevoir l'appui de la Ville de Montréal.

Nous remercions les membres de la Commission des Affaires sociales de nous avoir permis de nous exprimer sur les enjeux du phénomène de l'itinérance et les pistes d'interventions possibles. Nous tenons à réitérer notre volonté de travailler avec l'ensemble des partenaires dans la lutte à l'itinérance. Nous souhaitons que ce mémoire contribue aux travaux et à la réflexion de la Commission.

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

Prévention
Approche de milieu
Formation
Décrochage scolaire

Engagement social
Logement
Revenu décent

Accessibilité
Soins de santé
Médicaments

PISTES D'ACTION

Piste 1

Le financement de la recherche et de lieux permettant la production et la diffusion de la connaissance sur des enjeux ciblés par les acteurs communautaires et les praticiens ainsi que la formation des intervenants et de leur relève.

Piste 2

En raison de l'accroissement du nombre de personnes en situation d'itinérance chronique et afin de favoriser le recours aux services de santé, aux services sociaux et aux ressources communautaires, augmenter les ressources en « outreach » auprès de cette clientèle, entre autres par le développement d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM santé mentale) spécialisée en itinérance.

Piste 3

Les jeunes de la rue étant une population méfiante à l'égard des institutions, l'intervention de milieu « outreach » est aussi une pratique à développer et à consolider pour les rejoindre et favoriser leur accès aux services sociaux et de santé.

Piste 4

Face à la complexité des problématiques de certaines clientèles, en particulier celles souffrant de troubles de comportement/dépendance/perte d'autonomie, développer une ressource de type unité spécifique pouvant répondre aux besoins de personnes en situation d'itinérance avec ce profil.

Piste 5

Mieux diagnostiquer l'ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale chez les adultes et mettre en place des ressources adaptées aux difficultés que vivent les personnes qui en sont atteintes. Il est essentiel de maintenir les actions de prévention auprès des femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse. Les enfants souffrant d'ETCAF ne sont souvent pas diagnostiqués. Ils sont à haut risque de décrochage scolaire. Adultes, ils ont de la difficulté à gérer leur budget, ont souvent des problèmes de consommation et font des séjours en prison. Les personnes atteintes plus sévèrement ne peuvent vivre seules en appartement et il n'existe pas de ressources pour les soutenir. Puisque l'ETCAF n'est pas considéré comme un problème de santé mentale par le DSM-IV et que le quotient intellectuel des personnes atteintes est habituellement trop élevé pour un diagnostic de déficience intellectuelle, les ressources en place ne leur sont pas accessibles.

Piste 6

Le CSSS Jeanne-Mance s'est prononcé en faveur d'un site d'injection supervisée tel que celui développé à Vancouver. La mise sur pied d'une telle ressource ainsi que de lieux de répit et de décompression pour la clientèle toxicomane permettrait un accompagnement par des intervenants ou des pairs et favoriserait la sensibilisation et la prévention des infections transmises par le sexe et le sang.

Piste 7

Pour prévenir l'itinérance, sensibiliser l'ensemble des intervenants des services de santé et des services sociaux, le personnel d'Urgence-santé et les policiers sur l'intervention auprès de personnes en crise psychosociale ou en pertes cognitives afin qu'ils soient en mesure de les orienter vers les services les mieux adaptés à leur situation, notamment aux services d'accueil psychosociaux sans rendez-vous des CSSS. Ceci dans le but de n'utiliser les refuges qu'en dernier recours.

Piste 8

Pour permettre aux personnes en situation d'itinérance en phase aiguë d'une maladie d'être traitées, de se reposer, de dormir la nuit et de changer leurs pansements, créer des lieux de convalescence pour les personnes sans adresse ou leur donner accès aux lieux qui existent déjà.

Piste 9

Mettre en place une table de concertation d'intervenants qui évoluent sur le terrain pour favoriser la création de liens professionnels et leur donner un espace pour échanger sur les difficultés rencontrées et sur les solutions possibles. Nous croyons fermement que le partenariat peut véritablement changer des choses.

Piste 10

Travailler à des alternatives à la judiciarisation des personnes, afin d'éviter le cycle milieu carcéral-rue qui a pour effet de chroniciser l'itinérance.

Piste 11

Que le gouvernement du Québec assure le développement et la consolidation de ressources de type milieu de vie pour assurer une transition vers la vie autonome des jeunes de 18 ans sortant des centres jeunesse.

Piste 12

Que soient mis en place des outils, des mécanismes, de même que des ressources humaines (intervenants psychosociaux de liaison) afin de permettre un meilleur arrimage entre les intervenants-clé, particulièrement dans les centres jeunesse et le milieu carcéral et que la réalisation de plans d'action et de projets-pilote soit encouragée et financée.

Piste 13

Que le gouvernement du Québec assure un financement stable et récurrent pour la mission globale des organismes communautaires, notamment par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ainsi que par le Soutien aux organismes communautaires autonomes pour les groupes en défense de droit tels les comités logement travaillant à la défense des droits des locataires et à la promotion de leurs intérêts.

Piste 14

Que le gouvernement du Québec rehausse les prestations d'aide sociale pour permettre la couverture des besoins essentiels et qu'il permette un revenu supplémentaire sans pénalité jusqu'à l'équivalent de la mesure du panier de consommation (MPC) établie par Statistique Canada, évalué à 13 267 \$, excluant les soins de santé et les médicaments.

Piste 15

Que le gouvernement du Québec favorise l'intervention précoce au sein du réseau scolaire par l'attribution de ressources spécialisées, en éducation spécialisée, orthopédagogie ou autres, pour prévenir le décrochage scolaire.

Piste 16

Que le gouvernement du Québec soutienne, par un financement stable et récurrent, la réalisation de projets de partenariat entre le réseau scolaire et du milieu communautaire, notamment les projets d'ateliers de devoirs, les projets faisant la promotion de saines habitudes de vie, etc.

Piste 17

Que les centres locaux d'emploi favorisent la réinsertion sociale des personnes à risque ou en situation d'itinérance par la mise en place de fonds gérés localement (tels le Fonds d'initiative locale) permettant un financement souple et adapté de projets de pré-employabilité et d'insertion sociale.

Piste 18

Que le gouvernement du Québec assure la pérennité de la mesure Soutien au loyer afin de permettre aux personnes en situation de précarité de préserver leur logement.

Piste 19

Que le gouvernement mette en œuvre un plan de relance du logement social et communautaire sur cinq ans et qu'il prenne en compte les spécificités du centre-ville de Montréal.

Piste 20

Que le gouvernement du Québec augmente l'enveloppe dédiée au soutien communautaire afin de consolider ce mode d'intervention auprès des personnes en situation de vulnérabilité et d'en assurer le développement.

Piste 21

Que le gouvernement du Québec révise la notion d'équité interrégionale dans l'attribution des enveloppes de soutien communautaire en logement pour lier ces enveloppes au nombre d'unités présentes sur les différents territoires.

Piste 22

Que le gouvernement du Québec contribue à la réalisation de la stratégie de sauvegarde des maisons de chambres à Montréal par l'octroi d'unités spécifiques pour sauver le parc et l'adaptation à cette fin des programmes de la SHQ.

Piste 23

Nous croyons nécessaire que le gouvernement du Québec élabore et mette en œuvre une politique en itinérance et qu'il désigne un ministre responsable de son application et imputable des résultats.

Le territoire et la population desservie par le CSSS Jeanne-Mance

Centre d'hébergement Armand-Lavergne

1 514 527-8921
3500, rue Chapleau
Montréal QC H2K 4N3

Centre d'hébergement Bruchési

2 514 526-4981
2225, rue Rachel Est
Montréal QC H2H 1R4

Centre d'hébergement du Centre- Ville-de-Montréal

3 514 861-9331
66, boulevard René-Lévesque Est
Montréal QC H2X 1N3

Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or

4 514 842-1147
3430, rue Jeanne-Mance
Montréal QC H2X 2J9

Centre d'hébergement Émilie-Gamelin

5 514 527-8921
1440, rue Dufresne
Montréal QC H2K 3J3

Centre d'hébergement Ernest-Routhier

6 514 842-7181
2110, rue Wolfe
Montréal QC H2L 4V4

Centre d'hébergement Jacques-Viger

7 514 842-7181
1051, rue Saint-Hubert
Montréal QC H2L 3Y5

Centre d'hébergement Jean-De La Lande

8 514 526-4981
4255, avenue Papineau
Montréal QC H2H 2P6

CLSC du Plateau-Mont-Royal – 514 521-7663

A 4625, avenue De Lorimier
Montréal QC H2H 2B4

CLSC Saint-Louis-du-Parc – 514 286-9657

B Bureau 100
15, avenue du Mont-Royal Ouest
Montréal QC H2T 2R9

C Bureau 500
55, avenue du Mont-Royal Ouest
Montréal QC H2T 2S5

CLSC des Faubourgs – 514 527-2361

D 1705, rue de la Visitation
Montréal QC H2L 3C3

E 1250, rue Sanguinet
Montréal QC H2X 3E7

F 2260, rue Parthenais
Montréal QC H2K 3T5

Programme Pour une maternité sans danger

514 858-2460
75, rue de Port-Royal Est
Montréal QC H3L 3T1

Services administratifs

514 842-7180
1200, avenue Papineau
Montréal QC H2K 4R5



DOSSIER

Appauvrissement et aide sociale Le malaise des médecins

Les trajectoires de vie des personnes vivant dans la pauvreté, dans lesquelles interviennent les médecins, sont marquées à la fois par leurs conditions matérielles d'existence, et par des rapports sociaux qui peuvent être stigmatisants

ou aidants. Si la stigmatisation a comme conséquence le maintien de la personne dans sa situation ou l'aggravation de celle-ci, son amélioration dépend de l'existence d'autres types de rapports dans le cadre desquels elle peut retrouver reconnaissance et soutien. Dans ce contexte global où les rapports avec les populations sujettes à l'appauvrissement peuvent soit les stigmatiser davantage, soit leur apporter un réel soutien, comment caractériser le rôle joué par les médecins dans l'administration de l'aide sociale ?

indéfinie et que, pour cette raison et compte tenu de ses caractéristiques socio-professionnelles, elle présente des contraintes sévères à l'emploi. Pour un adulte, l'allocation supplémentaire prévue pour une contrainte temporaire est de 117\$ par mois – allocation qui s'ajoute au montant de base de 551\$ prévu par la Loi – alors que pour une contrainte sévère, l'allocation supplémentaire prévue est de 303\$.

