

Les impacts des barrières structurelles en santé sur la prise en charge des personnes en situation d'itinérance : le point de vue des intervenant.es communautaires à Gatineau

par

Erika Demers

Mémoire déposé à

l'École de service social

en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction de la professeure Dahlia Namian

Septembre 2023

Remerciements

Merci à toutes les personnes rencontrées au sein des milieux communautaires en itinérance de l'Outaouais, pour votre amour et pour la réalité difficile que m'avez permis de mettre au jour dans le cadre de ce mémoire;

Merci à Dahlia Namian pour m'avoir accompagnée dans ce processus et pour les opportunités de réflexion;

Merci à ma famille pour leur support à la poursuite de mes études.

Résumé du mémoire

Dans un contexte de crise de l'État social et de la montée du néolibéralisme, les organismes communautaires et les mesures d'urgence tendent à répondre aux problèmes sociaux que le secteur public n'a su prévenir. Les hébergements communautaires en itinérance prennent dans ce contexte un rôle prépondérant. Alors qu'ils ont été conçus au départ comme des mesures d'urgence pour pallier des besoins de base, ils accueillent désormais des personnes aux problématiques multiples et complexes en raison des multiples barrières auxquelles elles sont confrontées dans leur prise en charge. À l'aide des témoignages de personnes intervenant au sein des milieux communautaires en itinérance à Gatineau, l'objectif de cette recherche est donc de mieux cerner les barrières structurelles auxquelles les usagers et usagères des hébergements communautaires sont confrontés dans leur prise en charge et les obstacles et difficultés rencontrés, en conséquence, par les organismes communautaires.

Mots-clés :

- itinérance,
- communautaire,
- santé,
- Gatineau

In a context of social state crisis and rising neoliberalism, community organizations and emergency measures tend to respond to social problems that the public sector has not been able to prevent. Community accommodations destined to homelessness take on a preponderant role in this context. While they were initially designed as emergency measures to meet basic needs, they now welcome people with multiple and complex problems due to the multiple barriers they face in their care. Using testimonials from people involved in homeless organizations in Gatineau, the objective of this research is to better identify the structural barriers that users of shelters are confronted with in their care and the obstacles and difficulties encountered, as a result, by community organizations.

Keywords :

- homelessness
- community-based,
- health,
- Gatineau

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 - L'itinérance au Canada : figures et causes	7
1.1. Itinérance au Canada : ampleur et définition	7
1.1.1. L'itinérance visible et cachée	8
1.1.2. Les différents visages de l'itinérance.....	10
1.1.3. Les causes structurelles et institutionnelles de l'itinérance	13
1.1.3.1. Le déclin de l'État providence.....	14
1.1.3.2. La sous-financement gouvernemental au logement	15
1.1.3.3. La désinstitutionnalisation.....	17
1.1.3.4. Le sous-financement des organismes communautaires.....	19
1.1.3.5. Les changements climatiques.....	22
1.2. Le portrait de l'itinérance à Gatineau.....	25
1.2.1. Une crise du logement à l'échelle de la région	26
1.2.2. Le cas du site Centre Robert-Guertin.....	28
1.2.3. Hull : un flot de chaleur	32
1.2.4. Les réalités transfrontalières de la région métropolitaine	32
CHAPITRE 2 – Inégalités et déterminants sociaux de la santé : repères théoriques..	36
2.1. Le modèle conceptuel québécois de la santé et ses déterminants	37
2.2. Les impacts de l'itinérance sur la santé	39
2.2.1. Le vieillissement et les enjeux de santé physique	41
2.2.2. Les enjeux de santé mentale.....	45
2.2.3. La prévalence à une multiplicité de diagnostics.....	46
2.2.4. Un regard critique sur les facteurs liant itinérance et handicap	47
2.3. Les concepts utiles à l'étude.....	50
2.3.1. Exclusion, marginalisation et stigmatisation.....	50
2.3.2. La violence structurelle	53
CHAPITRE 3 - Méthodologie	56
3.1. Les méthodes de collecte de données et les stratégies de recrutement	56
3.2. L'échantillon et les critères de sélection.....	58
3.3. La méthode d'analyse des données	59
CHAPITRE 4 - Résultats	60
4.1. La crise du logement et les difficultés de maintien au logement.....	60
4.1.1 Augmentation du prix des loyers et réduction des logements accessibles	61
4.1.2 Les barrières administratives à l'accès en logement.....	62
4.1.3 Un accueil limité en refuges d'urgence	65
4.2. Des prises en charge insuffisantes dans les secteurs publics et communautaires	67
4.2.1. Une relégation de la prise en charge des problèmes de santé vers le communautaire	68
4.2.2 Un manque de coordination et de ressources	70
4.2.3 Des contraintes financières	73
4.3. La « sélection » informelle des personnes pour l'obtention d'un hébergement et d'un logement	74
4.3.1. Responsabilisation des personnes, injonctions à l'autonomie et individualisation des risques	75
4.3.2. Préjugés et stigmatisation	82

<i>CHAPITRE 5 - Discussion</i>	88
5.1. La nouvelle gestion publique comme trame de fonds : entre effritement du tissu social, État minimal et injonction de performance	88
5.2. Une double marginalisation : les effets de la nouvelle gestion publique sur l'exclusion et la stigmatisation des personnes	89
5.3. États de santé précaires des populations : une violence structurelle	91
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	94
<i>ANNEXES</i>	104
Annexe 1	104
Annexe 2	105
Annexe 3	106
Annexe 4	108

INTRODUCTION

Les personnes en situation d'itinérance ont plus difficilement accès à des soins de santé malgré qu'elles cumulent plusieurs problèmes de santé. Ce paradoxe s'explique en grande partie par l'existence de barrières structurelles qui limitent l'accès aux services et qui agissent comme des déterminants sociaux de la santé. Ces barrières témoignent d'une organisation inadaptée des services de santé aux réalités des personnes vivant de l'itinérance, ce qui participe à chroniciser leurs conditions. Bien que plusieurs études expliquent et soulignent ces barrières, peu d'études montrent en revanche leurs impacts sur la prise en charge des personnes par les organismes communautaires, soit par les organismes sur lesquels repose l'ampleur de la responsabilité du problème. En ce sens, l'expérience des intervenants dans les milieux communautaires demeure à explorer afin de mettre en lumière, de leur point de vue, les impacts des barrières structurelles sur la prise en charge des personnes en situation d'itinérance. À l'aide d'un cadre conceptuel fondé sur les déterminants sociaux de la santé et d'entrevues semi-dirigées menées auprès d'intervenants communautaires œuvrant à Gatineau, ce mémoire visait donc à répondre à la question suivante : comment les barrières structurelles d'accessibilité aux soins de santé et services sociaux impactent la prise en charge et l'expérience des personnes utilisatrices des hébergements communautaires œuvrant en itinérance?

Ce mémoire permet d'explicitier la façon dont les organismes communautaires répondent de manière palliative au désengagement du secteur public, et ce dans un contexte d'austérité budgétaire. Comme nous le verrons, les milieux communautaires en itinérance deviennent souvent l'ultime maillon du filet social où sont « déchargées » les personnes vivant des problématiques de santé les plus complexes, d'où l'importance de se pencher sur l'impact des barrières structurelles en santé sur ces acteurs. Après avoir présenté un état des connaissances sur l'itinérance et sur les enjeux qui concernent plus spécifiquement la région de l'Outaouais, il s'agira, dans un premier temps, de présenter le cadre théorique portant sur les déterminants sociaux de la santé. Cette problématisation préalable est suivie de la présentation de notre recherche empirique qui repose sur une analyse secondaire

d'entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants et d'intervenantes communautaires œuvrant dans la région.

CHAPITRE 1 - L'itinérance au Canada : figures et causes

L'étude du phénomène de l'itinérance comporte diverses figures et causes propres à des réalités structurelles ciblées dans le temps et l'espace. À ce titre, la littérature scientifique permet de mettre au jour l'ampleur de l'itinérance au Canada et ses sources comme aboutissement d'une série de politiques d'austérité, notamment en ce qui concerne le logement, le soutien communautaire et les services publics de protection sociale et de santé. Dans le cadre de ce mémoire, l'étude de la réalité de l'itinérance dans la Ville de Gatineau au cours des dernières années permettra de mettre en lumière l'existence de cet enjeu et mettre ainsi en contexte les résultats de recherche récoltés en ces lieux.

1.1. Itinérance au Canada : ampleur et définition

Selon les derniers chiffres disponibles, l'itinérance augmente au Canada (Etty et al., 2022), et ce, tant dans les milieux urbains et ruraux (Smith, 2022), que dans les refuges d'urgence (Gaetz & al., 2016). Bien qu'il soit difficile de chiffrer l'itinérance, les dernières recherches estiment que près de 235 000 Canadiens par an seraient en situation d'itinérance (Gaetz & al., 2016) alors qu'environ 32 000 personnes la vivraient chaque nuit, que ce soit dans les refuges ou à même la rue (Canada, Emploi et Développement social Canada, 2019). On estime que l'itinérance toucherait au moins 3 % des personnes responsables de loger leur ménage (Gaetz & al., 2016 ; Uppal, 2022). Les écrits rapportent que ces nombres ne cesseraient d'augmenter (Etty et al., 2022), entre autres dans les refuges d'urgence (Gaetz & al., 2016). Parmi les personnes dans cette situation, 1 sur 5 l'aurait vécu durant plus d'un an (Statistique Canada, 2022 ; Uppal, 2022). Au cours d'une même nuit, il a été possible de recenser que plus 32 000 personnes sont en situation d'itinérance au Canada, soit à même la rue et, en grande majorité, dans les hébergements d'urgence ou de transition (Canada, Emploi et Développement social Canada, 2019 ; Rech, 2019). L'itinérance cachée étant difficile à comptabiliser via les outils de recensement et ne cessant d'augmenter, on peut néanmoins imaginer que ces données ne représentent que la pointe de l'iceberg. Définir et mesurer l'itinérance demeure complexe, bien qu'important pour l'amélioration des services et des politiques (Smith, 2022). En effet, la dimension multifacette du phénomène de l'itinérance complexifie sa définition, et ce, de manière satisfaisante et

consensuelle. Quoiqu'il en soit, il peut faire consensus que l'itinérance ne se limite pas au fait d'être à la rue : elle prend en effet différentes formes et porte différents visages (MSSS, 2008). Dans les prochaines sections, nous tenterons de cerner ces différentes facettes.

1.1.1. L'itinérance visible et cachée

Afin de mieux cerner en quoi consiste l'itinérance, il importe d'en comprendre ses divers types et formes. Tout d'abord, la littérature signale trois types d'itinérance au Québec, soit l'itinérance situationnelle, cyclique et chronique, lesquels comportent des fréquences et des durées différentes. Celle situationnelle est la plus connue et elle réfère à l'itinérance vécue de manière exceptionnelle et momentanée pour une courte période (MSSS, 2008). Certaines études rapportaient qu'une grande majorité des personnes hébergées en refuges d'urgence, soit près de 85%, revêtaient de l'itinérance situationnelle et ne vivaient l'itinérance que de manière exceptionnelle (Smith, 2022). Pour sa part, l'itinérance cyclique consiste en plusieurs va-et-vient entre la rue et l'accès à un logement (MSSS, 2008). Il est rapporté que 3 à 11% des personnes hébergées dans les refuges référeraient à ce type d'itinérance et parviendraient ainsi difficilement à maintenir une certaine stabilité sociale et résidentielle (MSSS, 2022 ; Smith, 2022). Enfin, l'itinérance chronique est celle la plus visible et qui est caractérisée par un maintien en situation d'itinérance pour une plus longue période, soit durant plus de six mois ou un an (MSSS, 2008 ; Smith, 2022). Bien qu'elle soit la forme la plus visible d'itinérance, il n'a été rapporté que seulement une petite portion des personnes hébergées en refuges d'urgence, soit de 2 à 4 %, la vivaient pour cette durée (Smith, 2022).

Ensuite, il existe différentes formes d'itinérance au Québec, selon qu'elle soit visible ou « cachée ». En effet, l'itinérance visible fait référence au fait de se retrouver sans domicile fixe et d'habiter un lieu jugé comme non conçu pour l'habitation humaine, tel qu'un espace public ou un milieu institutionnel ou communautaire (MSSS, 2022). L'itinérance sous sa forme visible est associée de manière plus importante à une certaine perte du tissu social des personnes, caractérisé par de l'exclusion et un manque de protection sociale. Elle constitue également un terreau fertile pour alimenter les stigmas. L'itinérance visible se décompose plus précisément en l'itinérance à la rue ou l'itinérance hébergée. D'une part,

l'itinérance à la rue représente l'itinérance qu'on peut percevoir à même l'espace public et elle est associée au fait par exemple de demeurer dans une voiture ou en tente. Elle est la forme d'itinérance à laquelle sont rattachées les représentations sociales les plus préoccupantes, dérangeantes et stigmatisantes de l'itinérance. En effet, l'itinérance à la rue tend à vouloir déranger du fait de son occupation visible et physique de l'espace, laquelle tend à vouloir être contrôlée et judiciairisée (*Idem*). D'autre part, l'itinérance hébergée est celle où sont abritées les personnes aux moyens tant d'hébergements d'urgence, temporaires ou de transition que de milieux institutionnels comme les centres de crise ou hospitalier. Lors du recensement de 2021, il a été recensé qu'au moins 12 500 personnes étaient notamment hébergées dans des refuges d'urgence du Canada (Statistique Canada, 2022). Rappelons que, bien que les personnes y étant hébergées ont en quelque sorte un toit sur la tête, ces hébergements ne constituent pas des milieux reconnus par le droit au logement, droit auquel le Québec est mandaté d'adhérer de par sa signature au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies* (MSSS, 2014).

Enfin, l'itinérance invisible ou cachée est une autre forme d'itinérance au Québec. Elle réfère aux situations auxquelles sont soumises les personnes vivant dans des conditions de vie ou d'habitation inadéquates, soit celles vivant temporairement chez des proches ou étant logées dans un environnement non sécuritaire ou inadéquat (Uppal, 2022). Étant reconnue comme la plus prévalente de toutes les autres formes d'itinérance (Statistique Canada, 2022), on rapporte qu'elle touche de 10 à 15% de la population canadienne (Rodrigue, 2016 ; Statistique Canada, 2022). Celle-ci soumet les personnes, notamment les femmes et les jeunes, à de nombreuses conditions à risque pour leur santé et leur sécurité, comme à des logements insalubres ou à des contextes de violence conjugale ou familiale, afin d'éviter la rue (Bellot & Rivard, 2017 ; Rech, 2019 ; Uppal, 2022). La crainte d'être marginalisé ou revictimisé peut inciter certaines personnes à demeurer dans des conditions précaires ou dangereuses et ainsi à maintenir invisible leur situation (Bellot & Rivard, 2017 ; MSSS, 2022 ; Rech, 2019). Il est également rapporté que les personnes présentant une ou des incapacités seraient plus à même de vivre une situation d'itinérance invisible que celles n'en démontrant aucune. Les personnes ayant vécu de mauvais traitements durant

l'enfance sont aussi plus à risque de vivre ce type d'itinérance : 1 personne sur 4 qui en a été victime aurait en effet connu de l'itinérance cachée (Rodrigue, 2016).

1.1.2. Les différents visages de l'itinérance

À partir des années 1980, les milieux communautaires voient apparaître de nouvelles figures associées à la précarité et l'itinérance (Foisy & Duperré, 2015). Alors que l'expérience de l'itinérance était souvent associée à celle des hommes blancs, les années 1980 et 1990 voient entre autres les jeunes, les femmes, les familles et les personnes vivant avec une problématique de santé mentale constituer de plus en plus les populations itinérantes (*Idem* ; Smith, 2022). Bien que les hommes adultes célibataires demeurent les plus visibilisés en itinérance (Rech, 2019), nous pourrions constater que l'itinérance regroupe de manière tout aussi importante les groupes de personnes jugés à la fois les plus marginalisés ou minorisés.

Tout d'abord, bien qu'elles soient plus à risque de vivre de l'itinérance à la rue ou hébergée durant plus d'un mois, une plus faible proportion de femmes que d'hommes sont constatées vivant l'itinérance dite visible. En revanche, une plus grande proportion de femmes que d'hommes vivraient plutôt de l'itinérance cachée (Uppal, 2022). L'itinérance des femmes serait constatée de manière moins apparente, étant donné qu'elles sont plus à même de tolérer des contextes de violence ou d'aller jusqu'à réduire leurs dépenses liées à la nourriture, au logement ou aux soins de santé pour éviter les refuges ou la rue (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008 ; Rech, 2019). Bien qu'elles soient plus à risque d'itinérance, elles seraient plus susceptibles d'utiliser des stratégies de survie faisant qu'elles éviteraient la rue, comme en demeurant dans de mauvaises conditions d'habitation (Bourque et al., 2019). En ce sens, il importe de considérer que l'itinérance est vécue de manière très genrée : en effet, les trajectoires menant à l'itinérance des hommes et des femmes et leur expérience de celle-ci s'avèrent distincts. Entre autres, les enjeux de violence auxquels elles sont plus souvent soumises exerceront une influence importante sur leur trajectoire de pauvreté et d'itinérance (Carde, 2020). Notamment, les antécédents de violence physique ou sexuelle sont estimés comme représentant le vécu de près de 50 à 75 % des femmes en situation d'itinérance (Ministère de la Santé et des Services sociaux,

2008). Bien que la violence familiale ou conjugale soit la cause la plus souvent évoquée de l'itinérance chez les femmes (Smith, 2022), les contextes de précarité engendrés par l'existence des inégalités des sexes constituent des facteurs notables de l'itinérance chez elles (Rech, 2019). Entre autres, on peut penser que l'incidence de la maternité sur leur trajectoire en emploi les place dans des situations économiques plus précaires. Également, les secteurs d'emploi jugés plus féminins étant, en général, plus durement touchés par les mesures d'austérité peuvent influencer leurs trajectoires de pauvreté (Carde, 2020). Les contextes de pauvreté et de précarité économique rapportés comme plus prévalents chez les femmes ont néanmoins des conséquences importantes sur leurs états de santé. En effet, celles ayant vécu le sans-abrisme seraient considérées comme présentant de moins bons états de santé que les hommes aux caractéristiques similaires (Uppal, 2022).

Également, la rupture dans les liens sociaux est constatée comme un facteur davantage vécu par les femmes, entre autres étant donné des conséquences qu'ont les difficultés familiales ou relationnelles sur leur risque de vivre de l'itinérance circonstancielle (Bourque et al., 2019). À ce titre, il est rapporté que les femmes étant de minorité sexuelle sont plus à même de connaître l'itinérance au cours de leur vie (Uppal, 2022). Les membres de communauté LGBTQIA+ se retrouvent également surreprésentés en itinérance (MSSS, 2022). Cela s'explique en partie par les enjeux d'exclusion sociale, de violence et de discrimination auxquels sont confrontés les personnes étant de minorité sexuelle, soit notamment les jeunes (Smith, 2022 ; Uppal, 2022). On constate aussi que les jeunes en situation d'itinérance et en partie ceux issus de la diversité sexuelle ont souvent connu une prise en charge par les institutions de la protection de la jeunesse et parfois des transitions difficiles une fois sortis des foyers d'accueil (MSSS ; Smith, 2022). On constate en effet qu'une majorité des jeunes vivant l'itinérance, soit de 50 à 75 %, ont connu une prise en charge ou des contacts avec les services de protection de la jeunesse au Québec (MSSS, 2022 ; MSSS, 2008). Par ailleurs, selon une étude menée en 2016 au Canada, 40 % des personnes vivant l'itinérance l'auraient vécue pour une première fois alors qu'elles étaient des jeunes ou des enfants âgés de moins de 16 ans (Rech, 2019). Une étude similaire menée en 2018 rapporte aussi d'importants taux vécus pour une première fois à de bas âges : 30% auraient eu moins de 18 ans lors de leur premier épisode d'itinérance et près de la moitié

des adultes rapportaient l'avoir tout d'abord vécu avant l'âge de 25 ans (Canada, Emploi et Développement social Canada, 2019). Il importe aussi de considérer que l'itinérance jeunesse est associée à une prévalence à certaines conditions de santé défavorables. En effet, les jeunes seraient une dizaine de fois plus à risque de développer une infection transmissible sexuellement et par le sang que le reste de la population et seraient 11 fois plus à risque de perdre la vie dans le cadre d'un suicide ou d'une surdose (Rech, 2019). L'itinérance jeunesse pouvant ainsi avoir d'importants impacts à long terme sur la situation d'itinérance et de santé des personnes, il demeure qu'elle continue d'exister de manière importante au Canada au sein des hébergements d'urgence pour jeunes et enfants (Laird, 2007). En effet, près de 20 % des personnes en situation d'itinérance seraient des jeunes entre 13 et 24 ans (Rech, 2019).

À l'inverse, on remarque également une augmentation grandissante du nombre d'aînés en situation d'itinérance depuis le début des années 2000. Avec le vieillissement général de la population, il serait possible de voir de ce phénomène se manifester de plus en plus (Smith, 2022). Étant donné les différentes façons de considérer une personne comme étant âgée, certaines études rapportent que les aînés ne représenteraient qu'une faible portion de la population itinérante hébergée dans les refuges (Rech, 2019), alors que d'autres rapportent que près de 49% des personnes y étant hébergées auraient plus de 50 ans (Burns, 2018). Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins que les aînés sont soumis à des situations sociales, économiques, de santé et de logement souvent très précaires, quoique souvent invisibilisées (Burns et al., 2013 ; MSSS, 2022). On rapporte d'ailleurs que les aînés en situation d'itinérance, notamment les femmes, le seraient en grande partie pour la première fois de leur vie en âge avancé (Burns, 2018; Burns et al., 2013). La dégradation des états de santé pouvant être plus notable avec l'âge, l'augmentation des risques liés à la santé augmente ceux d'itinérance (Uppal, 2022). Les aînés se trouvant dans cette situation et ayant des besoins en santé plus importants connaîtront également des difficultés supplémentaires à trouver un logement adéquat et adapté à leurs conditions (Burns, 2018). Certains aînés étant invisibilisés par leur réalité en logement précaire et d'autres étant issus de l'itinérance dite récente, le portrait des aînés en itinérance demeure hétérogène. En effet, les facteurs de vieillissement, de pauvreté et d'accessibilité à des ressources en logement

adéquates s'influencent et se nourrissent de manière à complexifier les enjeux vécus par ces personnes (Burns et al., 2013).

Par ailleurs, on constate une surreprésentation des personnes autochtones étant en situation d'itinérance (MSSS, 2022 ; Statistique Canada, 2022 ; Uppal, 2022). Ils représentent 28 à 34 % des personnes utilisatrices des refuges au Canada, malgré le fait qu'elles ne représentent que 4,3% de la population (Rech, 2019). Cette surreprésentation de ce groupe de personnes constituerait l'une des conséquences du colonialisme et des conditions socioéconomiques que ce phénomène sous-tend (Rech, 2019 ; Statistique Canada, 2022). Du fait entre autres des entraves à l'emploi, l'éducation et du contexte social et politique discriminatoire envers les peuples autochtones, ils se retrouvent plus à risque de vivre de l'itinérance (Smith, 2022 ; Statistique Canada, 2022), soit 8 fois plus que les personnes allogènes dans les milieux urbains (Rech, 2019).

Enfin, la précarité économique constitue un facteur transcendant les différentes figures abordées précédemment, étant donné la part importante de revenus dédiée à couvrir les frais de logement (Laird, 2007 ; Uppal, 2022). En effet, au-delà des caractéristiques individuelles, l'augmentation de l'itinérance est la plus souvent constatée du fait de circonstances structurelles et de désavantages économiques vécus par les personnes (Laird, 2007). En ce sens, on peut penser que le fait d'avoir par exemple plus difficilement accès à un niveau élevé de scolarité peut diminuer de manière notable les risques d'itinérance (Uppal, 2022).

1.1.3. Les causes structurelles et institutionnelles de l'itinérance

L'itinérance étant souvent associée au résultat de facteurs tant individuels, structurels, que d'évènements de la vie (Uppal, 2022), les façons de l'aborder varient en fonction des points de vue et études menées. Cette difficulté à arriver à un consensus sur ses causes et figures continue d'être une barrière empêchant d'y remédier (Smith, 2022). Au Québec, on accorde une définition particulièrement axée sur la prise en compte de dimensions multiples, en insistant sur l'importance de tenir compte tant des enjeux d'intégration sociale et communautaire des personnes que de l'accès et du maintien à un logement jugé adéquat

(Smith, 2022). La définition priorisée par le Québec implique ainsi l'importance du processus de désaffiliation sociale, d'exclusion et de marginalisation dans la représentation du phénomène et son traitement, au-delà des enjeux matériels, financiers, de salubrité et du caractère adéquat des logements pour leur accessibilité et leur maintien par les populations plus précarisées (MSSS, 2008; MSSS, 2022). Dans les prochaines sections, nous aborderons les principales causes structurelles et institutionnelles identifiées au sein de la littérature qui exercent une influence sur l'accessibilité aux services.

1.1.3.1. Le déclin de l'État providence

Les États d'après-guerre avaient pour prémisse le devoir d'assurer une certaine responsabilité sociale de l'État envers le bien-être de ses citoyens (Ogg, 2015). C'est dans ce contexte que se sont développés les systèmes de protection sociale en 1945 au sein des pays occidentaux, soit dans un contexte caractérisé par le baby-boom et par une forte croissance économique en période d'industrialisation (Palier, 2005).

Néanmoins, la crise financière des années 1970 et la montée, dès les années 1980, des gouvernements conservateurs et néolibéraux sont venues perturber les assises de l'État social en imposant une diminution importante des dépenses publiques (Ogg, 2015). Dans ce contexte, les protections existantes se retrouvent alors fragilisées. De plus, la faible croissance de la fécondité et la croissance accélérée de la population âgée comparativement à celle en âge de travailler exacerbent les préoccupations des institutions publiques quant à leur capacité à financer certains régimes de protection sociale (Bouchard & al., 2015). Les systèmes de protection sociale se retrouvant systématiquement dans des situations déficitaires, les pays développés tendent à reconstruire leurs protections sociales existantes de manière qu'elles soient plus favorables à l'emploi (Palier, 2005). Les politiques d'activation apparaissent également comme des solutions économiques afin de dissoudre certains risques liés au vieillissement de la population, tels que ceux liés à la maladie, au chômage et à la pauvreté par le biais de l'activité (Tremblay, 2006). Dans cette même optique, les gouvernements visent à rendre l'État plus « productif » et à réorienter leurs dépenses publiques vers des groupes assurant des investissements futurs, comme les

enfants et l'éducation, au lieu de l'assistance vers des groupes jugés moins rentables (Palier, 2005).

L'avènement du néolibéralisme marque ainsi un point tournant à l'époque moderne en désengageant de plus en plus les États providentiels des questions sociales (Clément, 2020). Ce changement de paradigme idéologique et économique participe à la précarisation de certains groupes sociaux et surtout à une nouvelle conception des relations entre l'État et les individus (Baillergeau, 2007; Hache, 2007). La littérature scientifique témoigne en ce sens que le processus d'appauvrissement constaté depuis la crise des États-providence et les compressions budgétaires de l'État social participeraient à une précarisation augmentant les risques d'itinérance (Grimard, 2006; Roy & Grimard, 2015).

1.1.3.2. La sous-financement gouvernemental au logement

Parmi les facteurs pouvant causer l'itinérance au Canada, la pauvreté et les dispendieux coûts des logements en demeurent la principale cause (Laird, 2007). Le virage politique dans les années 1970, limitant l'intervention de l'État social au sein des sociétés nord-américaines et européennes, précarisa le financement destiné aux programmes d'assistance sociale et les initiatives en logement social. Ce contexte a eu une incidence inévitable sur la proportion de personnes en situation d'itinérance (Lyon-Callo, 2008 ; Namian, 2022b). En 1993, le gouvernement canadien cessa entre autres le financement de son programme national pour le logement abordable, lequel soutenait près de 2 millions de personnes et assurait la construction annuelle de près de 20 000 unités en logement social (Laird, 2007 ; Rech 2019). D'autres gouvernements provinciaux et municipaux firent de même au courant des années 1990 et 2000 (Raphael, 2002). Bien que le Québec ait traditionnellement joué un rôle plus actif depuis les années 1960 sur le plan des politiques sociales, les années 1980 et 1990 sont tout de même marquées par une augmentation plus importante et rapide des loyers à la grandeur du Canada, laquelle augmente du même coup le nombre de personnes à la rue et hébergées dans les refuges d'urgence (Raphael, 2002 ; Smith, 2022). La décision du gouvernement fédéral de couper son financement social auprès des provinces, via entre autres la Stratégie nationale sur le logement, ainsi que le contexte économique mondial changeant du fait de la libéralisation des marchés et la

désinstitutionnalisation ont eu pour effet de limiter de façon notable la contribution des provinces à la question sociale : que ce soit en termes d'assistance sociale ou d'investissement pour le logement (Smith, 2022). En revanche, des mesures axées sur de l'aide d'urgence et à court terme furent prioritaires comme méthodes pour pallier l'augmentation du phénomène de l'itinérance (Laird, 2007). Entre 1999 et 2004, cette tendance a en effet mené à la création de nombreux refuges d'urgence et de services de première ligne en la matière au Canada, mobilisant près de 365 millions de dollars en aide de dernier recours (*Idem*). Néanmoins, comme le veut ce type de mesure publique axée sur l'urgence, cette gestion publique des problématiques de pauvreté et d'itinérance évitait toujours que l'on attire notre attention sur des solutions intégrées et systémiques, quoiqu'en apparence plus coûteuses (Lipsky & al., 2011).

C'est ainsi que, malgré la création de refuges, près d'un ménage sur sept présentait rencontrer des difficultés d'accéder à un logement leur étant abordable en 2004. Quelques années plus tard, en 2007, c'était déjà un quart des Canadiens qui étaient considérés comme déboursant une part trop importante de leurs revenus pour être logés. En 2005, il était alors estimé que près de 150 000 Canadiens étaient hébergés en refuges d'urgence, alors que le nombre de personnes en situation d'itinérance se situait entre 200 000 et 300 000 dans le pays (Laird, 2007).

Les crises du logement et la faible financiarisation de cet enjeu continuent de limiter l'accessibilité à des logements véritablement abordables et de créer toutes sortes d'inégalités et de clivages au Canada comme au Québec (FRAPRU, 2022 ; Laird, 2007). Alors que les dernières données de la *Société canadienne d'hypothèques et de logement* rapportent que près de 3,5 millions de logements supplémentaires seraient nécessaires pour atteindre les cibles d'abordabilité, on constate que le cinquième de ceux-ci seraient requis au Québec, où les prix des logements ont rapidement augmenté durant les dernières années (SCHL, 2022). De par ce contexte sont augmentés les risques associés à la détérioration des conditions des logements pour les plus mal logés ainsi que, dans certains quartiers, un embourgeoisement des milieux (FRAPRU, 2022).