C'est ainsi le médecin qui doit décider si la condition de santé de la personne justifie un tel statut, tout en sachant que le montant de base accordé à l'aide sociale ne permet pas aux prestataires de sortir de la pauvreté, ce qui risque d'avoir un effet néfaste sur sa santé par la suite. Le médecin doit aussi porter un jugement sur les conditions de santé nécessaires pour effectuer tel ou tel type d'emploi, et là aussi, peut être conscient que certaines conditions de travail – notamment au bas de l'échelle – peuvent avoir un impact négatif sur la santé de son patient. Autrement dit, le médecin assume un rôle relevant de l'administration de l'aide sociale et de l'évaluation des exigences du marché du travail, rôle qui déborde celui de soignant et risque de le placer dans un autre type de rapport vis-à-vis de la personne. Ce rôle peut devenir de plus en plus difficile avec la baisse, en valeur réelle, des prestations d'aide sociale, l'appauvrissement progressif des travailleurs au bas de l'échelle et les conséquences inévitables de ces deux types d'appauvrissement sur la santé. C'est ici que le médecin peut ressentir un malaise profond relevant du sentiment d'être contraint et complice d'un système qui exclut plutôt qu'il inclut



Gherm, 2008. © Certains droits réservés

Dans le cas du Québec, la *Loi sur le soutien du revenu* prévoit qu'une personne qui présente certaines contraintes à l'emploi (et qui est en fait inapte à l'emploi) est admissible à une augmentation de la prestation de base de l'assistance-emploi. Ces contraintes peuvent être «temporaires» ou «sévères». Dans le cas de contraintes temporaires, la personne doit démontrer, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental l'empêche, pour une période d'au moins un mois, de réaliser une activité rémunérée. Dans le cas de contraintes sévères à l'emploi, la prestation sera augmentée d'une allocation supplémentaire si la personne en cause démontre, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental est, de façon significative, déficient ou altéré pour une durée vraisemblablement permanente ou

David Barbeau
Christopher McAll
Marie-Carmen Plante
CREMIS

Double jeu

Le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale

Ce texte décrit un moment dans le travail d'un psychiatre avec une équipe multidisciplinaire, formée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de deux médecins généralistes et d'un agent communautaire, qui se consacre aux malades mentaux sans-abri depuis près de 11 ans, dans le centre-ville de Montréal. Les locaux de cette équipe se trouvent au Centre local de services communautaires (services de santé et sociaux) nommé CLSC des Faubourgs, au cœur de la communauté... Suite à une fusion récente de plusieurs CLSC, nous portons dorénavant le nom de CSSS Jeanne-Mance.

Marie-Carmen Plante

Psychiatre, professeure agrégée au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et chercheuse praticienne au CREMIS

Dans le contexte du travail clinique auprès des personnes vivant sans abri et dans l'exclusion ou l'itinérance au Québec, les psychiatres sont amenés à vivre des moments significatifs auprès de ces derniers, qui questionnent régulièrement les notions de discrimination, de stigmatisation et d'inégalités sociales. En effet, lorsque les personnes acceptent une évaluation en psychiatrie, préparée souvent de longue date par les membres de l'équipe ou demandée d'urgence, parfois par la personne elle-même ou souvent en situation de crise, ces personnes possèdent déjà un statut discriminatoire puisqu'elles sont rencontrées par une équipe clairement identifiée et ont dû se présenter dans des lieux dédiés uniquement à une population itinérante. Elles sont déjà ciblées par rapport aux autres groupes qui fréquentent le CSSS Jeanne-Mance. Elles appartiennent déjà à une catégorie bien déterminée, identifiée, connue, significative, celle de personnes sans adresse, habituellement très pauvres, vivant en situation marginale, dans la rue, en manque de moyens et de revenu. Leur faible revenu financier en fait aussi des personnes à part, très marquées par leur statut de bénéficiaire de l'Aide Sociale le cas échéant. Elles sont, dans notre contexte québécois, déjà victi-

mes d'une double discrimination : être une personne itinérante et être une personne bénéficiaire de l'aide sociale.

Certaines d'entre elles ne perçoivent aucun revenu et tentent de survivre en étant complètement démunies, pendant des mois ou des années, en raison d'atteintes mentales sévères et continues qui les écartent et les stigmatisent davantage. Bien sûr, ce chèque qui discrimine, permet aussi une amélioration de la condition de vie ou devrait le permettre, mais vivre complètement en dehors des Missions et des différentes ressources associées, en se contentant de ce minimum de 551\$ par mois, est quasi impossible. Même pour la tête la mieux organisée et la mieux articulée, et pour la personne qui désirerait vivre de simplicité volontaire et de débrouillardise. Ce montant ne mène qu'à une vie ascétique, vers une plus grande pauvreté, et conduit à une détérioration de leur qualité de vie.

De plus, parmi ceux qui reçoivent des prestations, certains ne reçoivent qu'une allocation encore plus réduite suite à des coupures pour dettes antérieures, en raison d'un trop perçu ou pour d'autres motifs qui les pénalisent largement. Parmi les nombreux exemples rencontrés dans une pratique psychiatrique en milieu communautaire, nous constatons les imbroglios technocratiques et les difficultés qu'éprouvent les bénéficiaires à s'y retrouver. Les montants réduits peuvent l'être à cause d'un changement de statut ou parce que leur assurance-chômage étant expirée, les démarches faites pour obtenir l'aide sociale ne se sont pas finalisées. Dans ce cas, ils sont en attente des montants alloués ou ont des amendes, légitimes ou non, à payer rapidement et l'on déduit - parfois sur de longues périodes - ce montant de leur prestation mensuelle.

Certaines personnes viennent d'une province différente et sont en attente de leur première allocation ou encore, possèdent un certificat d'aptitude à l'emploi expiré. Celles, ayant déjà reçu un héritage, dépensé depuis longtemps, n'ont pas encore vu leur situation validée au niveau de l'aide sociale. D'autres, sensées posséder des biens dont elles n'ont pas complètement utilisé l'usufruit ont aussi des difficultés à recevoir des prestations. Les personnes en situation d'immigration récente, sans possibilité de recevoir des revenus de l'État (leurs dossiers étant à l'étude), présentent autant de situations pénibles répétées, source d'inégalités, de discriminations, de détresses, de souffrances et de multiples frustrations.

Même si la Loi n'exige plus que ces personnes aient une adresse fixe pour obtenir leur allocation mensuelle, cette dernière demeure soumise à des normes et des clauses exigeantes qui varient sans cesse et qui catégorisent et discriminent les personnes dans leur recherche et l'obtention d'une réponse adéquate et adaptée à leurs besoins de base.

En mai 2006, dans le rapport du *Comité des droits économiques, sociaux et culturels*, l'ONU sermonnait vertement le Canada pour sa mollesse dans la lutte contre la pauvreté allant jusqu'à dire : « Dans la plupart des provinces, les prestations d'aide sociale ont diminué depuis une décennie, elles ne fournissent pas les sommes nécessaires pour répondre aux besoins de base pour se nourrir, se vêtir et se loger » et dénonçait « la faiblesse de l'aide sociale accordée, qui représente souvent moins de la moitié du seuil de pauvreté [au Canada] ».

Dans un document intitulé *Étude sur la pauvreté au Canada MMSPFD*, on note en 1992 que le revenu annuel des bénéficiaires oscillait entre 51% et 62% du seuil de faible revenu de Statistique Canada et l'on ajoutait, déjà à l'époque, que les personnes assistées sociales pouvaient être considérées comme l'un des groupes les plus pauvres de notre société.

Cette réalité est le reflet quotidien de ce que me rapportent les personnes que je rencontre depuis 10 ans. Elles élaborent sur ces multi-

ples difficultés, sur cette situation discriminatoire, elles en discutent entre elles, se comparent dans leur statut, leur revenu et se sentent discriminées à leurs yeux et à ceux de leur groupe. Ces gens me confient : « Docteur, comment puis-je arriver avec un tel montant ? C'est un choix crucial et impossible à faire : ou je loue une mansarde froide, obscure, un taudis à prix fort et je dois continuer à me nourrir, me vêtir et répondre à mes autres besoins en allant dans les missions et donc je ne peux quitter ce milieu... ou je choisis de dormir dans les missions, je m'alimente de façon plus adéquate, je commence à payer mes dettes, je me permets même de fumer mais je reste coincé de toutes parts... ou j'essaie de trouver du travail et de quitter enfin ce milieu, mais il me faut quand même un endroit décent où je puisse me reposer et me refaire. Et puis, quel travail trouverais-je et comment pourrais-je le garder si je demeure dans de telles conditions ?