1.1.3.3. La désinstitutionnalisation

Les facteurs structurels de précarisation exacerbés par le contexte économique depuis les années 1970 perpétuent une offre de services en diminution au sein des services publics en santé et services sociaux (Rivest, 2017). Ce contexte de précarisation a entre autres mené à la fusion d'institutions hospitalières diminuant de près de moitié les lits en psychiatrie au Québec lors de la quatrième vague de désinstitutionnalisation dans les années 1980 et 1990. (Bonin et al., 2006 ; Smith, 2022). C'est également à travers ce processus que les refuges d'urgence devinrent pratiquement et par défaut des institutions œuvrant en santé mentale (Smith, 2022). Bien qu'une communautarisation des services en santé était souhaitée pour pallier ces coupures, ce processus limita toute une gamme de services en santé et services sociaux, tels que l'hospitalisation à long terme des personnes nécessitant des soins (Rivest, 2017) et leur assistance pour qu'elles puissent vivre de manière autonome (Bonin et al., 2006; Roy & Grimard, 2015). Le contexte de crise économique ayant découragé le transfert de mesures financières dans la communauté pour contrebalancer cette désinstitutionnalisation, l'émergence de l'idéologie néolibérale participa ainsi à une diminution importante du rôle de l'État comme acteur interventionniste auprès des institutions sociales et de santé (Rivest, 2017). En plus qu'il devenait de plus en plus difficile de se procurer un logement abordable, cette situation a ainsi abandonné des milliers de personnes dépourvues d'une aide leur étant essentielle et risquant de détériorer leurs conditions de vie et de santé déjà précaires (Smith, 2022).

L'avènement de la nouvelle gestion publique au cours de cette même période de changements mène à une nouvelle conception du rôle des individus par rapport aux problématiques auxquelles ils sont confrontés. En ce sens, les personnes ayant recours aux ressources en santé et en services sociaux sont avant tout considérées comme des clients ayant la responsabilité de prendre leur santé en main et d'utiliser les services nécessaires à celle-ci (Côté, 2012; Rivest, 2017). De nouvelles exigences d'autonomie et de responsabilisation se font ainsi de plus en plus ressentir dans les rapports sociaux et individuels depuis la seconde moitié du 20^e siècle où le concept d'autonomie est encouragé pour être profitable aux sociétés libérales (Jouan, 2013). La gouvernance néolibérale reproduit donc les individus comme sujets dont elle a besoin, c'est-à-dire comme des

individus autonomisés qui utilisent les stratégies adéquates pour gérer leur vie efficacement et pour qu'elle ait des retombées en société (Clément, 2020).

Cette idéologie se transcrit d'ailleurs dans l'offre de services publics aux personnes en situation d'itinérance qui incite à une coordination compartimentée des services et, également, à une offre de services publics de plus en plus communautarisée (Côté, 2012). Cette offre de services en silos tend néanmoins à réduire les personnes aux enjeux de toxicomanie ou de santé mentale auxquels elles pourraient par exemple être associées. Cela rend l'existence de ces problématiques des réalités beaucoup plus individuelles, alors que l'itinérance découle avant tout d'enjeux collectifs et d'une réalité multidimensionnelle dont les facteurs en cause sont interdépendants (*Idem*). La coordination de services et les possibilités de remédier aux enjeux d'itinérance tendent ainsi à être complexifiées par cette réalité qui n'offre des soins en santé ne traitant que d'une problématique à la fois (Bonin et al., 2006; Deschênes et al., 2021; Koon et al., 2010; McNeill et al., 2022). Cette responsabilisation individuelle de la santé par le biais de politiques publiques avantage aussi la gouvernance néolibérale qui peut s'éviter de déployer les ressources nécessaires pour contrer la précarité résidentielle ou celle en emploi et plutôt régler ces enjeux à la pièce, comme par le biais de la médicalisation des états de santé dégradés par les conditions de vie précaires (Poirier, 2007).

Alors que la désinstitutionnalisation des services liés à la santé mentale avait comme visée de mener à une prise en charge plus communautaire et sociale de ces enjeux par le biais des hébergements communautaires au lieu de l'institutionnalisation psychiatrique, certaines critiques considèrent que certaines personnes considérées comme patients chroniques se retrouvent dans un vide de services et un faible soutien tant sociocommunautaire qu'institutionnel (Namian, 2012a; 2021b). Le phénomène des portes tournantes marquant cette réalité, on constate des situations où les personnes jugées comme ayant de trop grandes problématiques se font décharger dans les refuges d'urgence communautaires sans ressource ou dans un environnement souvent peu adapté à leurs réalités de santé (Aubry et al., 2014). Alors que certains hébergements ne permettent pas à leurs usagers de pouvoir se reposer durant le jour par exemple, ce genre de décharge sociale

ou *dumping* des personnes nécessitant des soins dans ce type de milieu met alors leur sécurité particulièrement à risque (Aubry et al., 2014; Namian, 2012b).

Le manque de prise en charge des personnes et l'inefficacité des services en santé et services sociaux sont néanmoins des éléments considérés comme participant à reproduire l'itinérance et les enjeux de santé (Grimard, 2006). Au-delà des enjeux d'accessibilité au logement, il existe ainsi d'autres nombreuses barrières structurelles qui participent à l'augmentation de l'itinérance et aux difficultés d'accès en santé (Rivest, 2017). Les failles tant systémiques qu'institutionnelles qui découlent des conditions structurelles la reproduisent en contraignant les personnes itinérantes au manque de ressources au sein du système public et à une marginalisation en santé (Éditions de l'OCDE, 2021; Rivest, 2017). C'est pourquoi la littérature scientifique portant sur l'itinérance aborde tant le phénomène de l'itinérance dans ses composantes individuelles, structurelles et institutionnelles.

1.1.3.4. Le sous-financement des organismes communautaires

De plus, le désengagement de la politique néolibérale pour les questions sociales contraint les organismes communautaires à devenir des acteurs nécessaires pour pallier le manque de ressources à la prise en charge des personnes en situation d'itinérance. En effet, les organismes communautaires sont invités dans les années 1990 et 2000 à jouer un rôle actif pour la mise en œuvre de politiques publiques au Québec (Bergeron-Gaudin, 2019). En s'imbriquant à l'approche socio-institutionnelle du secteur public, les organismes communautaires voient leurs actions devenir les principaux moyens de services sur lesquels l'État s'appuie pour agir sur les problèmes sociaux (Foisy & al., 2015). Leurs actions se retrouvent de plus en plus internalisées à la structure administrative du système public, rendant parfois leur rôle réduit à celui d'exécutant des mandats institutionnels (Parazelli, 1990). Ce rôle de sous-traitance du réseau public oblige néanmoins les organismes communautaires à prendre en charge l'organisation de services publics, alors que ses visées fondatrices se voulaient plutôt d'adopter des pratiques revendicatrices et d'intervenir de manière différente sur les réalités sociales (Bergeron-Gaudin, 2019 ; Parazelli, 1990). Traditionnellement, l'une des valeurs maitresses des organismes communautaires était en effet de favoriser de nouveaux rapports entre les clients et les

travailleurs sociaux de manière à contester les structures plus oppressives d'organisation sociale (Foisy & al., 2015). Néanmoins, de cette nouvelle réalité, certains critiquent que les organismes communautaires parviennent moins bien à agir sur une approche globale qui rejoint les personnes exclues du réseau gouvernemental et à offrir des alternatives aux services sociaux proposés par l'État (*Idem* ; Parazelli, 1990). Ainsi, par son manque d'engagement pour la justice sociale, la gestion de l'État social sous l'idéologie néolibérale tend à baser ses protections sociales sur des incitatifs à la charité et à la communautarisation des enjeux sociaux, accaparant du même coup le temps et l'espace alloués aux organismes communautaires pour accomplir leurs missions premières de défense de droits collectifs (Bergeron-Gaudin, 2019).

Les organismes communautaires deviennent également de plus en plus responsables de pallier les coupures financières de l'État quant à l'offre de services sociaux (Foisy & al., 2015). Ils sont utilisés comme outils pour « éponger » les problèmes sociaux auxquels le secteur public n'aurait su prévenir (Parazelli, 1990). Bien que les acteurs du milieu soient nécessaires à la mise en œuvre des projets des institutions publiques (Foisy & al., 2015), on constate néanmoins que l'intervention de l'État en milieu communautaire est surtout encouragée par des visées économiques, soit dans le but de rentabiliser une réduction des problèmes sociaux (Parazelli, 1990). En voulant réduire le poids économique lié à la prise en charge des problèmes sociaux et à l'organisation des services, le support financier alloué aux organismes pour répondre à ces enjeux demeure souvent insuffisant, ce qui génère d'importantes tensions au sein même des organismes (Bergeron-Gaudin, 2019; Parazelli, 1990). En effet, les difficultés de financement que ce contexte engendre pour les organismes les contraignent à parfois changer leurs orientations d'action pour garantir le financement de leurs services (Parazelli, 1990). De cette contrainte, cette dynamique peut imposer un certain dilemme éthique pour les organismes communautaires. En effet, en étant sous-financés par l'État, ils sont souvent dépendants du financement du secteur public ou de fondations privées pour leur survie (Harvey, 2020). Néanmoins, certaines des enveloppes budgétaires allouées aux organismes dans le cadre de partenariats public-privé doivent impérativement répondre à des critères préétablis. Ces critères peuvent restreindre le pouvoir d'action de l'organisme communautaire à des pratiques n'étant pas

nécessairement en concordance avec ses valeurs organisationnelles. Pour assurer la continuité de ses activités, ces nouvelles pratiques éloignent parfois l'organisme de sa mission première, puisqu'elles répondent dans une autre mesure aux besoins de la population visée (*Idem*).

Le réseau institutionnel tend ainsi à exercer un certain contrôle sur les services offerts par les organismes financés en standardisant leurs pratiques (Bergeron-Gaudin, 2019). Le financement des organismes et des programmes étant conditionnel à des cibles, l'intervention est standardisée à des activités et à des procédures précises (Gonin & *al.*, 2012). L'efficacité des services sociaux se mesurant de plus en plus de manière quantitative, soit par le nombre de problèmes réduits pour mesurer de l'efficacité des programmes, cet encadrement des pratiques est surtout profitable pour les acteurs politiques qui sont en mesure de rendre visible les actions de leur gouvernement. Cette approche peut ainsi avoir des motivations électoralistes plutôt que basées sur le bien-être des bénéficiaires (Parazelli, 1990). Le manque de ressources en milieux communautaires peut en effet tendre à précariser les personnes récipiendaires de services, puisque les interventions fortement régulées visent à augmenter la visibilité statistique de la « décontamination sociale » des « virus sociaux », tels que la violence, la délinquance ou l'itinérance, sans pour autant prioriser un meilleur accès du pouvoir des individus sur leur vie sociale et leur environnement (Parazelli, 1990). Au lieu de travailler à ce que les individus acquièrent davantage de pouvoirs sur leurs conditions sociales ambiantes qui les précarisent, cette conception managériale des problèmes sociaux incite les organismes communautaires à individualiser les difficultés qu'ils rencontrent et à les traiter à la pièce (*Idem*). Les récipiendaires du *care* vus comme dépendants et diminués tendent alors à être marginalisés (Gonin & *al.*, 2013).

De leur côté, les intervenants sociaux œuvrant dans ces organismes sont aussi soumis aux contraintes de ces procédures d'intervention. En effet, l'approche du secteur public étant dominée par des valeurs néolibérales comme l'efficacité et l'efficacé (Grenier & *al.* 2013), l'intervention sociale est asservie à un contrôle et à une appréciation de la performance et de la reddition de résultats (Gonin & *al.*, 2012). Cela expose les

intervenants à d'importantes pressions pour que les programmes sociaux atteignent des taux de réussite suffisamment élevés permettant de justifier la reconduction de leur financement (*Idem*). En somme, cet impératif de performance peut engendrer des conditions de travail difficiles pour les travailleurs sociaux qui doivent composer avec une rareté de ressources tout en étant difficilement en mesure d'œuvrer en concordance avec les valeurs humanistes du travail social (Grenier & al. 2013). Le contexte de précarisation des institutions sociales précarise en ce sens les intervenants sociaux y œuvrant. Les travailleurs sociaux deviennent eux-mêmes plus susceptibles de vivre en situation de précarité étant donné la précarisation et la dévalorisation de leur statut et conditions de travail (Gonin & al., 2013 ; Libois, 2018).

Enfin, on peut penser qu'au lieu de pallier les coupures liées aux mesures de protection sociale, l'État néolibéral utilise des alternatives complémentaires comme l'action communautaire de manière à combler l'insuffisance de revenu des personnes de manière plus abordable que par l'augmentation brute de celui-ci. Les idéaux néolibéraux de performance des mesures sociales se voulant à moindres coûts, et ce, via les milieux communautaires comme agents de sous-traitance, ils proposent ainsi des solutions en apparence statistiquement bienfaites et efficaces (Parazelli, 1990), mais qui sont, dans les faits, superficielles pour assister à des changements systémiques des conditions sociales de la santé. La mise sur pied et le financement de services d'urgence comme des refuges ou des banques alimentaires deviennent en quelque sorte les mesures sur lesquelles repose le filet social. Toutefois, ces mesures ne disent rien quant à la résolution des problèmes de précarité à plus long terme. C'est ainsi que les personnes qui affirment avoir faim peuvent obtenir un repas chaud, mais pas un revenu viable à long plus terme, puisque, comme se veulent les valeurs néolibérales, l'engagement minimal des institutions est souhaitable (Lipsky & al., 2011).

1.1.3.5. Les changements climatiques

L'un des facteurs structurels rarement mis de l'avant est les changements climatiques et les catastrophes naturelles, qui constituent des phénomènes ayant pourtant des impacts disproportionnés sur les personnes les plus vulnérables d'une société, telles que les

personnes en situation d'itinérance (Ramin & Svoboda, 2009). Cela s'explique par plusieurs facteurs, dont l'emplacement souvent marginalisé que ces groupes de personnes occupent dans une ville (Harlan et al., 2013; Ramin & Svoboda, 2009), leur exposition à des conditions de santé précaires (Schwarz et al., 2022) et les risques auxquelles elles sont exposées de par leur milieu de vie (Kidd et al., 2021).

Étant à la fois exposées de manière disproportionnée à des températures extrêmes, les personnes sans-abris ayant des conditions de santé préexistantes s'en retrouvent alors doublement vulnérabilisées (Kidd et al., 2021 ; Schwarz et al., 2022). En effet, les conditions liées au fait d'être à la rue complexifient l'obtention des soins de santé dont elles ont besoin en plus de les restreindre à des modes limités de prévention stratégique et de réponse publique aux risques auxquelles sont exposées (English et al., 2022; Kidd et al., 2021). Ainsi, les effets sur la santé causés par les températures extrêmes peuvent être amplifiés pour les personnes ayant des conditions socioéconomiques ou de logement défavorables (Ramin & Svoboda, 2009; Schwarz et al., 2022) et mener à la mort (Ramin & Svoboda, 2009). Par exemple, certaines études rapportent que les personnes en situation d'itinérance sont treize fois plus à risque de perdre la vie par hypothermie que le reste de la population générale (Romaszko et al., 2017). Également, lors de périodes de chaleur extrême, le sans-abrisme expose les personnes à toute une gamme de risques, tels que la déshydratation, les maladies respiratoires ou cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le déclenchement d'autres conditions précaires (Clemens et al., 2022; Schwarz et al., 2022). La réalité du sans-abrisme combinée à l'exposition à la chaleur extrême pouvant mener à la mort, le fait de détenir à la fois des conditions psychiatriques pour ces personnes triple leurs risques de mourir en périodes de canicule (Ramin & Svoboda, 2009). Également, plusieurs autres facteurs, plus communément présents en itinérance, peuvent augmenter les risques de mort lors de ces périodes, tels que l'âge avancé, l'isolement social, l'alcoolisme, la consommation de drogues ou les handicaps cognitifs (Clemens et al., 2022 ; Ramin & Svoboda, 2009 ; Schwarz et al., 2022). Ainsi, les îlots de chaleur au sein des villes où sont parfois cloisonnées les personnes en situation d'itinérance peuvent représenter des dangers importants pour la santé de tous.