Au niveau du logement, les discriminations se répètent et se multiplient : « Les propriétaires ne veulent pas de nous. On nous a fait une terrible et très mauvaise réputation. Nous n'avons que les derniers choix, au dernier moment, lorsqu'il y en a; nous ne nous sentons aucunement respectés et écoutés. Nous devenons des êtres à part, nous sommes démobiliés, désillusionnés, impuissants... C'est si stressant de vivre dans cette peur, d'avoir toujours cette crainte d'être évincé à tout moment, de ne jamais manger régulièrement, de souffrir du froid, de la nuit, de la violence, de la rue et du climat si rigoureux de l'hiver. »

Dans ce contexte de la pauvreté extrême de ces patients, c'est donc un rôle très particulier qui est attendu des médecins et des médecins psychiatres : celui de remplir le fameux certificat médical qui permettrait d'accéder à une allocation mensuelle supérieure. Et au moment d'en faire la demande, les attitudes diffèrent selon les personnes.

Chez ceux qui vivent leur première expérience de la rue, encore tout imprégnés des messages de la société d'où ils viennent, on sent très bien la stigmatisation et la discrimination, la honte, la perte de l'estime de soi, la culpabilité, la

dévalorisation, le désenchantement, la dépression... » Docteur, vous savez, je n'avais jamais demandé ce type d'aide auparavant. J'ai toujours pu m'organiser autrement, cela me fait très honte. Je voudrais être capable de faire sans ce certificat. Je ne comprends pas ce papier et ces demandes. Qu'allez-vous écrire ? Cela me fait peur, vont-ils accepter ? Que vont-ils penser et dire de moi au bien-être social ? Qui décide vraiment ? Voilà, avec ce papier, maintenant, je ne suis plus qu'un BS... Je serai vu comme un parasite de l'État et un profiteur, un déchet de la société, un foutu paresseux et un fraudeur, un abuseur et un bon à rien... ». Ces impressions profondes surgissent à tout moment. Les situations multiples et complexes continuent à défiler, jusqu'à leurs interrogations, sur la réaction de leurs proches et de leur entourage : « S'ils me voyaient... s'ils savaient ce qui m'arrive... » et cela peut mener à la situation où certaines de ces personnes vont jusqu'à exiger ce certificat avec dureté, colère, en termes crus, menaçants, ne me donnant presque pas le choix, cachant souvent derrière ce ton, ces attitudes, leur désespoir, leur impuissance, leur impossibilité de s'en sortir, l'incapacité de leurs moyens personnels à cette étape de leur vie, devenue si cruelle et sans avenir.

Ce moment, où est abordée la question du revenu et du certificat médical, est très particulier et stratégique, car la discrimination et la stigmatisation dont sont victimes ces personnes sont inscrites dans chaque parole et dans chacun de leur geste. Ainsi, certains à la fin de l'entrevue, maladroits, les yeux baissés, gauches et murmurant tout bas, me diront, en me présentant un formulaire froissé : « Il faudrait signer cela s'il vous plaît » ou « Il ne faudrait pas oublier ce papier docteur » me glissant furtivement l'enveloppe brune sur le bureau. Ou encore : « Mon agent, ma travailleuse sociale et mon intervenant m'ont recommandé de vous remettre et de signer ce papier » et « j'ai oublié le mois dernier de vous apporter ce document, je n'ai reçu que très peu d'argent, j'ai dû revenir à nouveau dans la rue. En attendant, pourriez-vous réviser ce formulaire, je sais que cela est de ma faute, mais j'en ai vraiment besoin... ».

Je reçois tout le poids de cette souffrance, de cette détresse, de ce malheur, de leur honte, de leur impuissance, de la discrimination qui est faite à leur égard, qui les oblige à présenter ce bout de papier pour qu'ils puissent survivre, se débrouiller, se réorganiser tant soit peu... Et comme je demeure la seule médecin psychiatre auprès de cette équipe, je suis toujours l'interlocutrice qui à leurs yeux, fera la différence et qui pourra les sortir de la discrimination, de la stigmatisation associée à leur vie actuelle, leur permettre un espoir, une survie possible. On me demande de faire cette différence entre un citoyen qui a des droits et des moyens et celui qui doit se contenter de l'aide minimale, offerte à tous, par rapport à celui qui pourrait avoir droit à une augmentation d'environ 200 dollars par mois ou à qui l'on accordera le fameux support financier qui leur assure un revenu d'environ 800 dollars et plus, dans le cas d'une incapacité-invalidité permanente au travail.

Je suis donc acculée à leur signifier une « identité pathologique » aux yeux de la structure administrative du bien-être social, ce qui leur amènera une troisième source de discrimination : après celles d'itinérant et de bénéficiaire du bien-être social, celle de malade mental ou de personne présentant certains symptômes mentaux, ce qui équivaut, dans un sens, à demander au psychiatre de psychiatriser leur souffrance, leur difficulté, leur vulnérabilité ou de psychologiser les difficultés sociales importantes et insurmontables qui sont le lot des exclus de notre société. Leur donner un « Passeport social médical » permettra une amélioration de leur situation et une remontée vers l'espoir de s'en sortir avec des moyens concrets. Ils sont très conscients de ce paradoxe et leurs compagnons d'infortune aussi, car ils en discutent abondamment entre eux et me rapportent leurs propos.

Il faut, bien sûr, que l'administration gouvernementale fasse son travail et sache comment sont utilisés les budgets dits sociaux. L'État-Providence s'est éloigné depuis longtemps, mais les discriminations et les contraintes, elles, sont demeurées très présentes et ont même augmenté. Elles sont de plus en plus

sévères et de plus en plus lourdes. Je me retrouvais donc dans une situation «d'agent double», situation qui est intenable mais qui représente, pour l'instant dans notre structure, l'un des seuls moyens pour ces personnes d'obtenir un allègement de leurs difficultés, que nous espérons toujours temporaires...

Dans mon expérience, j'ai établi certaines balises que je respecte au moment de remplir ce certificat. 1) Toujours écrire la vérité. 2) Expliciter le mieux possible, avec de multiples détails, la situation du requérant tout en demeurant à l'intérieur des limites de la confidentialité, de l'éthique et de mes responsabilités professionnelles. 3) Tenter d'obtenir une allocation supérieure qui permettra à la personne - cela fait partie de l'orientation de notre équipe - d'adhérer à un plan de soins et un plan de vie, d'évoluer vers un traitement, s'il y a lieu, avec un suivi, un retour vers l'autonomie. Entre le handicap, l'inaptitude mentale et/ou physique tels que présentés à notre jugement dans ces documents, aucune interprétation mitoyenne n'est possible 4) Ne jamais signer de certificat de complaisance, mais travailler honnêtement avec la personne, à l'intérieur de la grille très étroite de diagnostics et de symptômes qui nous est allouée. Il y a tant de petites cases, qu'il ne faut pas oublier de remplir; ce découpage ne rendant aucunement justice à certaines situations, d'autant plus que je ne sais pas qui appréciera mon rapport et lui reconnaîtra de la valeur. Ne suis-je pas non plus utilisée dans ce processus pourtant vital et précurseur de libération pour la personne en demande? Puis-je vraiment faire mon travail de psychiatre et de médecin honnêtement face à ces fameux certificats? Ne m'oblige-t-on pas à une position politique qui ne relève pas de mon rôle médical? C'est un «pensum» qui nous est imposé de façon répétitive et non valorisante, car sujet à tant d'interprétations... Malaise donc, à plusieurs reprises, dans cette situation qui semble relever de pouvoirs professionnels, mais qui, pour l'espérance de celui qui est devant moi, dépend pour beaucoup dans ce que je vais rédiger. Plusieurs médecins ou psychiatres refusent d'ailleurs tout simplement de signer ce certificat ou le font de manière nonchalante, incomplète et sans support pour les patients.

J'opte donc de procéder en ajoutant beaucoup d'explications, en remplissant toutes les cases possibles. J'ajouterai, si nécessaire, les hospitalisations, les chirurgies, les traitements médicaux, les médicaments, les suivis, les problèmes physiques et sociaux qui amènent des symptômes, pour que le poids de la demande soit vraiment pris en considération. Je le ferai en demandant toujours l'accord de la personne pour qui je remplis le certificat, afin que cela ne soit ni discriminatoire ni stigmatisant. Mais, à plusieurs reprises, en utilisant cette stratégie, la personne en besoin de ce certificat et moi, nous sommes senties discriminées toutes les deux, chacune à notre niveau, impuissantes devant ce document pourtant obligatoire.

Ce certificat comporte aussi un aspect jugement d'étiquetage, qui collera à court et même à moyen terme à la personne. J'essaie donc de formuler une identité respectueuse, je tente de les aider à sortir de l'image dévastatrice dont on les affuble: «Ce n'est qu'un itinérant, malade mental, quelqu'un pour qui il n'y a rien à faire ou si peu, on peut baisser les bras, c'est perdu d'avance, pourquoi s'en faire autant, qu'il se débrouille, il n'est pas psychotique en ce moment...».