Enfin, l'émergence de la pandémie de COVID-19 étant une autre manifestation de l'urgence climatique dans le monde (García-Vinuesa et al., 2022), elle a aussi particulièrement vulnérabilisé les personnes se trouvant dans les conditions de vie et de santé les plus précaires.

1.2. Le portrait de l'itinérance à Gatineau

À Gatineau, le contexte pandémique a non seulement appauvri de nombreux ménages, mais elle a également mis au jour de manière encore plus importante l'existence du sans-abrisme dans la région, particulièrement celui jadis invisible (Allyson & al., 2021; Saillant, 2021). En ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) aurait rapporté une augmentation de 18% de la demande en hébergement pour les personnes en situation d'itinérance dans la région depuis la pandémie, cette augmentation ayant notamment été plus importante à Gatineau qu'à Montréal (Bernheim & al., 2023 ; MSSS, 2022). À Gatineau, les plus récentes données issues des organismes communautaires de la région en 2021-2022 rapportent un portrait aux tendances similaires que celui présenté précédemment (CRIO, Sous presse). Tout d'abord, les femmes sont rapportées comme ne représentant que 30 % des personnes hébergées en refuge d'urgence pour personnes en situation d'itinérance. Cette proportion passe à 20 % dans la fréquentation des haltes-chaleurs de la région. En revanche, on remarque d'importants taux de demandes au sein des refuges d'urgence pour femmes victimes de violence conjugale, lesquels ont d'ailleurs augmenté de 30% entre 2020-2021 et 2021-2022. Alors que près de 2 500 demandes d'hébergement ont pu être comptabilisées, seulement 10% de celles-ci ont néanmoins été comblées, faute parfois de places accueillir davantage de femmes ou étant donné le critère d'imminence à respecter associé au danger qu'elles affirment être confrontées. Cette situation témoigne des besoins impérieux vécus par les femmes pour l'accès à des ressources en hébergements et les situations précaires et de danger auxquelles elles demeurent soumises pour éviter la rue. Alors que de nombreuses femmes sont accompagnées d'enfants au sein des ressources pour femmes victimes de violence, 825 demandes pour l'hébergement de ces enfants furent refusées en 2021-2022, soit une augmentation de 24 % du nombre de refus comptabilisé en comparaison avec l'année précédente. Également, il est possible de constater une augmentation de 13 % du nombre de jeunes utilisant les hébergements communautaires en itinérance destinés aux jeunes dans la région. Les jeunes de 18 à 24 ans représenteraient aussi 25 % de la population fréquentant les refuges d'urgence destinés pour les adultes en situation d'itinérance (*Idem*).

Du côté des personnes plus âgées, soit de 55 ans et plus, une proportion semblable à celle du nombre de jeunes est constatée. Cette réalité grandissante est néanmoins accompagnée d'une gamme d'enjeux de santé avec laquelle les organismes communautaires se disent devoir fréquemment conjuguer (CRIO, Sous presse). Une étude menée en Outaouais auprès de personnes en situation d'itinérance rapporte en ce sens l'importance du point de vue de celles-ci d'avoir accès à davantage de services de santé physique ou mentale (respectivement 42% et 30% des répondants) (MSSS, 2019).

Enfin, les données récoltées par le *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO) rapportent aussi une augmentation du nombre de personnes étant à leur premier épisode d'itinérance ou étant sur le marché du travail au sein de leurs services. Il serait en effet possible de constater une nette augmentation du nombre de nouvelles personnes hébergées en refuge d'urgence dans la région; passant de 10 nouvelles personnes par mois en moyenne en 2021 à 21 en moyenne en 2022. Ainsi, ces dernières années, le phénomène de l'itinérance s'accroît chez les personnes en situation de précarité économique n'ayant pas connue, jusque-là, d'épisode d'itinérance et ce, de manière plus importante au fil des dernières années étant donné les difficultés à obtenir un logement et à avoir les moyens de le maintenir (CRIO, Sous presse). Les personnes en situation d'itinérance seraient d'ailleurs plus nombreuses à désirer de l'aide pour l'accès et le maintien en logements en Outaouais si l'on compare avec les données rapportées à ce sujet dans les autres régions du Québec (MSSS, 2019).

1.2.1. Une crise du logement à l'échelle de la région

À Gatineau, l'administration de la Ville y nomme l'existence d'une urgence du logement depuis 2020 (Saillant, 2021). Étant soumise à une pénurie de logements depuis une vingtaine d'années (*Idem*), Gatineau est associée à la ville au Québec où se loger est devenu le plus cher (Rentals.ca Network of Internet Listings Services (ILS), 2023) et où l'on constate la plus forte hausse du loyer moyen durant la dernière année (SCHL, 2022). Alors qu'un marché équilibré est associé à un taux d'inoccupation des logements atteignant les 3% (Saillant, 2021), le plus récent rapport sur le marché locatif de la *Société canadienne d'hypothèques et de logement* identifie alors une baisse du taux d'inoccupation atteignant

1,1% à Gatineau (SCHL, 2022). Du fait entre autres de son emplacement géographique aux abords de la ville d'Ottawa où le coût des loyers est très élevé, la disponibilité des logements abordables de l'autre côté de la rive s'en retrouve limitée (Allyson & al., 2021). Cette réalité exacerbe également l'augmentation du coût des logements dans la région, laquelle, entre 2000 et 2019, a augmenté de 61%, alors que le taux d'inflation n'a qu'augmenté de 41,7% (Saillant, 2021). Les besoins en logement et la surenchère des prix ayant une incidence considérable sur le coût de la vie, on estime ainsi que près d'un ménage sur cinq consacrerait une trop grande part de son revenu à des frais liés au logement, soit au-delà de 30% de celui-ci (Allyson & al., 2021; Saillant, 2021). Selon une étude faite auprès de personnes sans-abris en Outaouais, les difficultés associées à l'accès à un logement et à la capacité de le conserver constitueraient l'une des raisons principales de leur situation d'itinérance (Allyson & al., 2021).

Également, la spécificité des incitatifs financiers et immobiliers du centre-ville du Vieux-Hull amène un certain embourgeoisement et densification de ce quartier important de la ville (Saillant, 2021). En contrepartie, ce rebranding toujours plus important du quartier augmente les risques de mal-logement des ménages locataires (FRAPRU, 2022). Certaines critiques soulèvent en ce sens une certaine dégradation des immeubles se retrouvant dans ce quartier pour qu'ils soient éventuellement achetés et remplacés par de nouvelles infrastructures (Saillant, 2021). Ce contexte menant tant à une gentrification des lieux qu'à d'importants problèmes d'insalubrité au sein de ces immeubles, il a été recensé en Outaouais que plus de 11 000 ménages avaient un logement considéré comme inadéquat ou inabordable, mais n'avaient pas les moyens ou les alternatives de s'en procurer un répondant à leurs besoins (Saillant, 2021).

Malgré cette réalité, la construction de logement social se fait toujours tarder dans la région. En effet, en 1994 le financement du gouvernement fédéral à la construction de HLM dans la région fut retiré, cessant du même coup la construction de nouvelles unités entre 1996 et 2006. Il demeure ainsi qu'une grande partie des logements abordables et sociaux n'y fut construite qu'entre 1971 et 1985 (CREO, 2012). Dans ce contexte, caractérisé ainsi par la rareté des logements sociaux et abordables pour les personnes à plus faible revenu, les

refuges d'urgence doivent composer avec des problèmes d'engorgement de leurs services. En effet, le nombre de places limitées en logement social complexifie les possibilités de relocaliser les gens dans un milieu de vie adéquat et relègue leur prise en charge aux services communautaires durant de longues périodes (CRIO, 2021 ; CRIO, Sous presse). Certains rapportent en ce sens que les difficultés d'accès à un logement social ont pour conséquence de devoir attendre près de 3 à 4 ans avant qu'une nouvelle place se libère (CRIO, Sous presse). Selon les rapports d'activité les plus récents des organisations œuvrant en logement social dans la région, plus de 1 600 ménages étaient toujours en attente d'un logement social à la fin de l'année fiscale 2021-2022. De ce nombre, on estime que près de 30% seraient des familles, alors que le reste serait des personnes seules (*Idem*). En conséquence, depuis quelques années, les besoins impérieux en itinérance dans la région se voient augmenter plus rapidement que l'offre de services nécessaire pour y répondre (CRIO, 2021). À ce titre, on estime que le nombre de ménages n'ayant pas été relocalisé au cours de la dernière année fiscale (2021-2022) aurait augmenté de 15% en comparaison avec celle précédente (2020-2021) (CRIO, Sous presse).

C'est ainsi que plusieurs personnes dans la région font face à des contraintes financières leur permettant difficilement de combler leurs besoins essentiels, que ce soit sur le plan de l'alimentation ou les médicaments pour être en mesure de se loger (FRAPRU, 2022 ; Saillant, 2021). Celles-ci peuvent vivre un stress associé aux contextes de pauvreté auxquelles elles sont soumises et une peur constante de ne pouvoir payer son loyer à temps (Saillant, 2021). Les mauvaises conditions de logement auxquelles sont exposées certaines personnes peuvent néanmoins porter préjudice à leur santé de manière durable (FRAPRU, 2022 ; Saillant, 2021).

1.2.2. Le cas du site Centre Robert-Guertin

Le centre-ville de Gatineau, soit le quartier du Vieux-Hull, constitue un lieu où les populations les plus marginalisées de la Ville se retrouvent concentrées et normativement restreintes, tant par les services communautaires dédiés à la survie qui y sont desservis que par les incitatifs du quartier à l'embourgeoisement. Le Vieux-Hull étant composé tant d'édifices gouvernementaux que d'organismes communautaires, il constitue un lieu

important où présence policière et profilage social sont constatés comme étant exacerbés (Nault et al., 2016). Par ailleurs, depuis des années, les organismes communautaires du quartier du Vieux-Hull peinent à combler les besoins toujours plus précaires des populations marginalisées et itinérantes du quartier (CRIO, Sous presse; CRIO, 2022 ; CRIO, 2021). Le contexte pandémique a notamment exacerbé les problématiques rencontrées par les organismes (CRIO 2022).

À titre de solution temporaire pour répondre à la forte demande en hébergements d'urgence dans la région durant ce contexte, le 20 mai 2020, le quartier du Vieux-Hull a assisté à l'ouverture de l'aréna Robert-Guertin comme deuxième centre d'hébergement d'urgence. Près d'un an suivant son ouverture, de nombreux médias écrits témoignent des conditions de vie difficiles vécues à l'aréna : on qualifie l'endroit comme anxiogène, entre autres dû à la quantité importante de personnes présentes et à l'aménagement des lits donnant l'impression d'héberger les gens au sein d'un camp de réfugiés (Huot, 2021). En effet, le nombre de lits ne permettant pas de couvrir tous les besoins, ils y étaient aménagés à même la patinoire en étant séparés par de simples draps. Les installations d'hygiène étaient aussi insuffisantes. Les circonstances impactant de manière importante la qualité d'intervention des intervenants, les liens de confiance y étaient difficilement créés en intervention afin que les intervenants puissent participer au cheminement des personnes (*Idem.*).

Les besoins étant toujours aussi criants près d'un an suivant son ouverture, les organismes et acteurs politiques étaient ainsi en pourparlers pour le déménagement des personnes résidant à l'aréna. Alors que jadis le *Gîte ami* constituait le seul hébergement d'urgence en itinérance pour couvrir les besoins de la région de l'Outaouais, il est devenu une nécessité d'envisager d'autres possibilités afin de répondre à la forte demande populationnelle en itinérance (Tremblay, 2021). Tout en reconnaissant l'impact important de la crise du logement, la Ville de Gatineau se disait vouloir développer des solutions à plus long terme pour contrer le phénomène de l'itinérance dans la région. De leur côté, les organismes communautaires rappelaient l'importance que constitue aussi l'acceptabilité sociale dans ce dossier (*Idem.*).

Après avoir travaillé sur différentes avenues, le *Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Outaouais* (CISSSO), en collaboration avec la Ville de Gatineau et les organismes communautaires de la région œuvrant en itinérance, ont proposé le déménagement du refuge temporaire aménagé à l’aréna Robert-Guertin au Motel Mon Calme. Le projet visait au-delà d’un hébergement d’urgence : on espérait en faire un hébergement transitoire pour les personnes désirant faire des démarches de réinsertion sociale. Le projet étant localisé hors du quartier du Vieux-Hull, soit à plus de 5 kilomètres où se trouve le *Gîte ami* et l’aréna, il prévoyait accueillir jusqu’à 70 personnes. Néanmoins, toujours aujourd’hui, de nombreux débats subsistent quant à la pérennité du refuge au Motel Mon Calme. Le renouvellement du projet Mon Calme à son emplacement actuel étant prévu jusqu’en 2023 (CISSSO, 2022), l’existence du refuge demeure toujours politiquement chargée. Lors de son instauration dans le quartier, le conseiller municipal du district de Pointe-Gatineau, Mike Duggan, demandait à ses citoyens de faire pression pour relocaliser les personnes itinérantes en dehors de son secteur. Pour ce faire, il encourageait entre autres les commerçants à faire des rapports de police pour dénoncer toute infraction ou crime. Selon lui, ce serait le seul indicateur avec lequel il puisse « travailler pour pouvoir mettre la pression pour chercher un autre endroit » (Belhadi, 2022).

Également, il demeure que l’aréna Robert-Guertin fut utilisé, jusqu’en mai 2023, comme lieu pour abriter une halte pour les personnes en situation d’itinérance. Cette ressource constituant une solution de remplacement aux refuges, surtout lors des périodes de grand froid ou de grande chaleur, elle permet d’offrir un certain répit aux personnes qui préfèrent éviter les refuges ou qui en sont exclues. Également, dans un contexte où le nombre de lits d’urgence est insuffisant pour combler les besoins en augmentation dans la région (Bernheim & al., 2023; CRIO, Sous presse), les haltes sont indispensables à la survie d’une grande partie de la population itinérante. En effet, malgré la mise sur pied de nouveaux hébergements de transition comme le projet Mon Calme, on estime tout de même que le nombre de personnes qui fréquentent la halte a doublé depuis la fermeture de l’aréna comme refuge d’urgence en juillet 2021. En période de grand froid, ces lieux allaient même jusqu’à accueillir près de 50 personnes en même temps (CRIO, Sous presse). Plusieurs sorties médiatiques au sujet de la halte de Hull ont en ce sens témoigné que ces lieux

demeurent très mal adaptés pour être en mesure de répondre à l'urgence des besoins, sont surpeuplés et insalubres (Bernheim & al., 2023 ; Moisan, 2023).

Malgré la présence temporaire des personnes utilisatrices de la halte sur le site Robert-Guertin, ce lieu est également sujet à débat quant à son utilisation à la suite de sa fermeture définitive comme refuge. Ce site situé aux abords mêmes des services communautaires en itinérance, comme le refuge d'urgence le *Gîte ami*, la *soupe populaire de Hull* et le site de prévention des surdoses du *BRAS Outaouais*, constituait un lieu convoité par l'administration de la Ville de Gatineau pour l'instauration d'un Quartier général de police. En janvier 2023, la proposition de faire un Quartier général de police fut présentée au Conseil municipal de la Ville à huis clos pour vote, sans qu'il n'y ait une quelconque consultation de la population. Le 21 janvier 2023, cette situation a ainsi mené à une mobilisation citoyenne, soit le *Forum Guertin : bâtir un quartier généreux*, qui avait pour objectif d'informer et de discuter des potentiels impacts de la construction d'un Quartier Général de la Police de Gatineau sur le site du Centre Robert-Guertin et d'explorer les projets alternatifs pouvant y être développés. Ce forum fut organisé par la *Coalition pour le Quartier Guertin*, regroupant tant des citoyens que des organisations locales, et il a permis de mobiliser plus d'une centaine de personnes.

Parmi les inquiétudes pouvant susciter un Quartier général de police sur le site, la recherche sur le sujet montre que la présence d'un tel service était susceptible de faire fuir les personnes en situation d'itinérance qui nécessitent les ressources communautaires avoisinantes pour leur survie dans le quartier (Chesnay & al., 2014). En effet, la présence policière est connue pour être la porte d'entrée au système de criminalisation et de judiciarisation des personnes en situation d'itinérance. À Gatineau, une étude montre à ce sujet que, entre 2005 et 2010, 70% des amendes émises auprès de ces personnes ont résulté en leur incarcération à défaut de ne pouvoir payer cesdites amendes. Le Centre de détention de Hull ayant incarcéré 204 personnes pour cette raison, il serait en ce sens le centre d'incarcération ayant le plus incarcéré de personnes pour non-paiement d'amende au Québec (*Idem*). Également, la recherche faite dans ce quartier a révélé que les enjeux de profilage social constituent une barrière importante à l'utilisation des services

communautaires et les institutions publics, tels que ceux de la santé, par les populations itinérantes. En effet, de peur d'être arrêtés, certains citoyens marginalisés éviteraient par exemple de fréquenter les services d'urgence de la Ville de Gatineau malgré la nécessité pour elles d'obtenir des soins de santé (Nault et al., 2016).

1.2.3. Hull : un îlot de chaleur

Le phénomène des îlots de chaleur ayant lieu dans les zones urbanisées où les températures sont plus élevées que les lieux environnants (Lareau & Baudouin, 2015), il est une réalité à laquelle sont particulièrement exposées les personnes en situation d'itinérance à Gatineau. En effet, l'île de Hull étant un îlot de chaleur (Géoportail de santé publique du Québec, 2023), ces personnes se retrouvent malgré tout en grande partie localisées dans ce secteur étant donné la concentration des services communautaires s'y retrouvant. Des cas de décès liés à la chaleur ont parfois été constatés dans la communauté (Saillant, 2021).

Également, en contexte gatinois, les dernières années ont montré que les catastrophes naturelles et le réchauffement climatique peuvent avoir d'importantes répercussions sur les conditions de logement des personnes à risque d'itinérance. En effet, au-delà de la fréquence des vagues de chaleur qui continuera d'augmenter et d'avoir des impacts sur les populations plus vulnérables (Schwarz et al., 2022), les inondations printanières ont sérieusement affecté certains secteurs plus défavorisés de la Ville et ménages à faible revenu. Certaines inondations ont touché plus de 2000 résidences et menées à l'évacuation de 1 400 personnes (Saillant, 2021). Par ailleurs, des tornades ont aussi eu lieu dans la région, comme celle de 2018, touchant cette fois-ci plus de 2000 ménages et ayant mené à l'éviction de près de 500, notamment à faible revenu et dont le logement avait alors été déclaré comme inhabitable (*Idem*).

1.2.4. Les réalités transfrontalières de la région métropolitaine

Les enjeux structurels, notamment ceux liés aux tendances démographiques, au marché locatif et à l'accès aux services de soutien, ont une incidence importante sur l'accès au logement et les enjeux d'itinérance d'un milieu. Comme nous le verrons, les réalités qui divergent et se nourrissent d'une province à l'autre à Ottawa et Gatineau influencent

l'expérience de l'itinérance entre les deux rives sous plusieurs niveaux (Observatoire du développement de l'Outaouais, 2021).

Tout d'abord, les villes d'Ottawa et de Gatineau présentent un écart relatif au coût des loyers qui influence la mobilité des personnes entre les deux rives. Les plus récentes données montraient en effet qu'en 2020, le coût moyen d'un loyer était plus élevé à Ottawa d'au moins 450\$ en comparaison avec Gatineau (SCHL, 2021). Ce contexte exerce une pression importante sur le marché locatif de Gatineau et la disponibilité de logements du côté du Québec, étant donné que de nombreuses personnes à la recherche d'un logement plus abordable considèrent alors s'installer de ce côté de la rive (*Idem* ; Observatoire du développement de l'Outaouais, 2021). Parallèlement à cela, en comparaison au reste du Québec, les coûts de construction à Gatineau se montrent plus dispendieux du fait de l'offre de salaires plus élevés du côté de l'Ontario et, en conséquence, d'une pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la construction du côté du Québec (Saillant, 2021).

De plus, la réalité transfrontalière de la région de la capitale nationale canadienne est marquée par une forte croissance démographique, surtout à Ottawa, du fait notamment de l'importante immigration internationale et interprovinciale (Saillant, 2021). Cette situation pousse les ménages étant incapables de défrayer les coûts d'un logement du côté ontarien à venir s'installer à Gatineau. Également, la Ville de Gatineau est particulièrement associée à une bonne capacité de rétention des nouveaux arrivants dans la région (*Idem*). Faute de nouvelles alternatives, cela participe à maintenir une croissance démographique soutenue qui resserre du même coup l'offre de logements disponibles au fil du temps (Observatoire du développement de l'Outaouais, 2021). Étant donné l'influence des caractéristiques économiques et démographiques sur l'autre côté de la rive, l'Outaouais est donc une région du Québec particulièrement soumise à des conditions d'habitation précaires et à l'existence du phénomène de l'itinérance (*Idem*).

Par ailleurs, étant donné que les services de soutien aux personnes à la rue se situent principalement dans les centres-villes, le caractère transfrontalier des deux villes affecte étroitement l'expérience de l'itinérance (Gaudet, 2016). Les services de soutien en santé et

services sociaux s'articulant de manières différentes selon la province qui en assume le champ de compétence (Mévellec et al., 2018), ce double système de gouvernance engage une coordination parfois complexifiée des enjeux de santé de la population générale et, notamment, de celle en situation d'itinérance (Gagnon & al, 2021 ; Observatoire du développement de l'Outaouais, 2021). Cela s'explique entre autres par les difficultés associées à la comptabilisation des besoins et par l'existence de différentes règles de gouvernance et cibles de résultats à atteindre relatives aux provinces (Gagnon & al, 2021). La proximité des deux régions pousse tout de même les personnes à utiliser les services d'hébergement d'urgence et se faire soigner des deux côtés de la rive, parfois sans considération de la frontière (Gaudet, 2016 ; Mévellec et al., 2018). Quoiqu'on puisse penser que cette situation donne aux personnes un accès multiple et diversifié à des services (Gaudet, 2016), cette mobilité entre les deux modes de gouvernance et systèmes sociosanitaires peut entraîner des entraves à l'accès aux soins étant donné les difficultés à assurer une continuité dans l'offre de services ou les risques de la dédoubler (Observatoire du développement de l'Outaouais, 2021). Également, l'accès à certains programmes d'aide, comme ceux d'accès en logement, en emploi ou en services de santé, peut être entravé par certains critères liés au statut de résidence des personnes d'un côté ou l'autre de la rivière (*Idem*). Certaines études menées dans la région rapportent aussi l'existence de liens entre les enjeux de mobilité et de migration et les risques de désaffiliation sociale et de vulnérabilité. Ces risques soumettraient les personnes à davantage de comportements à risque pour leur santé (Schreiber, 2014).

Enfin, en conséquence d'un sous-investissement en services et infrastructures de la santé spécifiquement reconnu dans la région de l'Outaouais, on estime que les populations en provenance de cette région du Québec tendent à particulièrement à dépendre des soins de santé offerts en Ontario pour obtenir des soins plus rapidement et de meilleure qualité (Gagnon & al, 2021). Également, certaines études réalisées auprès de jeunes en situation d'itinérance rapportent que ceux en provenance de l'Outaouais tendent à être davantage cloisonnés et restreints à l'offre de services situés dans Hull, contrairement à ceux en provenance d'Ottawa qui traversent davantage la frontière pour profiter des avantages institutionnels et résidentiels de l'ensemble de la région métropolitaine (Gaudet, 2016). Les

réalités transfrontalières de la région seraient ainsi rapportées comme maintenant une certaine inégalité des opportunités qui désavantagerait en particulier les personnes plus vulnérables se trouvant du côté du Québec (*Idem*).

CHAPITRE 2 – Inégalités et déterminants sociaux de la santé : repères théoriques

Les facteurs sociaux et structurels d'exclusion ont des effets multiples sur les groupes de personnes vulnérables et marginalisées, notamment sur la santé des personnes en situation d'itinérance (Hetherington & Hamlet, 2022; Maybee, 2020). Comme le soutient également l'Organisation mondiale de la santé, les politiques des divers paliers de gouvernement au Canada ont un rôle déterminant sur les conditions de vie et de santé précaires auxquelles sont soumises les personnes (Hetherington & Hamlet, 2022; Mikkonen & Raphael, 2010). Elles ont une incidence sur les inégalités socioéconomiques qui contribuent aux inégalités de santé et d'accès aux soins (Baum et al., 2009; Groleau, 1999). Cela a ultimement des impacts considérables sur l'itinérance comme phénomène résultant aussi de la cumulation de ces conditions structurelles défavorables (Hetherington & Hamlet, 2022; Maybee, 2020).

Ainsi, afin de mettre la focale sur le rôle des inégalités socioéconomiques, des politiques et du rôle de l'État sur les problèmes de santé des personnes en situation d'itinérance, le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé s'avère un angle d'approche pertinent à l'étude. Au Québec, celui utilisé se base sur une définition large de la santé qui étudie le bien-être selon des aspects physiques, mentaux et sociaux, allant ainsi au-delà d'avoir ou non une condition de santé ou un handicap (Gouvernement du Québec, 2010). Les déterminants de la santé se voient définis comme l'ensemble des conditions dans lesquelles vivent et vieillissent les personnes et pouvant déterminer leur état de santé (Association canadienne de santé publique, 2017; Gouvernement du Québec, 2010). Les facteurs pris en considération reflètent tant les conditions structurelles de la santé que les réalités sociales et individuelles auxquelles sont soumis les individus (Gouvernement du Québec, 2010), comme le présente le graphique suivant :

Figure 1.1 A Model of the Determinants of Health

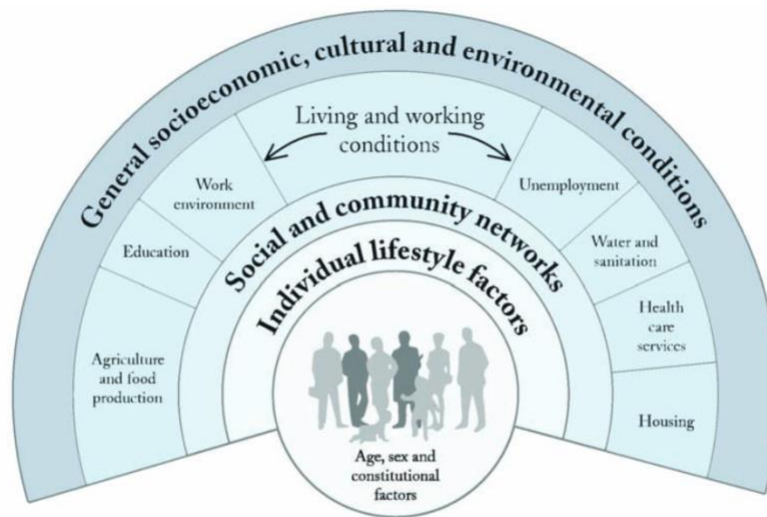


Figure shows one influential model of the determinants of health that illustrates how various health-influencing factors are embedded within broader aspects of society.

Source: Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

(Dahlgren & al., dans Mikkonen & Raphael, 2010)

2.1. Le modèle conceptuel québécois de la santé et ses déterminants

Au Québec comme au Canada, les premières applications du modèle ont eu lieu au courant des années 1970, plus précisément au Québec suivant successivement la commission Castonguay-Nepveu, celle Rochon et la politique de santé et de bien-être de 1992 qui ont participé à considérer de plus en plus les enjeux sociaux et économiques en santé (Ridde, 2004). Depuis ce temps, l'étude des déterminants sociaux de la santé demeure pertinente, puisqu'elle prend en compte les diverses composantes qui façonnent la santé des personnes et la manière dont elles interagissent entre elles (Gouvernement du Québec, 2010).

Selon l'approche utilisée au Québec, il existe cinq grands champs qui structurent l'approche : soit « le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population » (*Idem*). Tout d'abord, le contexte global englobe les contextes politique, social et économique, les valeurs et idéologies dominantes de la société ainsi que les écosystèmes. Il peut comprendre l'idéologie politique néolibérale, les impératifs économiques de la nouvelle gestion publique et les facteurs

symboliques d'exclusion envers certains groupes de personnes (*Idem*; Ridde, 2004). Il se matérialise dans son application par le biais des champs subordonnés, étant les systèmes et des milieux de vie. Plus particulièrement, le système des services sociaux et de santé et les milieux de vie des personnes en situation d'itinérance dans les hébergements communautaires s'appliquent dans le cadre de cette étude. Les caractéristiques individuelles des personnes associées à leurs prédispositions génétiques, à leurs habiletés, par exemple physiques ou cognitives, aux habitudes de vie qu'elles adoptent et à leurs caractéristiques socioéconomiques constituent aussi un champ à prendre en considération pour déterminer les états de santé des populations. Un regard critique doit néanmoins être adopté pour les étudier dans la mesure où elles sont en grande partie issues des facteurs structurels et systémiques des autres champs (Gouvernement du Québec, 2010). Un trop grand accent mis sur les caractéristiques individuelles des personnes en opposition aux facteurs sociaux et politiques représente ainsi une limite du cadre conceptuel québécois de la santé et de ses déterminants (Ridde, 2004). En effet, les facteurs structurels sont surtout ceux reconnus comme ayant une incidence prédominante sur les états de santé des personnes plutôt que les explications individuelles ou comportementales des personnes quant à leur santé (Reutter et al., 2005).

En somme, les enjeux d'iniquité sociale ou économique peuvent avoir un impact considérable sur les circonstances sociales et matérielles dans lesquelles les personnes vivent et qui impactent leur état de santé (Association canadienne de santé publique, 2017). L'état de santé comme champ résultant des autres champs présentés précédemment s'étudie par le biais de trois catégories. La première est l'état de santé global qui fait référence à l'état général de santé des personnes évalué par le biais de mesures liées à l'espérance de vie des personnes ou à leur perception de leur propre état de santé. Les deux autres font référence à la santé physique ou mentale, référant respectivement aux maladies liées aux systèmes du corps et aux réalités psychosociales des personnes (Gouvernement du Québec, 2010).