Lorsque la situation m'apparaît difficile, trop complexe, presque insoluble, je travaille plus étroitement avec un membre de l'équipe ou avec l'équipe entière qui connaît mieux d'autres facettes de la personne et peut m'offrir un éclairage différent pour évaluer la situation, pour prendre une distance éthique nécessaire à la formulation de recommandations adéquates. Dans les cas de zone grise extrême, avant que je ne signe ce formulaire qui donnera un statut à la personne, je demande au médecin du Comité évaluateur de Québec de communiquer avec moi, pour lui expliquer de vive voix la situation et obtenir un montant adéquat pour une durée entendue; cela en toute transparence avec, en tout temps, des explications à la personne concernée. J'applique cette règle de transparence autant avec l'Administration publique qu'avec les personnes concernées.

Je le répète, cette démarche est pour moi un moment de malaise qui revient sans cesse.

Pourtant, on ne peut l'éviter, ce certificat fait la différence vers un nouveau départ et permet un traitement pour plusieurs personnes. Il est éminemment nécessaire pour amorcer une réelle remontée vers le statut de citoyen et pour prendre une place réelle dans la société.

Dans notre équipe, nous avons convenu que toute personne qui en est à sa première exposition à la rue devrait pouvoir s'en sortir très rapidement, surtout si elle le souhaite. Cela nécessite une allocation maximale de trois mois afin d'assurer un départ possible, articulé et supporté pour se remettre sur le chemin de la citoyenneté, pour sortir de l'exclusion sociale et matérielle et pour reprendre un scénario en pente ascendante.

C'est ainsi que je travaille, à partir d'échanges cliniques quotidiens avec notre équipe, même si cet aspect de mon travail tel que décrit, me fait vivre une colère intense et profonde certains jours. Je me sens contrainte et complice d'un système qui exclut plutôt qu'il n'inclut, alors que je tiens, avec cette équipe, à semer l'espoir et à le faire vivre malgré les inégalités qui se multiplient et le système qui se durcit. Je ne puis accepter ni d'être aliénée, ni de contribuer à l'aliénation de ces personnes avec lesquelles nous sommes en contact quotidiennement.

Je repense souvent à ce que disait le docteur Stephen Goldfinger, psychiatre, une des sommités américaines qui œuvre auprès des « homeless people » depuis des années. Il nous disait que, dans ce combat constant, il faut démontrer une « sociopathie constructive ». Ma façon de remplir les certificats s'inspire sans doute de ce concept car il faut sortir des sentiers battus et demeurer créatifs si l'on veut obtenir des résultats et donner du sens à notre travail. Nous adhérons aux moyens d'action à notre portée pour poursuivre une action émancipatrice pour notre clientèle, en nous associant à différents groupes de pression pour amener nos gouvernements à réviser la situation, les montants offerts et les façons d'évaluer les besoins financiers des personnes. Nous devons travailler à diminuer toutes ces contraintes.

C'est donc un changement à long terme où il faut continuer à être présents et constants et viser toujours l'amélioration du bien-être et de la justice des personnes, afin d'atteindre des résultats probants.



© Rose McGinnis, 2008
Certains droits réservés

La confusion des rôles ? Médecine et évaluation des contraintes à l'emploi⁽¹⁾

Les inégalités sociales de santé représentent une problématique, malheureusement d'actualité, qui commence à peine à attirer l'attention. Les professionnels de la santé de la première ligne sont appelés à œuvrer auprès de populations parfois très démunies, discriminées et même stigmatisées. Les médecins de famille semblent jouer un rôle important dans la trajectoire de vie de plusieurs de leurs patients et ce, à différents niveaux. Si l'on considère le domaine professionnel, on se rend rapidement compte que le médecin traitant est en mesure d'influencer profondément le parcours de certains patients. Entre autres, c'est à lui que revient la décision d'accorder un certificat d'invalidité au travail qui permettra éventuellement de fournir un revenu de remplacement ou une prestation supplémentaire d'aide sociale dans certains cas.

De prime abord, ce « pouvoir » que détient l'omnipraticien peut sembler en contradiction avec son rôle de soignant et l'approche centrée sur le patient tant promulguée dans les facultés de médecine. Que nous dit la littérature scientifique à propos de la perception qu'ont les médecins généralistes de leur rôle dans l'évaluation des contraintes à l'emploi ?

Les thèmes abordés dans les écrits sont regroupés afin de répondre à trois ensembles de questions. D'abord, je tenterai d'établir les conséquences pour les médecins eux-mêmes, dans le fait d'assumer la responsabilité de l'évaluation des contraintes à l'emploi. Ces conséquences prennent la forme de perceptions, d'attitudes et de comportements, à leur tour influencés par l'expérience et la pratique des médecins. Par la suite, j'explorerai comment le rôle joué par les médecins dans l'émission de certificats, peut affecter la relation thérapeutique avec le patient. La tâche d'évaluation semble complexifier les interactions avec ce dernier et multiplier les chapeaux portés par

le médecin traitant. Finalement, je tenterai de cerner le cas des rapports entre les médecins et l'administration des rentes d'invalidité, en sachant que ces rapports peuvent avoir de grandes répercussions sur les populations sujettes à l'appauvrissement. La position adoptée par le corps médical peut, soit les stigmatiser davantage, soit leur apporter un réel soutien.

Les conséquences d'une tâche complexe pour le médecin évaluateur

Comment les médecins perçoivent-ils cette responsabilité ? Comment cette tâche se traduit-elle dans les comportements des médecins ?

Les perceptions et la compréhension de la tâche d'évaluation

De façon générale, l'évaluation de l'invalidité à l'emploi est une tâche perçue de façon négative par les médecins généralistes. Les praticiens britanniques la décrivent comme étant un fardeau, une corvée et même une plaie (Hiscock et al., 2005). Aux États-Unis, les médecins généralistes considèrent cette tâche comme étant la plus inconfortable, comparativement, entre autres, à la prescription de narcotiques, à l'enseignement et à la discussion sur la fin de vie avec un patient (O'Fallon et Hillson, 2005). D'autres se disent plus ou moins confiants par rapport à leur capacité de déterminer la présence d'invalidité chez un patient (Zinn et Furutani, 1996). Des médecins finlandais ont exprimé beaucoup de frustrations en lien avec l'acte de remplir un formulaire d'évaluation d'invalidité, particulièrement lorsque les considérations non médicales sont nombreuses (Lien, 1992). Certains médecins voient cette responsabilité d'évaluation comme faisant partie des soins à prodiguer aux patients en âge de travailler, alors que d'autres souhaiteraient l'exclure de la prise en charge

DOSSIER

Camille Paquette

Médecin-résidente en
santé communautaire à
l'Université de
Sherbrooke

(1) Cet article est une version abrégée d'une recension des écrits intitulée « Les différentes perceptions des médecins de famille de leur rôle dans l'évaluation des contraintes à l'emploi » bientôt disponible en ligne sur le site web du CREMIS : www.cremis.ca.

globale (Sawney, 2002).

En raison d'un manque de connaissances en matière de santé occupationnelle, les médecins généralistes échouent parfois à reconnaître des situations qui nécessitent un arrêt de travail. Ils possèdent rarement toute l'information pertinente relative à l'emploi et au lieu de travail du patient et ne sont pas suffisamment outillés pour évaluer sa capacité fonctionnelle et occupationnelle (Sawney, 2002). De plus, ils semblent avoir des connaissances insuffisantes à propos de leur système national de certification d'invalidité. Bon nombre d'entre eux n'ont suivi aucune formation en lien avec ce système, que ce soit avant ou après leur graduation, et ils sont peu intéressés à le faire. Cela peut induire une incompréhension de leur rôle d'évaluateur et d'émetteur de certificat (Hussey, Hoddinott, Wilson, Dowell et Barbour, 2004; O'Fallon et Hillson, 2005; Romaniuk, 1995; Sawney, 2002; Walhström et Alexander-son, 2004).

Certains médecins éprouvent le sentiment d'être utilisés par le système et sont choqués de voir leurs décisions amoindries par leurs collègues œuvrant à l'hôpital (n'émettant pas de certificats) et par les instances de services et de soins de santé (Hussey et al., 2004). Un groupe de médecins généralistes allemands, interrogés sur les difficultés rencontrées en tant que « spécialistes » du système d'assurance-santé, ont soulevé l'important défi que posait la nécessité de réconcilier le diagnostic clinique, la demande et les attentes du patient ainsi que les critères législatifs (Nuchtern, 1993). On constate donc que cette position d'évaluateur est loin de faire l'unanimité au sein du corps médical et que les médecins ont une attitude plutôt défavorable envers ce rôle qui leur est bien souvent imposé par le système de santé et plus ou moins directement par l'État (Claussen, 1996; Sawney, 2002; Sutton, 1996).