Au-delà des choix individuels et des modes de guérison, le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé permet de cerner l'incidence des conditions dans

lesquelles les personnes vivent sur la qualité des états de santé constatés en itinérance. Les facteurs d'exclusion et les inégalités sociales et économiques permettront d'expliquer les états de santé différenciés (Mikkonen & Raphael, 2010). Considérant que le choix de certains déterminants varie selon les effets potentiels qu'ils peuvent avoir sur la santé d'un groupe d'individus, ceux me semblant utiles à cette étude regroupent la nature qu'ont les services en santé, la pauvreté ainsi que l'exclusion sociale (Raphael, 2009).

2.2. Les impacts de l'itinérance sur la santé¹

Les conditions de vie sociales et matérielles des personnes sont déterminantes sur leur état de santé, puisqu'elles sont à l'origine de conditions affectant tant leur état psychologique que physiologique (Mikkonen & Raphael, 2010). Parmi les déterminants sociaux de la santé, tant le revenu, l'insécurité alimentaire, l'exclusion sociale que l'insécurité résidentielle représentent des facteurs pouvant être utiles pour comprendre la santé des personnes en itinérance. Tout d'abord, le revenu est considéré comme le plus important d'entre eux (*Idem*). Bien que le revenu impacte considérablement l'espérance de vie des personnes, entre autres du fait du développement d'enjeux de santé mentale et de maladies chroniques, les provinces canadiennes maintiennent tout de même un niveau d'aide sociale insuffisant selon la mesure du panier de consommation (Éditions de l'OCDE, 2021). Tant le revenu que les inégalités économiques sont d'ailleurs intimement liés à d'importantes entraves concernant l'accès aux soins de santé (Baum et al., 2009; Éditions de l'OCDE, 2021; Groleau, 1999), ce qui mérite qu'on l'aborde comme facteur structurel causant les enjeux de santé en itinérance.

Les conditions de vie attribuables à l'insécurité alimentaire, l'exclusion sociale et l'insécurité résidentielle sont aussi des déterminants sociaux de la santé à prendre en considération. Ils participent en effet à un environnement stressant, perpétuant des habitudes dites à risque et le développement de maladies (Mikkonen & Raphael, 2010; Raphael, 2002). L'insécurité alimentaire et la malnutrition étant des conditions prévalentes et fréquemment constatées en itinérance (Fallaise & Lovegrove, 2022), celles-ci

¹ Cette section a été écrite et évaluée, une première fois, dans le cadre du cours « Handicaps, capacitisme et service social ». Je remercie le professeur Alexandre Baril pour ses commentaires précieux.

contribuent à des conditions telles que le diabète, l'hypertension et les allergies alimentaires, lesquels peuvent réduire l'espérance de vie de près de 9 ans chez les personnes vivant une insécurité alimentaire grave (Éditions de l'OCDE, 2021; Mikkonen & Raphael, 2010). Également, la faim vécue en itinérance est associée à des problèmes de santé (diabète, obésité, notamment) étant donné que les difficultés de se procurer des ressources alimentaires augmentent la quantité de nourriture ingérée lorsque celles-ci sont à nouveau accessibles et que la qualité des aliments disponibles, souvent plus riche en sucre et en gras, peut accroître les risques de santé (Fallaise & Lovegrove, 2022). Enfin, le fait de vivre dans les refuges ou à la rue limite les possibilités de cuisiner et consommer des aliments jugés sains, ce qui représente une barrière importante à la santé, notamment pour les personnes qui nécessitent une alimentation particulière, telles que celles ayant des conditions liées à l'hypoglycémie ou le diabète (Campeau, 2000; Fallaise & Lovegrove, 2022).

Par ailleurs, le handicap étant une forme reconnue d'exclusion sociale (Mikkonen & Raphael, 2010), on considère que les personnes en situation de handicap, notamment celles ayant un handicap mental, sont plus à même de vivre ces conditions de précarité, puisqu'elles sont souvent associées aux plus hauts niveaux de pauvreté (Éditions de l'OCDE, 2021). De par les facteurs sociaux entourant le handicap, comme les difficultés à avoir un domicile adéquat ou la désaffiliation sociale pouvant l'accompagner, les études montrent aussi que ces personnes, entre autres celles ayant plus d'une condition de santé, sont significativement plus à risque de vivre de l'itinérance cachée que le reste de la population (Institut de la statistique du Québec, 2020; Rodrigue, 2016).

Enfin, il va sans dire que l'insécurité résidentielle représente une menace importante à la santé des personnes (Mikkonen & Raphael, 2010). Le stress quotidien de dormir dans la rue, de vivre dans un refuge surpeuplé ou d'avoir accès à une alimentation rudimentaire peut représenter des barrières importantes à la santé des personnes (Ety et al., 2022). Que ce soit à la rue ou dans les refuges d'urgence, le fait d'être en situation d'itinérance permet difficilement de répondre aux besoins de base des personnes, tant en termes de santé que de sécurité (Pakzad et al., 2015). On remarque en ce sens une prévalence importante de

plusieurs conditions de santé dans les hébergements dédiés aux personnes en itinérance comme la dépression (vécue chez 46% des personnes), la schizophrénie (5,7%), la dépendance à l'alcool (62%) ou à une drogue (38,7%) (Bonin et al., 2006). Les conditions de vie traumatiques qu'implique l'insécurité résidentielle exposent aussi les personnes à des dysfonctionnements quotidiens pouvant se chroniciser avec le temps et avoir des impacts significatifs sur la santé (Pakzad et al., 2015). Afin de manier les états quotidiens de stress physique ou physiologique du fait des conditions difficiles de la rue, la forte prévalence à consommer des drogues, fumer ou se nourrir d'une façon jugée inadéquate augmente aussi les risques en santé (Éditions de l'OCDE, 2021; Etty et al., 2022; Mikkonen & Raphael, 2010; Nakonezny & Ojeda, 2005). L'insécurité résidentielle augmente d'ailleurs les difficultés d'évaluer son propre état de santé, soit à détecter, prévenir et guérir certaines conditions, ce qui expose les états de santé précarisés à se chroniciser avec le temps (Éditions de l'OCDE, 2021).

Ainsi, l'itinérance en tant que telle est un déterminant social de la santé, puisqu'il est à l'intersection de plusieurs facteurs sociaux qui exposent les individus au stress, à des habitudes de vie jugées malsaines et à la transmission de maladies (Koon et al., 2010). Comblant ses besoins primaires à la rue étant souvent en compétition avec ceux associés aux soins, le mode de vie des personnes tant dans les refuges qu'à la rue complexifie ainsi inévitablement le suivi de traitements et l'adoption de comportements favorables à la santé (Campeau, 2000; Deschênes et al., 2021).

2.2.1. Le vieillissement et les enjeux de santé physique

Une approche néolibérale de gestion des problèmes sociaux est mise de l'avant au Québec à partir des années 1980 de manière à inciter une conception résiduelle du rôle de l'État et à ce que le marché et la famille deviennent en quelque sorte responsables de la protection des aînés contre les risques sociaux (Sévigny, & al., 1997). Aujourd'hui, l'approche néolibérale du vieillissement de la population continue de réduire le rôle de l'État dans son offre de services en support aux aînés. La mise en œuvre de protections sociales étant destinée aux populations actives est si largement répandue qu'elle vient influencer directement les taux de pauvreté des ménages en les liant de manière significative au revenu

d'emploi des individus les constituant (Éditions de l'OCDE, 2021). Ces protections sociales assurant plus souvent un soutien à des populations cibles qui participent à l'économie marchande (Vrancken, 2006), la maladie devient déterminée par l'habilité ou non à être en mesure de travailler (Berlant, 2007). Dans cette optique, les aînés deviennent moins susceptibles de représenter des groupes rentables aux dépenses publiques de la société, au contraire d'autres groupes tels que les enfants (Vrancken, 2006; Palier, 2005). Les dépenses de l'État devenant surtout des investissements dans ce contexte de contraintes budgétaires, une prolongation et une amélioration de la vie active deviennent des moyens d'assurer la subsistance des aînés au-dessus des seuils de pauvreté (Palier, 2005 ; Ogg, 2015). Ce contexte politique austère d'investissement social fait en sorte que les aînés à faible revenu voient leur précarité être exacerbée à l'âge avancé, puisque se culminent l'accumulation des inégalités sociales et économiques qu'elles ont rencontrées dans leur parcours de vie et, d'autant plus, leurs conséquences sur les états de santé (Quesnel-Vallée & al., 2015).

Malgré les problèmes de santé importants que les personnes cumulent, tant à l'âge de la retraite que celui de la préretraite, la promotion du vieillissement actif fait en sorte qu'un nombre croissant de travailleurs sont tout de même contraints à travailler (Ogg, 2015). Certaines personnes reportent en effet l'âge de leur retraite par nécessité (Fréchet & al., 2020 ; Palier, 2005). Étant donné les limitations associées à leurs problèmes de santé, beaucoup d'entre elles connaissent néanmoins une diminution de leur mobilité professionnelle. Celle-ci fait en sorte que les personnes souffrant de limitations sur le plan de la santé ont davantage d'emplois précaires, tels que des emplois à temps partiel et peu rémunérés (Ogg, 2015). Les politiques d'activation apparaissent tout de même comme des solutions économiques mises de l'avant dans l'espoir de dissoudre certains risques liés au vieillissement de la population, tels que ceux liés à la maladie, au chômage et à la pauvreté par le biais de l'activité (Tremblay, 2006). Néanmoins, l'exclusion sociale associée au fait d'être âgé et d'être en moins bonne santé étant donné les limitations reliées à leur âge les soumet en marge de la société salariale et limite leur accès à des conditions sociales adéquates (Mercier, 1995 ; Vrancken, 2006).

Alors que la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans ne représentait que 5% de la population québécoise en 1940, le vieillissement de la population augmente cette proportion aujourd'hui à plus de 18,5%, proportion qui est également prévue atteindre 25% autour de 2030 (Simard, 2019). Cette tendance laisse croire que les difficultés actuellement vécues par certains groupes d'aînés risquent de s'accroître pour en atteindre de plus en plus. La crise du vieillissement se faisant ressentir depuis quelques décennies, celle marquant l'intersection entre itinérance et vieillissement est difficile à définir dans le temps, quoiqu'elle ait de plus en plus interpellé l'attention tant politique que des universitaires au cours des dernières décennies. Aucun consensus n'existe actuellement sur le nombre d'aînés en situation d'itinérance existant au Québec, entre autres étant donné les multiples façons de classer une personne comme étant âgée et les difficultés à répertorier les différentes formes d'itinérance (Burns & al., 2012). On estime qu'il est tout de même probable de voir leur nombre multiplié par 6 en lien avec l'âge plus avancé des baby-boomers et les compressions dans les programmes sociaux subsistants (*Idem*).

Sur le plan de la santé, bien qu'un état de santé jugé moins bon augmente les risques d'itinérance du fait des limitations au travail, l'itinérance contribue également à la dégradation des états de santé, tant physique que mentale (Uppal, 2022). La littérature scientifique montre que le sans-abrisme présente des risques élevés associés au développement de handicaps physiques (Pakzad et al., 2015; Rider et al., 2022). Au-delà des enjeux de santé mentale ou liés aux dépendances, certaines études montrent que plus d'une personne en situation d'itinérance sur deux aurait un handicap physique (Street Health, 2006), alors qu'au Québec environ 10% de la population générale en aurait un (Office des personnes handicapées du Québec, 2022). On remarque une prévalence plus grande de certaines maladies chroniques chez les personnes en itinérance : certaines études montrent que près de 7% des Québécois ont le diabète et 11% ont des maladies cardiovasculaires, alors que la proportion de personnes ayant le diabète est doublée en itinérance et que 15% des personnes ont des maladies cardiovasculaires en itinérance (Etty et al., 2022). Les personnes itinérantes seraient à plus grand risque de développer d'autres conditions telles que l'hépatite C, l'asthme ou l'arthrite (Etty et al., 2022; Hwang, 2001). Les conditions de santé les plus fréquentes semblent néanmoins être les maladies

respiratoires, musculosquelettiques, infectieuses, cardiaques ou transmissibles (Etty et al., 2022; Koon et al., 2010; McNeill et al., 2022; Nakonezny & Ojeda, 2005; Pakzad et al., 2015). Les amputations, le cancer et les ulcères sont aussi plus présents les personnes dans cette situation (Pakzad et al., 2015). Certaines études montrent également que les conditions de vie difficiles de la rue participent à la prévalence de déficiences visuelles et que ces conditions peuvent cacher d'autres conditions de santé comme le diabète (Etty et al., 2022). Enfin, les violences et blessures dont peuvent être victimes les personnes à la rue ont une incidence importante sur leurs conditions physiques (Hetherington & Hamlet, 2022; Hwang, 2001; Pakzad et al., 2015).

Étant donné ces risques, il existe une prévalence à la morbidité chez ces populations (Hwang, 2001; McNeill et al., 2022; Street Health, 2006). On estime ainsi que les aînés en situation d'itinérance détiennent des caractéristiques de santé semblables à ceux non itinérants étant âgés de dix ans de plus qu'elles (Bourgeois-Guérin & al., 2020). Certaines études montrent qu'elles vivent de 10 à 20 années de moins que le reste de la population canadienne et que certaines vont jusqu'à voir leur espérance de vie réduite de 25 à 28 ans (Éditions de l'OCDE, 2021 ; Eynard, 2019 ; Romaszko & al., 2017 ; Roncarati & al., 2020). Les personnes tendent ainsi à vieillir plus vite à la rue et à y mourir avant l'âge (Gagné & al., 2013).

Néanmoins, plusieurs de ces personnes ne sont pas considérées comme « âgées » par le système de protection sociale qui utilise le fait d'être âgé de 65 ans et plus comme marqueur chronologique (Burns et al, 2012). Celles qui présentent des limitations se voient alors trop âgées pour faire partie de la population dite « active » et assurer leur subsistance, mais demeurent trop jeunes pour bénéficier de ressources financières allouées aux personnes atteignant l'âge de retraite. C'est ainsi que plusieurs aînés dans cette situation vivent « sous le radar » des services sociaux et de santé, ce qui les contraint parfois à la rue étant donné leur revenu insuffisant (Gagné & al., 2013). Pour ceux en situation d'itinérance, leur vieillissement prématuré du fait des conditions de la rue rend les conditions d'accès aux services réguliers de protection sociale particulièrement inadaptées à leur mode de vie difficile et à leurs états de santé précarisés (*Idem*).

Du côté des refuges d'urgence en itinérance, certaines données rapportent qu'ils seraient en majeure partie occupés par des personnes de plus de 45 ans (MSSS, 2014). Les aînés en situation d'itinérance souffrant déjà à 50 ans de maladies du grand âge comme l'incontinence ou les pertes cognitives, ces hébergements sont souvent très mal adaptés aux réalités des personnes vieillissantes, étant donné qu'il est difficile d'obtenir les ressources nécessaires pour offrir les soins adéquats aux besoins particuliers (Gagné & al., 2013). Reloger les aînés en situation d'itinérance est d'ailleurs un défi important. Ce faisant, elles s'avèrent plus à risque de vivre de l'itinérance chronique que les groupes d'âge plus jeunes (Burns & al., 2012).

2.2.2. Les enjeux de santé mentale

Depuis les années 1980, plusieurs études montrent que les conditions difficiles de vie de la rue sont associées à de plus hauts risques de développer un handicap sur le plan de la santé mentale (Folsom et al., 2005; Hwang, 2001; Koon et al., 2010; Rider et al., 2022). En effet, de 30 à 35% des personnes en situation d'itinérance, notamment les femmes, auraient un handicap mental, soit un trouble quelconque de santé mentale (Éditions de l'OCDE, 2021; Rech, 2019 ; Schwarz et al., 2022). Les études montrent aussi qu'un sérieux handicap mental aurait été diagnostiqué auprès de 20 à 25% des personnes : soit notamment la schizophrénie, la dépression ou la bipolarité (Rech, 2019; Pakzad et al., 2015). Certaines études estiment d'ailleurs que 20% des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont en situation d'itinérance (Folsom et al., 2005) : cette condition serait ainsi dix fois plus présente en itinérance (Bonin et al., 2006). Également, 17% des personnes bipolaires seraient en situation d'itinérance alors que 9% vivant avec la dépression le seraient également (Folsom et al., 2005).

Bien que les enjeux de santé mentale ne causent pas toujours l'itinérance en tant que telle (Hwang, 2001), les personnes qui détiennent d'un trouble de santé mentale auraient des risques plus importants d'itinérance en comparaison avec le reste de la population (Folsom et al., 2005). En effet, le manque de support adéquat pour vivre avec un enjeu de santé

mentale peut mener à des difficultés à maintenir un revenu stable et des relations avec ses proches et ainsi mener à l'itinérance (Smith, 2022 ; Uppal, 2022).

L'expérience de l'itinérance à elle seule mène néanmoins à une détérioration importante des états de santé mentale des personnes (Smith, 2022). On remarque une certaine prévalence du crime et de l'exposition à des violences physiques et sexuelles chez les personnes dans cette situation. Notamment, celles vécues à l'enfance et les traumatismes qu'elles impliquent peuvent participer tant à causer qu'à contribuer aux épisodes d'itinérance (Hetherington & Hamlet, 2022; Koon et al., 2010; Maguire, 2022). La haute prévalence du handicap mental en itinérance implique de plus grandes difficultés de subsistance (Pakzad et al., 2015) ainsi que de plus grands risques de voir ses besoins en santé ne pas être répondus (Schwarz et al., 2022). En conséquence, les personnes en situation d'itinérance présentent de plus hauts taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide que le reste de la population générale (Hetherington & Hamlet, 2022; Hwang, 2001; Pakzad et al., 2015). Celles-ci, notamment les hommes, meurent par suicide de 3 à 4 fois plus souvent que le reste de la population (Hwang, 2001).

2.2.3. La prévalence à une multiplicité de diagnostics

Mis à part les handicaps sur le plan physique ou mental, l'itinérance augmente les risques de développer d'autres conditions, telles que les troubles concomitants. Ceux-ci comprennent les personnes qui ont à la fois une dépendance et une condition de santé mentale, émotionnelle et psychiatrique (Bonin et al., 2006). Parmi les troubles concomitants, on remarque que les taux liés aux dépendances sont ceux étant les plus prévalents en itinérance (Bonin et al., 2006; Éditions de l'OCDE, 2021; Groleau, 1999). En effet, près de 50 à 80% des personnes itinérantes en auraient une (Rider et al., 2022). Également, la prévalence à la dépendance serait plus forte chez les personnes ayant un handicap mental : 75% de celles-ci en auraient une et auraient pour ainsi dire un trouble concomitant (Bonin et al., 2006). Les dépendances associées à l'alcool toucheraient de 60 à 70% des personnes en itinérance, alors que celles liées à une drogue quelconque en atteindraient 35 à 45% (Bonin et al., 2006; Groleau, 1999). Par ailleurs, il est possible de remarquer la prévalence d'autres conditions, telles que celles du handicap cognitif chez les

personnes en situation d'itinérance en comparaison avec le reste de la population (Mercier & Picard, 2011; Rider et al., 2022). En effet, certaines études estiment que la proportion de personnes en situation d'itinérance ayant un handicap cognitif, comme une déficience intellectuelle, un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des difficultés d'apprentissage, le spectre de l'autisme ou une blessure crânienne, est de 30 à 40% (Brown & McCann, 2021). Considérant les importants risques pour elles de vivre des enjeux de pauvreté et de l'isolement social (Mercier & Picard, 2011), ces personnes sont également susceptibles de développer d'autres conditions telles que celles physiques ou mentales (Brown & McCann, 2021).

En ce sens, les personnes sans-abris cumulent plus d'un enjeu de santé à la fois (Groleau, 1999; Street Health, 2006). Selon certaines études, plus de 60% des personnes en situation d'itinérance ayant une sérieuse condition de santé en présenteraient également plus d'une (Street Health, 2006). Par exemple, les enjeux de santé mentale augmentent les risques associés au développement de diverses conditions, notamment sur le plan du physique (Pakzad et al., 2015). Il existe en ce sens un lien important à faire entre les maladies chroniques sur le plan de la santé physique et les conditions psychosociales qui ont mené à ces conditions chez les personnes en situation d'itinérance (Koon et al., 2010). Bien que la multiplicité de diagnostics semble avoir été davantage étudiée dans la littérature sur les troubles concomitants liant les enjeux de santé mentale, l'existence d'une prévalence de conditions de santé physique en itinérance demeure notable. Les liens de ces conditions physiques avec les enjeux de santé mentale me semblent néanmoins toujours à explorer.

2.2.4. Un regard critique sur les facteurs liant itinérance et handicap

Il importe de porter un regard critique quant à la prévalence de l'itinérance chez les personnes handicapées de manière à ne pas individualiser leur réalité d'itinérance à leurs conditions de handicap et plutôt porter l'attention sur celle-ci comme conséquence sociale et matérielle de l'oppression et de l'exclusion dont elles sont victimes (Maybee, 2020). En effet, les personnes handicapées sont souvent plus à même de vivre des enjeux de pauvreté et d'isolement social et ces éléments ont été étudiés comme les premières causes de leur itinérance du point de vue de ces personnes (Maybee, 2020; Poirier, 2007). En ce sens,

certaines écrits avancent que la construction sociale du handicap représente la cause la plus déterminante de l'itinérance chez les personnes en présentant un, puisque les facteurs sociaux les soumettent à des pathologies et à des institutionnalisations forcées, lesquels peuvent à leur tour contribuer à leur exclusion sociale et leur itinérance (Maybee, 2020; Poirier, 2007). De plus, une autre critique de la prévalence du handicap en itinérance soutient que les personnes en situation d'itinérance peuvent présenter des symptômes d'anxiété étant donné les conditions dans lesquelles elles vivent et que ces symptômes peuvent être parfois confondus avec d'autres, liés à des enjeux de santé mentale (Poirier, 2007). Quoiqu'il en soit, l'individualisation et la psychologisation de l'itinérance tend à renforcer l'idée que la médicalisation excessive de leurs conditions est nécessaire, sans pour autant prendre en compte les facteurs structurels et sociaux de la pauvreté pour remédier aux conditions malsaines auxquelles les personnes sont avant tout soumises (Maybee, 2020; Poirier, 2007). C'est pourquoi, au-delà d'une conception médicale, les états de santé constatés à la rue doivent être réfléchis de manière à ce que tous et toutes puissent accéder aux mêmes possibilités de bien vivre en société (Jouan, 2013).

Il importe aussi de considérer que les troubles mentaux tendent à être conceptualisés en fonction des impératifs culturels, soit de ce qu'est ou non correspondre à la norme (Poirier, 2007). En ce sens, les populations pauvres et itinérantes sont souvent associées à des représentations qui dérangent et auxquelles on accole facilement des signes de déviances et, conséquemment, de pathologies (Nault, 2013; Poirier, 2007). Bien que plusieurs études rapportent une prévalence plus élevée à développer des maladies mentales chez les populations itinérantes que le reste de la population générale (Éditions de l'OCDE, 2021; Folsom et al., 2005; Hwang, 2001; Koon et al., 2010; Pakzad et al., 2015; Rech, 2019; Rider et al., 2022), ces données peuvent être relativisées, puisque les incapacités et les psychopathologies sont aussi en étroite relation avec les normes et représentations sociales en vigueur (Poirier, 2007).

Au-delà de leurs conditions de santé, la prévalence de la population itinérante à être hospitalisée est d'autant plus le résultat de la désaffiliation sociale et des contextes de pauvreté vécus par celle-ci (Poirier, 2007). Le parcours en santé des personnes en situation

d'itinérance est particulièrement lié au niveau d'acceptabilité du réseau social autour desquelles elles gravitent (Gherghel & Saint-Jacques, 2013). Néanmoins, l'individualisation des enjeux de santé en itinérance évite qu'on remédie à ces conditions sociales et structurelles d'exclusion (Maybee, 2020; Poirier, 2007), alors que c'est surtout l'environnement social, économique et politique qui handicape les personnes et les expose à des rapports inégaux pour l'accès aux institutions en santé (Tremblay & Loiselle, 2016). En effet, ce ne sont pas les conditions de santé des personnes elles-mêmes qui reproduisent les enjeux d'itinérance, mais plutôt l'exclusion sociale et économique associée au fait d'être handicapé ou d'être associé à d'autres facteurs d'exclusion (Hetherington & Hamlet, 2022; Maybee, 2020; Mikkonen & Raphael, 2010; Poirier, 2007; Taylor, 2013).

Par le biais d'une conception plus médicale de la santé, les représentations positives du fait d'être non handicapé et celles négatives du fait de l'être reproduisent les idéales d'autonomie de la société néolibérale et les enjeux d'exclusions en itinérance. Elle incite aussi à ce que les personnes nécessitant des soins prennent tous les moyens nécessaires pour être indépendantes, puisque la dépendance est forcément jugée comme péjorative et menant à la misérabilité (Piot, 2016). Ces conceptions participent néanmoins à l'exclusion des personnes handicapées (Tremblay & Loiselle, 2016) et conséquemment à leur itinérance, puisque le fait d'être jugé comme une personne malade constitue une entrave majeure à l'intégration sociale (Simard, 2007). Un modèle plus social de la santé publique permettrait au contraire que, sans qu'il soit nécessaire d'être normativement autonome, la société se doive d'être plus hospitalière pour que tous aient accès aux mêmes possibilités pour participer à une vie pleine en société, sans nécessairement que les personnes handicapées et itinérantes aient à constamment s'adapter aux contraintes structurelles et sociales (Jouan, 2013).

Enfin, les interventions priorisant les habiletés d'autonomisation des individus peuvent aussi tendre à éclipser l'existence de facteurs structurels régissant les difficultés rencontrées. Ces facteurs structurels sont néanmoins reconnus au Canada comme causant avant tout l'itinérance et les problèmes de santé (Campeau, 2000). Entre autres, l'insécurité financière, laquelle dépend des mesures de protection publique, a une incidence importante

sur les enjeux d'itinérance de la population (Poirier, 2007; Taylor, 2017). Également, les états de stress associés aux conditions de vie précaires, telles que l'insécurité tant financière que résidentielle, reproduisent la prévalence d'enjeux de santé chez les personnes (Baum et al., 2009; Groleau, 1999; Pakzad et al., 2015; Poirier, 2007; Mikkonen & Raphael, 2010). Ainsi, l'injonction à responsabiliser moralement les individus à se prendre en charge fait fit des conditions de vie matérielles et sociales régissant l'itinérance et la maladie des populations précarisées (Hache, 2007; Mikkonen & Raphael, 2010).

2.3. Les concepts utiles à l'étude

2.3.1. Exclusion, marginalisation et stigmatisation

L'exclusion ou la marginalisation sociale représente un déterminant social de la santé permettant d'exposer la stigmatisation et les discriminations sociales et systémiques associées au fait d'être en situation d'itinérance (Mikkonen & Raphael, 2010).

La problématique de l'itinérance est un construit social avec lequel la société pense et agit en conséquence (Bellot & al., 2013 ; Mao et al., 2011). Par le biais de valeurs et de normes en société, c'est ainsi qu'elle modulera sa logique d'action (Bellot & al., 2013). La rue étant symboliquement chargée de perceptions associées au danger, au désordre et à la *dérangeosité* devant être contrôlés (Chesnay & al., 2014), c'est ainsi que la société exprime plus souvent qu'autrement inconfort et incompréhension quant à l'exposition des personnes en situation d'itinérance à l'espace public (Nault et al., 2016).

Par le biais entre autres des médias, nous pouvons constater que les problèmes sociaux sont le travail de plusieurs acteurs sociaux. Que ce soit journalistes, politiciens ou organismes communautaires, l'existence de problèmes sociaux dépend de la présence de groupes qui participe à l'émergence d'une condition comme étant problématique (*Idem.*). Les médias ont en ce sens une incidence particulière sur les valeurs, croyances et perceptions que ces acteurs se font des enjeux entourant l'itinérance (Mao et al., 2011). Ils permettent aux individus n'ayant que quelque peu été confrontés à des situations d'itinérance d'accéder à des connaissances pour se faire une idée des causes et solutions quant à ces situations (Schneider, 2014). Du fait de cette construction et de cette représentation de l'itinérance,

les médias influencent ainsi l'opinion publique et, également, les décideurs politiques quant à leur manière de percevoir et répondre à cet enjeu (Lyons & Smedley, 2021 ; Mao et al., 2011). Les décideurs politiques peuvent en effet percevoir les médias comme des outils cadrant l'opinion citoyenne, son acceptabilité sociale et mettant au jour les normes sociales à prendre en compte (Mao et al., 2011).

Toutefois, les médias sont aussi souvent reconnus comme rapportant de faibles connaissances quant aux fondements d'enjeux sociaux. On peut en effet témoigner de ce postulat par la façon dont l'itinérance est abordée : l'accent est souvent porté sur la conséquence de l'itinérance elle-même plutôt que sur les enjeux de pauvreté ou tout autre déterminant social de la santé qui engendrent l'émergence de la problématique (Mao et al., 2011). Ainsi, les enjeux structurels de l'itinérance, tels que les questions associées au logement ou aux politiques gouvernementales, sont peu souvent mis de l'avant, alors que les facteurs plus individuels le sont. Cette dynamique priorisant les causes individuelles de l'itinérance tend à catégoriser les personnes en situation d'itinérance étant alors jugées comme soit bons ou mauvais pauvres. Alors que les enfants et les femmes peuvent être associés à des figures plus positives de la pauvreté et de l'itinérance, soit des figures méritant notre attention, on peut penser qu'au contraire les personnes associées à des enjeux de dépendance peuvent par exemple difficilement avoir cette même sympathie médiatique (Lyons & Smedley, 2021).

C'est dans cette optique que les stigmates peuvent ainsi renforcer des dynamiques de pouvoir qui maintiennent les inégalités entre citoyens (Lyons & Smedley, 2021). Les personnes en situation d'itinérance mettant en lumière les plus grandes inégalités de notre société (Nault et al., 2016), leurs identités demeurent comprises et représentées comme déviantes (Rayburn & Guittar, 2013). Alors que l'itinérance est en soi une forme d'exclusion sociale, la stigmatisation vient complexifier les chances de s'en sortir (Stone, 2022). Les normes et valeurs partagées dans les discours (politiques, médiatiques et culturels) mais aussi dans les pratiques excluent perpétuellement ces groupes déviantes. Les injonctions néolibérales de productivité et d'autonomie participent au renforcement des attentes auxquelles les personnes en situation d'itinérance peuvent difficilement répondre

(Namian, 2012; Stone, 2022). Certaines personnes en situation d'itinérance en viennent aussi à intérioriser ces discours et stigmates auxquels elles peuvent être attachées. Certaines d'entre elles voudront même se distancer des services d'aide offerts pour paraître plus indépendantes et autosuffisantes que les représentations stigmatisantes auxquelles elles sont associées (Rayburn & Guittar, 2013). D'autres peuvent, au contraire, vouloir se distancier de l'étiquette « d'itinérance » en reconduisant elles-mêmes les stéréotypes véhiculés (Rayburn & Guittar, 2013). Ces conduites rendent compte du poids des représentations stigmatisantes de l'itinérance en société auxquelles sont soumises et tentent d'éviter certaines personnes vivant cette situation.