Les attitudes et les comportements des médecins envers le système

En plus de mal comprendre le système de certification d'invalidité, il semblerait que les méde-

cins n'en fassent pas toujours l'usage prescrit par le système de santé et des services sociaux, mais en détournent, d'une certaine manière, l'usage. La modification délibérée des informations concernant le patient dans le but d'obtenir un verdict d'invalidité est monnaie courante. Dans une étude réalisée au Massachusetts en 1996, 31% des médecins généralistes et internistes interrogés ont répondu avoir déjà exagéré les signes et symptômes cliniques d'un patient afin de s'assurer que celui-ci ait droit à la prime pour invalidité. Jusqu'à 39% d'entre eux approuvaient ce comportement (Zinn et Furutani, 1996). Cette situation illustre bien le dilemme provoqué par la confrontation du principe de bienfaisance envers le patient et du devoir d'honnêteté envers le système pour le médecin (Hiscock et al., 2005; Zinn et Furutani, 1996). Afin de s'en sortir, certains praticiens évitent de poser un diagnostic clair dans le but de maximiser les chances de leurs patients, sans toutefois tomber dans le mensonge (Hussey et al., 2004). Enfin, les médecins éprouvent de la difficulté à conseiller leurs patients sur des activités alternatives à leur emploi. Ils ont souvent peu d'attentes face au retour à l'emploi de leurs patients et ont donc un préjugé défavorable dès le départ (Sawney, 2002). Tout cela peut influencer négativement le pronostic de retour au travail.

Les facteurs liés à la pratique et à l'expérience des médecins

En plus de la perception négative, de la méconnaissance et de l'utilisation « délinquante » du système d'évaluation d'invalidité, d'autres facteurs tels que l'expérience et le type d'horaire de travail du médecin influençaient le taux d'émission de certificats d'invalidité. Il semblerait que les médecins bénéficiant d'une plus longue expérience aient tendance à délivrer davantage de certificats. Deux études soulignent l'influence de l'expérience dans le processus d'évaluation d'une invalidité : les médecins plus jeunes semblent plus restrictifs et émettent moins de certificats (Getz et Westin, 1995; O'Fallon et Hillson, 2005). On peut donc se questionner sur les motivations qui peuvent entraîner un médecin plus âgé à remplir un

« 31% des médecins généralistes et internistes interrogés ont répondu avoir déjà exagéré les signes et symptômes cliniques d'un patient afin de s'assurer que celui-ci ait droit à la prime pour invalidité. »

certificat d'invalidité.

À l'heure actuelle, on ne peut qu'émettre des hypothèses sur le lien unissant l'âge, l'expérience et le taux d'émission de certificats. Certains auteurs y voient un effet « grand-père », c'est-à-dire que les médecins plus âgés seraient plus empathiques et feraient davantage confiance à leurs patients. Ces derniers seraient dès lors plus enclins à leur soumettre une demande d'évaluation d'inaptitude au travail (Reiso *et al.*, 2000). Se pourrait-il aussi que ces médecins plus expérimentés possèdent une connaissance plus approfondie du système et des ressources et aient la plume plus légère sur les formulaires ?

Pour les médecins généralistes, assumer la responsabilité d'émettre des certificats d'invalidité représente un fardeau. Certains comprennent mal leur rôle et connaissent peu le système. Bien souvent, ils ne sont pas suffisamment outillés pour compléter une évaluation des capacités fonctionnelles et occupationnelles de leurs patients, étant donné que cela inclut des considérations non médicales. La frustration les entraîne même à modifier certaines informations et à avoir peu d'attentes face à la réintégration du patient sur le marché du travail. On constate également un certain effet de l'expérience et de l'âge des médecins au niveau de la quantité de certificats délivrés. Ce rôle d'émetteur n'a toutefois pas uniquement des conséquences pour le médecin. Le couple médecin-patient semblerait ne pas être à l'abri. Dans quelle mesure la relation de soin elle-même est-elle affectée ?

La relation thérapeutique et l'impact du certificat d'invalidité

Le conflit de rôles

Les facultés de médecine canadiennes enseignent une approche centrée sur le patient à leurs étudiants. Cette approche incite le médecin à considérer son patient comme une personne à part entière, dotée de jugement et habitée par un système de valeurs et de croyances qui lui est propre. La relation doit être égalitaire et empreinte de confiance mutuelle; le médecin doit agir en tant qu'expert

médical auprès de son patient (Collège des médecins du Québec, 2001; Frank, 2007). Dans ce contexte, on peut concevoir le médecin comme étant un protecteur de la santé et du bien-être du patient. Comment vient alors s'inscrire ce rôle d'émetteur de certificats d'invalidité dans la relation médecin-patient ? De la même façon qu'ils considèrent ce rôle comme étant une corvée, les médecins le jugent en conflit d'intérêt majeur avec la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ils se retrouvent à assumer une double fonction contradictoire : défenseur de ses patients et gardien d'un programme de l'État, ce qui soulève le débat éthique de la responsabilité du médecin (Getz *et al.*, 1994; Hiscock *et al.*, 2005; Sawney, 2002). Au près de qui doit-il engager cette responsabilité ? Au près du patient ou de la société civile ? La plupart des médecins s'accorderont pour dire qu'ils doivent d'abord représenter les intérêts de leurs patients (Hiscock *et al.*, 2005; Hussey *et al.*, 2004; Walhström et Alexanderson, 2004; Zinn et Furutani, 1996). Puisqu'ils voient une source potentielle de conflits dans le fait d'évaluer l'invalidité, ils pourraient interpréter certains critères d'admissibilité en faveur d'un patient et tenter ainsi de conserver une bonne relation thérapeutique (ce qu'ils font volontiers, comme nous l'avons vu précédemment). La démarche évaluative se viderait dès lors de toute impartialité. Ce qui peut nous amener à nous questionner sur la valeur médicale de tels certificats. D'autant plus que ces évaluations sont plus souvent fonctionnelles que strictement médicales (Toon, 1992). À l'opposé, son engagement auprès du patient et la volonté de lui apporter un bénéfice doivent-ils surpasser à tout prix l'honnêteté et l'exactitude de l'évaluation ? Puisque la compassion et la subjectivité semblent être inhérentes au processus de certification, on se retrouve donc devant ce que l'on pourrait qualifier de flou déontologique (Hussey *et al.*, 2004). Le jugement médical paraît demeurer le seul outil permettant de s'en sortir.

La confusion des rôles

Mis à part le fait d'être conflictuel, ce rôle d'émetteur de certificats semble aussi être confus.

DÉFENSEUR DE SES PATIENTS OU GARDIEN D'UN PROGRAMME D'ÉTAT ?

Il n'est pas toujours clairement spécifié sur les formulaires si l'on demande au médecin de faire une simple évaluation de la situation ou de se compromettre et d'émettre un jugement quant à l'état du patient. Par exemple, sur le formulaire de la Régie des rentes du Québec, on demande au médecin d'inscrire un maximum d'informations et d'indiquer s'il croit que le patient pourra éventuellement reprendre son travail ou débiter un autre emploi. En même temps, on spécifie que ce sera le médecin évaluateur de la Régie qui jugera de l'éligibilité du patient (Régie des rentes du Québec, 2008). Il n'est donc pas clair si le médecin traitant doit agir à titre d'évaluateur en rapportant les faits ou porter un jugement. Le malaise peut être amplifié lorsque plusieurs partis sont impliqués, tels que le patient, l'employeur et l'État (Toon, 1992).

La responsabilité de santé : individuelle ou collective ?

La double fonction rattachée au rôle d'évaluateur, celle de défenseur du patient et de gardien de l'État, soulève un autre débat : celui de la responsabilité de santé. Il apparaît approprié de se questionner sur la part de responsabilité que doit assumer chaque personne envers son état de santé. Certes, chaque patient prend des décisions et fait des choix qui lui sont propres et qui peuvent influencer sa condition. Par contre, les connaissances et la capacité de faire des choix (ce que l'on pourrait définir comme une liberté positive) ne sont pas les mêmes pour tous et toutes. Pour faire le bon choix, les bonnes options doivent être disponibles. Van De Vathorst et Alvarez-Dardet (2000) le soulignent dans leur article : la gamme d'options disponibles pour une personne est façonnée par ses environnements physique, économique, culturel et social. Une équipe de chercheurs hollandais est arrivée à la conclusion que les facteurs structureaux, c'est-à-dire, liés à l'environnement d'un individu, avaient un impact plus grand dans la création et l'aggravation des inégalités de santé, que les facteurs liés au comportement personnel (Stronks et al., 1996). Dans le même ordre d'idées, Nessa (1996) affirme que le fait d'être malade peut mener à l'exclusion de la communauté, avec un risque réel de se

voir perdre ses droits et devoirs, pourtant essentiels à chacun pour exercer sa citoyenneté.

La maximisation du revenu peut apparaître comme un outil efficace pour l'omnipraticien afin de promouvoir la santé de ses patients plus vulnérables (Harding et al., 2002). Par ailleurs, des médecins de famille anglais ont dit se sentir inconfortables à l'idée de priver certains patients d'un montant supplémentaire d'argent que le certificat d'invalidité pourrait leur apporter (Hiscock et al., 2005). Le problème est d'autant plus aigu à l'heure actuelle, que la pratique médicale est basée impérativement sur la preuve, que la recherche ne cesse de mettre au jour de nouveaux facteurs de risque pour les maladies chroniques et que la prévention primaire met l'accent sur les modifications des habitudes de vie personnelles. Peut-on envisager que le médecin considère réellement la condition socio-économique de ses patients dans leur prise en charge ? Malheureusement, il semblerait que ce ne soit pas fait systématiquement (Gulbrandsen, Fugelli et Hjortdahl, 1998).

Le rôle de malade du patient inapte à l'emploi

À partir du moment où le médecin appose sa signature sur un certificat d'invalidité, il approuve implicitement le rôle de malade du patient. Cette approbation est nécessaire, car le patient qui se voit incapable de travailler pour une raison médicale doit bénéficier de support. En contrepartie, il doit reconnaître son obligation de maximiser ses chances de retourner sur le marché du travail en guérissant ou en réduisant ses incapacités. Il ne peut se complaire dans son inaptitude. Le défi pour le clinicien, est d'empêcher cette descente vers la chronicité de l'invalidité et il doit donc apprendre à « gérer » la maladie du patient (Sawney, 2002).

L'évaluation de l'inaptitude à l'emploi semble multiplier les rôles et les interactions au sein de la relation médecin-patient. De simple soignant, le médecin se transforme en évaluateur ou en juge selon la situation. Il doit à la fois veiller sur ses patients, se faire le gardien d'un programme étatique et apprendre à incorporer la responsabilité du patient envers sa santé

ainsi que son rôle de malade dans sa démarche d'évaluation. Ces rôles conflictuels et même confus rendent questionnable la valeur médicale du certificat d'invalidité et compliquent la relation thérapeutique. Qu'en est-il de l'interaction du médecin avec le gouvernement, unique administrateur des rentes d'invalidité et du système de santé au Québec ?

Le médecin comme interface entre l'individu et la société : quelles conséquences pour les patients ?

J'ai souligné précédemment le fait que la communauté médicale, en charge de l'évaluation de l'incapacité au travail, entrevoyait ce rôle comme étant conflictuel. En effet, ce double rôle apparaît comme contradictoire lorsque l'on demande au médecin d'agir à la fois comme défenseur des intérêts de ses patients (tel que le prescrit le serment d'Hippocrate) et comme gardien d'un programme étatique. Tel que mentionné, nombreux sont les médecins qui jugent que leur responsabilité envers leurs patients est plus importante que celle envers le portefeuille du gouvernement. Puisque la relation thérapeutique constitue l'un des éléments fondamentaux de la pratique médicale, certains médecins vont préférer déléguer toute responsabilité décisionnelle à l'État et éviter ainsi un conflit avec un patient (Hiscock et al., 2005). D'autres, vont préférer jouer un rôle plus désengagé et agir à titre de consultant en demeurant le plus neutre et objectif possible (Hussey et al., 2004). Claussen (1996) a même démontré que les médecins acceptaient leur rôle de gardien de l'État. Suite à la réforme norvégienne, ces derniers ont continué de proposer le même nombre de refus à l'allocation pour invalidité, malgré le fait que les patients éligibles souffraient probablement d'incapacités plus sévères. La divergence des pratiques et la complexité des rapports entre les médecins et les gouvernements ne sont pas sans impact pour les patients.

La complexité des relations entre les différents partis peut conduire à transformer le patient en objet de la transaction d'évaluation entre le médecin-évaluateur et le gouvernement-dispensateur (Toon, 1992). Cela peut avoir de

grandes conséquences pour le patient, qui voit ainsi sa santé et ses revenus personnels passer des mains de son médecin traitant à celles de fonctionnaires. De soignant qu'il était, le médecin devient celui qui a le pouvoir de donner accès à des ressources supplémentaires à ses patients plus démunis. Il se retrouve dès lors dans une position particulièrement délicate, où il doit choisir entre maintenir l'état de santé d'un patient en augmentant ses revenus ou restreindre les dépenses publiques et participer à une allocation judicieuse des ressources gouvernementales limitées (Harding et al., 2002; Hiscock et al., 2005; Van De Vathorst et Alvarez-Dardet, 2000). La rareté des ressources se fait d'autant plus pressante dans un contexte où les compensations pour invalidité contribuent à générer davantage de dépenses au niveau sociétal (Tellnes, 1989). À cela s'ajoute le fait que le Code de déontologie des médecins indique que « le médecin a le devoir primordial, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions médicales, de protéger la santé et le bien-être des individus qu'il dessert tant sur le plan individuel que collectif » (CMQ, 2001, p.1). Ce qui sous-entend la protection des groupes vulnérables, dont font partie les patients incapables d'occuper un emploi pour des raisons médicales.

Clarifier les rôles

Plusieurs suggestions ont été amenées par le corps médical afin d'améliorer la tâche de certification d'invalidité. Le retrait du rôle d'évaluateur aux médecins traitant et l'instauration de postes d'évaluateurs médicaux indépendants sont les plus souvent rapportées (Hussey et al., 2004; Toon, 1992; Zinn et Furutani, 1996). L'auto-certification par le patient et des cliniques médicales dédiées d'évaluation ont même été proposées (Hussey et al., 2004). Si la tâche devait être inchangée, le souhait d'avoir une meilleure formation et davantage de support a été exprimé. Par support, on entend autant celui d'autres professionnels de la santé, des ressources communautaires que d'un référent régional en matière d'évaluation (Hussey et al., 2004, Sawney, 2002). Les omnipraticiens souhaitent obtenir davantage de reconnaissance pour ce rôle qui leur incombe

« De soignant qu'il était, le médecin devient celui qui a le pouvoir de donner accès à des ressources supplémentaires à ses patients plus démunis. »

et demandent à ce que les patients et les employeurs soient mieux informés sur les différents enjeux liés à l'incapacité à l'emploi (Sawney, 2002).

Les connaissances en matière de certification médicale pour invalidité au travail demeurent insuffisantes. Le savoir et la compréhension des pratiques de certification sont limités. Pourtant, nous l'avons vu, plusieurs enjeux et questionnements sont soulevés par le simple geste d'émettre un certificat. Ces enjeux sont d'autant plus grands lorsque les patients font partie d'un groupe vulnérable et que le médecin traitant se retrouve à devoir choisir entre les intérêts de ses patients et ceux du gouvernement. Il apparaît primordial de clarifier ce rôle joué par le médecin, étant donné que l'attitude et les comportements adoptés par ce dernier peuvent avoir un impact majeur sur la santé de ses patients.

- Claussen, B. (1998). Physicians as gatekeepers : will they contribute to restrict disability benefits?. *Scandinavian journal of primary health care*, 16(4), 199-203.
- Collège des médecins du Québec (2001). *Code de déontologie des médecins*. Québec : Collège des médecins du Québec.
- Frank, J.R. (2005). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. *Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Document téléaccessible à l'adresse : <www.crmcc.medical.org/canmeds>. Consulté le 27 août 2007.
- Getz, L. et Westin, S. (1993). Restrictions in connection with disability pensions : physicians' view on the revised legislation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 113(17), 2133-2136. (Résumé en anglais).
- Getz, L. et Westin, S. (1995). Assessment by consulting physicians and general practitioners about complex disability pension matters. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 115(14), 1748-1753. (Résumé en anglais).
- Getz, L., Westin, S. et Paulsen, B. (1994). Physician and expert : a conflict situation? General practitioners work with disability pension's errands in a time of restraint policy. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 114(12), 1435-1440. (Résumé en anglais).
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P. et Hjortdahl, P. (1998). General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scandinavian journal of primary health care*, 16(4), 204-210.
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Sandvik, L. Et Hjortdahl, P. (1998). Influence of social problems on management in general practice : multipractice questionnaire survey. *British medical journal*, 317(7150), 28-32.
- Harding, R., Sherr, L., Singh, S., Sherr, A. et Moorhead, R. (2002). Evaluation of welfare rights advice in primary care : the general practice perspective. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 417-422.
- Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, P., Dowell, J. et Barbour, R. (2004). Sickness certification system in the United Kingdom : qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *British medical journal*, 328(7431), 88-92.
- Hiscock, J., Hodgson, P., Peters, S., Westlake, D. et M. Gannay. (2005). *Engaging physicians, benefiting patients : a qualitative study*. Department for Work and Pensions, Research Report, No. 256. Corporate document Service.
- Lien, L. (1992). Physicians' initiative, cooperation and attitude when working with disability pension cases. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 112(2), 210-212. (Résumé en anglais).
- Nessa, J. (1996). Guardians of the welfare state?. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 116(20), 2452-2454.
- Nuchtern, E. (1993). The physician as expert witness. Aspects of an ambivalent role exemplified by expert testimony for legal health insurance. *Kinderarzt/Prax*, 61(4-5), 174-180.
- O'Fallon, E. et Hillson, S. (2005). Brief report : Physician discomfort and variability with disability assessments. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 852-854.
- Régie des rentes du Québec (2008). Demande de prestations d'invalidité. Document téléaccessible à l'adresse <www.rmq.gouv.qc.ca/fr>. Consulté le 28 février 2008.
- Reiso, H., Nygård, J.F., Brage, S., Gulbrandsen, P. et Tellnes, G. (2000). Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family practice*, 17(2), 139-144.
- Romanluk, A. (1995). Changes in Canada Pension Plan disability rules hold implications for physicians. *Canadian medical association journal*, 153(12), 1777-1778.
- Sawney, P. (2002). Current issues in fitness for work certification (discussion papers). *British journal of general practice*, 52(476), 217-222.
- Stronks, K., van de Mheen, H.D., Looman, C.W.N. et Mackenbach, J.P. (1996). Behavioral and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities health : an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 653-674.
- Sutton, T.D. (1996) The physician's role in determining disability. *Journal of general internal medicine*, 11, 565-566.
- Sweeney, E.P. et Fremstad, S. (2005). Supplemental Security Income : Supporting people with disabilities and the elderly poor. *Center on budget and policy priorities*. Document téléaccessible à l'adresse <www.cbpp.org>. Consulté le 24 février 2008.
- Tellnes, G. (1989). Sickness certification in general practice : a review. *Family practice*, 6(1), 58-65.
- Toon, P.D. (1992). Ethical aspects of medical certification by general practitioners (discussion paper). *British journal of general practice*, 42, 486-488.
- Van De Vathorst, S. et Alvarez-Dardet, C. (2000). Doctors as judges : the verdict on responsibility for health (debate). *Journal of epidemiology and community health*, 54, 162-164.
- Zinn, W. et Furutani, N. (1996). Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination. *Journal of general internal medicine*, 11, 525-532.

Prescrire la proscription

Le rapport entre les médecins, le travail et les populations marginalisées

Au Québec, en 1998, la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 dégageait certains constats quant à la pratique médicale auprès des clientes dites « vulnérables ». D'abord, il semble y avoir une méconnaissance et des préjugés à l'égard des clientes vulnérables, de leurs problèmes de santé et des interventions médicales efficaces qui s'y rattachent, entre autres du fait que les interventions des médecins se réalisent généralement loin des sources d'information privilégiées que constituent les milieux de vie de ces personnes. Ensuite, les médecins se font discrets dans la dénonciation des maladies et des stress engendrés par l'appauvrissement, les conditions de vie précaires et l'effritement du tissu social. Ces deux constats s'inscrivent dans un contexte où les médecins subissent un élargissement de leurs tâches. La « prise en charge » du patient implique désormais non seulement des services diagnostiques et thérapeutiques, mais également plusieurs démarches à caractère médico-administratif face auxquelles les médecins se sentent de plus en plus désarmés, en particulier en ce qui a trait à la détermination de l'aptitude au travail des populations marginalisées. De fait, confrontés à la dégradation de la santé et au stress que vivent plusieurs personnes à l'aide sociale, les médecins doivent se prononcer sur la capacité de ces personnes à réintégrer le marché du travail, une décision qui peut s'avérer lourde en conséquences sur celles-ci. À la lumière d'un bref regard sur l'histoire du rapport entre la médecine et les populations marginalisées en lien avec le travail, nous apporterons quelques pistes de réflexion sur les enjeux posés par les actes médico-administratifs proscrivant certains individus du marché du travail.



GabrielR, 2008 © Certains droits réservés

Inégalités, travail et santé : regard historique sur le rôle des médecins

Au cours de l'histoire, les rapports inégalitaires au travail ont tatoué les corps fragiles de marques dont le corps médical s'est fait le principal observateur étant donné la spécificité du rapport entre le médecin et son patient ainsi que le monopole de la médecine dans le domaine de la santé. Cependant, parallèlement à ce rôle passif d'observatrice, la médecine a également joué un rôle actif en dénonçant ou en reproduisant ces inégalités liées au travail. Voici quelques bribes de l'histoire de la médecine qui soulèvent à la fois la richesse et l'ambiguïté du regard, des gestes et des paroles des médecins.

Dès l'Antiquité, la médecine développe un lien particulier avec l'univers du travail en s'imposant comme principale observatrice des impacts directs et indirects du travail sur la santé des gens. Alors que la médecine oscille entre les explications naturelles et surnaturelles et que le travail est dévalorisé et constitue une

DOSSIER

Aude Fournier

Étudiante à la maîtrise au
département de sociologie
de l'Université de
Montréal et agente de
recherche au CREMIS

DOSSIER

« alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie »

barrière à la citoyenneté, Hippocrate défie les normes de l'époque en exhortant les médecins à dispenser des services aux travailleurs sans regard sur le statut social et à porter une attention particulière aux liens entre le travail et la santé. Selon lui, la maladie n'est pas une conséquence de phénomènes surnaturels mais se situe plutôt dans un contexte qui peut être compris et étudié (Tubiana, 1995). S'inspirant de la pensée d'Hippocrate, un médecin italien publie un ouvrage important en 1700 (*De morbis artificum diatriba*) à travers lequel il constate le paradoxe suivant : alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie (Ramazzini, 1940 [1700]). Cependant, tant que le travail salarié n'acquiert pas une dimension centrale comme facteur de production et que la médecine ne se rationalise pas, ce type d'observation et de préoccupation à l'égard des travailleurs demeure marginal dans la pratique médicale.

Au passage de l'industrialisation, les paroles et les gestes médicaux sont de plus en plus liés à la transformation de l'univers du travail. Les préoccupations des médecins au 19^{ème} siècle sont principalement orientées vers la situation sanitaire des quartiers ouvriers. De fait, au-delà de l'influence directe exercée par le milieu de travail sur la santé des travailleurs, on s'aperçoit que le travail agit également de façon indirecte sur la santé en concentrant les ouvriers dans des secteurs circonscrits autour des manufactures (ce qui accroît entre autres les risques d'épidémie) et en affectant les conditions d'existence telles que le mode de vie, l'alimentation et les conditions de logement (Villermé, 1971[1832]). En Europe, les enquêtes médico-sociales se multiplient pour comprendre l'influence de la misère sur la santé des populations ouvrières : Virchow en Allemagne, Buret et Villermé en France, Kay-Shuttleworth et Chadwick en Angleterre. À Montréal, on assiste à la naissance des mêmes préoccupations. La population canadienne-française est la plus pauvre et forme la masse des travailleurs. Dans les quartiers Ste-Marie et St-Jacques à l'est de Montréal, le tiers de la population vit dans une

grande pauvreté, est analphabète et partage des logements encombrés (Tétreault, 1979). En 1850, les médecins s'inquiètent du fait que Montréal présente une mortalité deux fois plus élevée que celle de Londres, pourtant beaucoup plus peuplée, et des taux de mortalité infantile les plus élevés en Amérique du Nord.

Les médecins sont les premiers témoins des inégalités de santé entre les classes dirigeantes et ouvrières et leur discours acquiert durant cette période un caractère politique à travers la constitution de la santé publique. Ainsi, les préoccupations hygiénistes des médecins se mêlent aux idéologies nationalistes et capitalistes puisque l'hygiène représente à la fois la porte de sortie de la domination anglaise pour le peuple canadien-français et la garantie d'une économie prospère : « c'est le travail de l'ouvrier qui fait la fortune d'une nation » (Ledieu, 1885, p. 197). Pour Pierre-Deschênes (1995), la crise sanitaire qui s'abat sur les grandes villes industrielles à la fin du 19^{ème} siècle est avant tout l'occasion pour le corps médical canadien-français de réformer l'organisation de la profession médicale et d'accroître son pouvoir sur les populations et l'État. En effet, les rivalités entre les corps médicaux francophones et anglophones incitent les médecins francophones à s'organiser et à acquérir une notoriété dans un domaine-clé, celui de l'hygiène. Pour l'auteure, ceux qui contrôlent l'hygiène s'assurent une emprise indiscutable puisque le sort de la population repose entre leurs mains.

Au 20^{ème} siècle, à la suite des pressions ouvrières pour la diminution des heures de travail et de l'augmentation de la compétitivité entre employeurs, ces derniers se consacrent à l'augmentation de la productivité à l'intérieur des heures travaillées, ce qui soulève la question de l'efficacité et entraîne en retour une augmentation du nombre d'accidents de travail. Aux États-Unis, des études arrivent à la conclusion que les accidents dans les usines ne sont que pour un tiers imputables aux défauts de la machine. Le reste serait dû à la constitution et aux comportements de l'homme, d'où l'importance d'une sélection professionnelle par un dépistage psychophysiologique préalable à l'embauche afin de déterminer l'aptitude à

l'emploi et mieux assigner les tâches aux employés (Friedmann, 1946). La question de l'aptitude au travail se pose également en France dans un contexte où les entreprises font face à une pénurie de main-d'œuvre en raison de la guerre et se voient forcées d'engager des populations dites « faibles », notamment dans les usines d'armement. L'embauche de chômeurs et de femmes amène donc à approfondir la notion d'aptitude médicale et à affiner les fiches de suivi physiologique. En 1940, des centaines de milliers de chômeurs sont soumis à un examen médical de masse destiné à les classer selon six catégories : forts, moyens, faibles, inaptes temporaires, déficients difficilement récupérables et inaptes définitifs. Ces classifications faites par des médecins serviront dans certains cas à l'établissement de politiques sociales, par exemple la loi sur la retraite en France qui se fonde sur un lien entre l'inaptitude et la vieillesse (Buzzi et al., 2002).

Jusqu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les médecins qui déterminent l'aptitude au travail relèvent des entreprises et leur fonction est directement rattachée à la productivité de celles-ci. Par la suite, ce rôle s'institutionnalise et ce sont les médecins traitants qui, vu leur rôle dans l'attribution de l'aide sociale et dans le processus d'indemnisation des lésions professionnelles, vont déterminer les contraintes temporaires ou permanentes à l'emploi, un acte lourd en conséquences pour le patient. Pour Tubiana, il est inacceptable que le « médecin demeure isolé face à la complexité inexorablement grandissante de l'acte médical » (1998, p. 346).

Lourdeurs administratives lourdes en conséquences : le malaise des médecins

Une étude en France portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes à l'égard des populations défavorisées a relevé que 70% des médecins affirment manquer d'informations ou de connaissances sur les structures, les dispositifs et les droits de ces personnes. De plus, 74% signalent les lourdeurs administratives dans la prise en charge de patients bénéficiant du revenu minimum d'insertion (RMI) (Viau et al.,

2001). Aujourd'hui, de par ses nombreuses responsabilités dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste est celui qui permet l'accès des patients à leurs droits : droit à des primes de l'aide sociale, droit au retour à l'emploi suite à une lésion professionnelle, droit à un revenu de remplacement en cas de lésion, etc. L'élargissement de leur rôle est également confronté aux politiques de maîtrise des dépenses en santé qui obligent une plus grande efficacité de la part des médecins. Le médecin de famille doit donc se faire à la fois un humaniste et un scientifique efficace et rationnel qui prend en charge de façon globale et continue ses clients (Collège des médecins du Québec, 1998).

Dans la législature québécoise, la science médicale apparaît comme une science exacte qui a une réponse à tout. Par exemple, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.A.T.M.P.) parle des lésions, de la consolidation et des limitations fonctionnelles comme des entités mesurables par différents indices alors que ces concepts reposent en fait plutôt sur la spéculation et la volonté du patient à réintégrer son milieu de travail. Dans le cas des lésions professionnelles, le patient refuse parfois d'admettre qu'il souffre encore de douleur dans le but de réintégrer plus rapidement son emploi et le médecin, accordant confiance au patient, devance la date de consolidation de la lésion. Contrairement, en étant responsables du suivi médical des travailleurs lésés, on peut se demander à quel point les médecins servent parfois de vecteurs d'exclusion. De fait, malgré la Loi 42 (L.A.T.M.P.), un des risques engendré par l'inaptitude au travail est l'exclusion définitive du monde du travail, surtout dans un contexte de précarité (Martin et Baril, 1995). À cet égard, Pascual et Domergue rappellent l'importance pour le médecin de situer toute décision professionnelle quant à l'aptitude/inaptitude d'un travailleur dans l'espace social (1995).

Au niveau de l'aide sociale, la question de l'aptitude des bénéficiaires soulève également plusieurs malaises chez les médecins. La *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* prévoit une « aide de dernier recours » aux adultes qui

QUE FAIRE DEVANT L'ISOLEMENT DU MÉDECIN VIS-À- VIS DE LA COMPLEXIFICATION DE L'ACTE MÉDICAL ?

ne présentent pas de contraintes à l'emploi ou des contraintes temporaires à l'emploi et dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir aux besoins essentiels (nourriture, logement) et à ceux de leur famille (programme d'aide sociale) et aux adultes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi (programme de la solidarité sociale). Ces programmes visent à « améliorer l'employabilité », à « favoriser l'intégration en emploi » ou le « maintien au travail des personnes qui en ont la capacité ». Ainsi, les prestations sont adaptées en fonction de la capacité à participer au marché du travail. La Loi prévoit qu'une personne qui présente certaines contraintes à l'emploi (inapte à l'emploi) est admissible à une augmentation de la prestation de base de l'assistance-emploi. Ces contraintes peuvent être temporaires ou sévères. Dans les deux cas, la personne doit démontrer, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental l'empêche, de manière temporaire ou permanente, de réaliser une activité rémunérée (voir Art. 24). Le médecin traitant réalisant cette évaluation est choisi par la personne. Cependant, elle doit, lorsque le ministre l'estime approprié, se soumettre à un nouvel examen médical par le médecin qu'il désigne pour vérifier si elle présente véritablement des contraintes temporaires ou sévères à l'emploi (voir Art. 35). Pour un adulte, l'allocation prévue pour une contrainte temporaire est de 117\$, un montant qui s'ajoute au 551\$ prévus par la Loi (pour un total de 692\$ incluant la taxe provinciale), alors que pour une contrainte sévère, la prestation totale s'élève à 862\$. Ces différences sont considérables et significatives pour les personnes à l'aide sociale et les médecins ont un rôle crucial à jouer quant à l'attribution de ces prestations supplémentaires qui peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie de celles-ci.

Les médecins observateurs et acteurs des trajectoires de vie : enjeux et pistes de réflexion

Comme l'évoquent Fassin *et al.* (2000), les inégalités produites par la société s'inscrivent dans les corps humains. En lien avec les enjeux actuels posés par le jugement des médecins quant aux contraintes à l'emploi, ce constat soulève plusieurs questions. D'abord, jusqu'à

quel point la santé des personnes bénéficiant des prestations d'aide sociale est-elle affectée par les conditions dans lesquelles elles doivent vivre et l'étiquette stigmatisante qu'elles portent ? On peut également penser que les événements qui ont mené ces personnes à vivre de manière temporaire ou durable à l'aide sociale ont été marqués par des rapports sociaux inégalitaires qui ont eu des impacts négatifs sur leur santé.

Le regard historique a aussi permis de constater que face à la santé différentielle de leurs patients, les médecins ont produit différents types de discours, intégrant parfois les idéologies dominantes des époques dans lesquelles ils se situaient. En 1994, soixante médecins ont pris la parole pour témoigner des effets de la précarisation du travail sur la santé de leurs patients et du fait que préserver la santé des travailleurs les conduit trop souvent au chômage (Huez, 1994). À cet égard, il est nécessaire de souligner la richesse du discours et des observations médicales pour la compréhension des inégalités sociales. L'acte et la parole médicaux comportent en ce sens un caractère politique non négligeable.

Durant les périodes de guerre, l'aptitude au travail s'est révélée comme étant du ressort strictement médical. Alors que la science médicale apparaît souvent comme une science exacte, le jugement de l'aptitude au travail peut comporter dans certains cas des ambiguïtés nécessitant de croiser les regards médical, social et psychologique. En effet, tel que l'a démontré une recherche réalisée auprès d'une équipe intervenant auprès des populations marginalisées, certaines personnes se situent dans une « zone grise » de l'intervention, leur profil ne correspondant pas aux cases définies par le cadre normatif des programmes (McAll *et al.*, 2007). Dépendamment des trajectoires de vie des personnes qui utilisent les services de cette équipe, être jugé inapte au travail représentait soit une aspiration pouvant contribuer au bien-être, soit un élément risquant de contribuer au mal-être. Les trajectoires de vie de ces personnes s'avéraient alors d'une grande utilité afin de comprendre leur perception de l'inaptitude en lien avec leur bien-être.

- En conclusion, les différentes sources que nous avons pu consulter confirment le malaise des médecins généralistes quant aux démarches sociales auxquelles ils doivent participer, principalement avec des patients requérant des attestations de contraintes temporaires ou sévères à l'emploi. Ces tâches médico-administratives occupent une part grandissante dans le rôle des médecins et selon la Commission citée au début de ce texte, plusieurs d'entre eux ont évoqué le manque d'informations quant aux droits sociaux et aux processus qui mènent à la pauvreté. L'acte de juger « inapte » dépasse la sphère médicale et inscrit les médecins dans un rapport social qui peut se traduire positivement ou négativement sur les trajectoires de vie de leurs patients. Afin que la rencontre des médecins ne représente pas un élément de descente dans la trajectoire de vie des personnes, il est nécessaire que ceux-ci soient au fait de la portée des actes médicaux qu'ils signent.
- Buzzi, S., J.-C., Devinck et P.-A. Rosental (2002). « L'examen médical en milieu de travail 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 63(5) : 355-363.
- Collège des Médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 suivis des engagements des médecins du Québec*, Collège des Médecins du Québec, Montréal.
- Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc. (2000) « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc, *Les inégalités sociales de santé*, Éditions La Découverte/INSERM, coll. Recherches, Paris : 13-24.
- Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*, Gallimard, Paris.
- Gouvernement du Québec (2007). *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale*, Assemblée nationale du Québec, Québec.
- Huez, D. (dir.) (1994). *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*, Éditions Syros, Paris.
- Ledieu, J. (1885). « Hygiène de l'ouvrier », *Journal de l'hygiène populaire*, 1(17) : 197-199.
- Martin J.-C. et R. Baril (1995). « L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel », *Lien social et politiques: RIAC*, 34 : 131-140.
- McAll, C., A. Fournier et B. Godrie (2007). La nécessité d'être frontaliers : Lorsque les populations marginalisées sont au centre de l'intervention, Un projet de recherche-action participative et évaluative réalisée par le CREMIS et l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval, CREMIS : Montréal.
- Pascual, M. et J.-M. Domergue (1995). « Précarité, précarisation. Questions à nos pratiques de médecins du travail », *Médecine et travail*, 163 (1) : 29-30.
- Pierre-Deschênes, C. (1995). « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », dans Keating, P. et O. Keel. (1995). *Santé et société au Québec XIXe-XXe siècle*, Boréal, Montréal : 115-132.
- Ramazzini, B. (1940 [1700]). *De Morbis artificum diatriba*. University of Chicago Press, Chicago.
- Tétreault, M. (1979). *L'état de santé des Montréalais, de 1880 à 1914*, Mémoire présenté à la Faculté des Études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître Es-Art (Histoire), Université de Montréal, Montréal.
- Tubiana, M. (2003). *Histoire de la pensée médicale. Les chemins de l'Esculape*, Flammarion, Paris.
- Viau, A., Morin, M., Souzy, A.M., Obadia (2001). « Opinion et attitudes des médecins généralistes face aux populations défavorisées. Enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône », dans Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F., Ringa, V. (2001). *Précarisation, risque et santé*, INSERM, Paris : 131-147.
- Villermé, Dr. L.R. (1971 [1832]). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, [textes choisis et présentés par Yves Tyl], Union générale d'éditions, Paris.