Au-delà du poids de l'étiquette vécue par les personnes elles-mêmes, la stigmatisation agit également comme une barrière sociale ayant une incidence sur l'usage et l'appropriation de l'espace public et des services. Les personnes en situation d'itinérance sont souvent « profilées socialement » en raison de stigmates divers et peuvent être l'objet, conséquemment, d'un traitement différencié que ce soit par la police, ou par les professionnels de santé et de services sociaux (Nault et al., 2016). En ce sens, certains acteurs tenteront de contenir l'itinérance dans des espaces pour la rendre invisible, l'exclure socialement et territorialement, la marginalisant du même coup encore davantage (Rayburn & Guittar, 2013). Le profilage social se manifeste également à tout endroit où l'occupation de l'espace ou l'usage de services est normativement peu inclusive à ces groupes sociaux (Nault et al., 2016). La stigmatisation contribue donc aux modes de contrôle et d'organisation sociale des « indésirables » (Agier, 2013). Les refuges ou endroits réservés aux personnes en situation d'itinérance sont représentés comme des hors-lieux qu'on peut également appeler des « hétérotopies » : elles amènent à penser le monde de manière à créer des clivages entre « eux » et « nous » imposant certaines dimensions identitaires. Lorsque la politique d'une ville utilise des modes de contrôle et d'organisation pour administrer des quartiers dits sensibles, elle entretient aussi des constructions sociales associées aux catégories et aux frontières entre les citoyens et l'espace (*Idem.*). C'est donc de cette façon que les mécanismes de stigmatisation teintent les mécanismes de « gestion des pauvres » (Tissot & al., 2005). En plus que les voix des personnes en situation d'itinérance soient souvent absentes des discours et des pratiques les concernant (Lyons &

Smedley, 2021), les dynamiques de pouvoir inégales se transcrivent ainsi d'autant plus par une absence de citoyenneté territoriale pour ces personnes exclues socialement de la sphère publique à différents niveaux (Agier, 2013).

Enfin, la stigmatisation a également une incidence sur l'accès aux services dans sa conception la plus large (Grimard, 2006). Plusieurs études rapportent que les personnes en situation d'itinérance sont souvent soumises à de mauvais traitements ou à des expériences négatives, notamment en santé (Deschênes et al., 2021; Kim et al., 2007; Pakzad et al., 2015). Une étude montre que près de 20% des personnes en situation d'itinérance sont à même de vivre une expérience négative en institution hospitalière; cette expérience pouvant se traduire tant par des agressions physiques et verbales que par des contraintes ne permettant pas aux personnes de quitter les lieux (Pakzad et al., 2015). D'autres rapportent aussi que les cas de discriminations contre les personnes en situation d'itinérance s'élèvent à près de 40% (*Idem.*). Ces expériences négatives quant aux services en santé contribueraient à de la méfiance limitant l'utilisation de soins de santé (Deschênes et al., 2021), notamment chez celles présentant des états de santé jugés comme moins bons, étant donné qu'elles rapportent de plus grands taux de stigmatisation (Kim et al., 2007; Hahm & Segal, 2005; Pakzad et al., 2015). La stigmatisation agit donc comme une barrière à l'accès aux services en ayant une incidence particulière sur les états de santé des personnes en situation d'itinérance, surtout considérant qu'elles sont celles utilisant le plus les hôpitaux et les transports ambulatoires (Pakzad et al., 2015).

2.3.2. La violence structurelle

Dans le but de peaufiner cette analyse, le concept de violence structurelle s'inscrit aussi au paradigme théorique des déterminants sociaux de la santé (Association canadienne de santé publique, 2017). Comme on le sait, l'itinérance implique une intersection de conditions de vie et de facteurs de marginalisation qui reproduit certaines conditions de santé, de handicaps et qui mène à la mort prématurée des personnes. L'itinérance n'est néanmoins pas un phénomène reproduit de manière sporadique au sein de la société : elle découle de nombreuses conditions sociales d'exclusion discriminant de manière prédictive certains groupes d'individus, tels que les personnes handicapées (Hetherington & Hamlet, 2022;

Maybee, 2020; Taylor, 2013). Les personnes en situation d'itinérance représentent ainsi des groupes sociaux hétérogènes découlant de systèmes d'oppression divers. Les rapports hiérarchiques en société reproduisent systématiquement et insidieusement l'existence de perdants ou de gagnants pour l'accès à des conditions économiques et sociales qui assurent à leur maintien en santé (Berlant, 2007; Gauthier et al., 2014; Raphael & Bryant, 2022; Taylor, 2013). Les conditions qui déterminent la santé semblent à certains égards invisibles, puisqu'elles se produisent de manière ordinaire et normative dans le temps et l'espace, sans pour autant être d'apparence significativement tragique (Berlant, 2007).

Néanmoins, par le biais de diverses théories, plusieurs auteurs soutiennent que ces rapports d'exclusion et d'iniquité imbriqués au sein même des structures sont loin d'être ordinaires : elles créent en effet des souffrances et des violences (Taylor, 2013). Que ce soit par le biais du concept de meurtre social de Friedrich Engels en 1845 (Raphael & Bryant, 2022; Taylor, 2013), de celui de morte lente étudié par Lauren Berlant ou de la théorie du biopouvoir de Foucault (Berlant, 2007), on reconnaît l'existence d'une violence structurelle par laquelle les structures sont nuisibles pour certains groupes de personnes en les contraignant à des conditions de misère et à la mort (Taylor, 2013). Entre autres, la théorie du biopouvoir de Foucault soutient que les structures sont aménagées et régulées de manière à permettre à certains groupes de vivre, alors qu'elles en laissent d'autres mourir (Berlant, 2007). La prévalence du handicap et les taux de mortalité étudiés peuvent ainsi être compris par l'incidence qu'ont la distribution inadéquate des ressources au sein du système capitaliste et l'accès différencié à l'espace public dans les rapports microsociaux et macrosociaux (Gauthier et al., 2014; Taylor, 2013). De ces facteurs, la violence que vivent les personnes handicapées en situation d'itinérance se matérialise par un accès inégal à de bonnes conditions de vie et aux soins médicaux, ce qui demeure néanmoins d'importants déterminants sociaux de la santé (Gauthier et al., 2014; Taylor, 2013). Les structures et les politiques sont ainsi précurseurs de véritables actes de violence et facteurs de risques maintenus au fil du temps qui ne cessent de contrer les possibilités de certains groupes à vivre, les laissant plutôt développer toutes sortes de conditions de santé et mourir lentement de ces dernières (Berlant, 2007; Raphael & Bryant, 2022; Taylor, 2013).

Ainsi, la violence structurelle est utile pour saisir le processus violent par lequel les structures peuvent être nuisibles pour les personnes en situation d'itinérance en les contraignant à des conditions de misère et à la mort (Taylor, 2013). Ce concept permettra d'illustrer la façon dont la distribution inadéquate des ressources et les accès inéquitables à l'espace public dans les rapports microsociaux et macrosociaux influencent l'accès aux soins médicaux et laissent mourir lentement certains groupes de personnes (Berlant, 2007; Gauthier et al., 2014).

CHAPITRE 3 - Méthodologie

Comme recherche de nature qualitative, les expériences et les parcours des personnes utilisatrices des hébergements communautaires en itinérance (haltes-chaleur, hébergements temporaires d'urgence, hébergements de transition, etc.) ont fait l'objet d'une analyse secondaire dans le cadre de ce mémoire de manière à pouvoir mieux faire ressortir les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge des personnes nécessitant des soins au sein de leurs milieux. Ces expériences ont été collectées grâce à des entretiens que j'ai menés pour le compte du *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO). Ce processus d'analyse secondaire a nécessité l'approbation au Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. Ce chapitre décrit l'ensemble des procédés méthodologiques impliqués dans le cadre de ce mémoire.

3.1. Les méthodes de collecte de données et les stratégies de recrutement

Les données utilisées dans le cadre de cette recherche ont été récoltées lors d'une recherche menée avec le CRIO dans le cadre de la publication 2022 du bulletin communautaire le *Noir sur Blanc*. Le CRIO est un regroupement d'organismes communautaires militant pour la lutte à l'itinérance et l'inclusivité des personnes (Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais, 2022). Le *Noir sur Blanc* qui est coordonné par ce collectif offre un portrait évolutif de la situation de l'itinérance en Outaouais et présente les différents visages de celle-ci dans la région (CRIO, 2022). Il comprend également un recueil de textes rédigé par divers acteurs du milieu, lesquels peuvent alors mettre de l'avant les enjeux notables auxquels ils ont été confrontés durant l'année de publication du bulletin.

Dans le cadre de l'édition 2022 du *Noir sur Blanc*, les organismes membres du CRIO ont été amenés à participer à une recherche qui avait pour but de broser un portrait régional actuel des besoins en hébergement et en logement au sein des services communautaires et de cerner les blocages à l'accès aux services. Les participants étaient aussi amenés à identifier des approches et services pouvant constituer des leviers de changement pour l'amélioration de l'offre de services en Outaouais en matière d'hébergement. L'étude a permis de mobiliser des entrevues semi-dirigées au cours de l'été 2022 auprès de 16 personnes du milieu, usagers comme acteurs communautaires, dans près de 11 organismes

en itinérance de la région de l'Outaouais. Les entrevues semi-dirigées ont été choisies comme méthode de collecte de données, puisqu'elles permettaient d'assurer une discussion autour de certains enjeux cibles tout en allouant un espace à la réactivité des personnes dans leur témoignage (Imbert, 2020). Cela cadrerait également bien avec l'idée d'une démarche d'analyse inductive, laquelle permettait de laisser les personnes approcher d'elles-mêmes les entraves et enjeux qu'elles ont pu constater dans le cadre de leur travail communautaire.

Parmi les entrevues récoltées par le CRIO, sept ont été sélectionnées dans le cadre de ce mémoire pour mettre au jour les entraves à la prise en charge des personnes nécessitant des soins dans les milieux communautaires. Chacune de ces entrevues était d'une durée d'environ 30 minutes ou une heure sur la base d'un questionnaire préétabli (voir Annexe 1). Certaines questions étaient adaptées en fonction de la nature et des services mis en œuvre par l'organisme en question. Un formulaire de consentement a été utilisé pour assurer la participation libre et volontaire des personnes lors du projet de recherche initial pour lequel les personnes étaient mobilisées (voir Annexe 2). Ce formulaire informait les personnes interviewées des risques, des bienfaits de l'étude menée par le CRIO ainsi que du respect de la confidentialité des informations dévoilées en entrevue. À la suite de leur prise en compte de ces facteurs, elles ont pu donner leur consentement verbal à participer à l'étude menée dans le cadre du bulletin communautaire par le biais d'un enregistrement audio.

Afin de mettre au jour les conditions de prise en charge des enjeux de santé par les organismes communautaires, les personnes ayant réalisées ces entrevues avec le CRIO ont consenties à nouveau à ce que soient utilisés leurs propos dans le cadre de ce présent mémoire de recherche. Via un formulaire de consentement (Annexe 3), elles ont été informées que le but du présent mémoire était de mieux comprendre les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge et l'expérience des personnes utilisatrices des hébergements en itinérance (haltes-chaleur, hébergements temporaires d'urgence, hébergements de transition, etc.) et nécessitant des soins de santé. Les personnes ont entre autres été assurées qu'un pseudonyme ou une catégorie professionnelle (ex :

personne intervenante) seraient employés lors de la publication des résultats et de la transcription des données. Malgré ce souci d'anonymat, elles ont également été informées des risques que cet anonymat ne puisse pas entièrement être garanti sachant que, en tant qu'acteur communautaire du milieu de l'itinérance dans la région l'Outaouais, elles sont potentiellement reconnaissables même avec un pseudonyme ou une catégorie professionnelle. Les facteurs de confidentialité, de conservation des données et le souci de participation volontaire à l'étude ont aussi été explicités dans le formulaire de consentement à participer à la présente étude.

3.2. L'échantillon et les critères de sélection

Étudier l'accessibilité aux soins des personnes selon le point de vue des milieux communautaires s'avère pertinent afin de mieux être en mesure de broser un portrait des diverses difficultés et obstacles vécus par les personnes en situation d'itinérance à travers les discours et témoignages des personnes œuvrant dans ces milieux et étant confrontés à une multitude d'expériences. En plus de pouvoir offrir une idée générale des réalités diverses d'accès aux soins de santé en itinérance, récolter les discours des acteurs communautaires était utile pour saisir les obstacles vécus par les organismes pour la gestion et la prise en charge des personnes aux besoins divers.

Uniquement sept des quinze entrevues réalisées dans le cadre du *Noir sur Blanc 2022* ont été utilisés aux fins de ce mémoire. Cela s'explique par le contenu de certaines entrevues permettant mieux de répondre au but de la présente étude et également dû aux contraintes liées à l'obtention d'un second consentement chez tous les acteurs menés initialement en entrevue. L'échantillon utilisé aux fins de cette recherche utilise ainsi le témoignage de cinq femmes et deux hommes œuvrant au sein d'au moins un organisme communautaire en itinérance dans la région de l'Outaouais. Trois de ces personnes coordonnaient l'hébergement pour lequel elles travaillaient, l'une d'entre elles était à la direction d'un organisme communautaire offrant de l'hébergement et trois d'entre elles œuvraient en intervention sociale ou en travail de rue. Au total, les sept personnes rencontrées en entrevue étaient issues de cinq organismes différents implantés dans la région. La plupart d'entre elles œuvraient dans le milieu communautaire en itinérance depuis plus de trois à

cinq ans, alors que trois d'entre elles le faisaient depuis un à trois ans. Près d'un tiers des acteurs communautaires sélectionnés dans le cadre de cette étude étaient racisés.

La participation des personnes fréquentant les hébergements communautaires en itinérance ne fut ainsi pas sollicitée dans le cadre de ce travail. Cet aspect constitue une limite à cette étude, considérant que prendre en compte leurs points de vue sur les barrières et injustices auxquelles elles font face auraient pu venir contrer certaines injustices épistémiques et être des moyens de participer à leur *empowerment* (Piron, 2019). Il est à considérer que ne pas avoir collecté leurs témoignages puisse participer à perpétuer une production du savoir maintenant certaines inégalités sociales et rapports de pouvoirs entre acteurs et récipiendaires du *care* (Godrie & Dos Santos, 2017).

3.3. La méthode d'analyse des données

L'analyse des données en entrevue à l'aide de thématiques fut la méthode d'analyse utilisée dans ce mémoire. Par le biais d'une classification des éléments abordés en entrevues, j'ai pu ressortir les barrières rencontrées par les personnes en situation d'itinérance et les organismes communautaires. Dans le but d'analyser les divers témoignages de manière efficace, l'utilisation du logiciel d'analyse de contenu *In Vivo* m'a également été utile.

CHAPITRE 4 - Résultats

Cette étude visait à mieux comprendre les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge des personnes nécessitant des soins au sein des hébergements communautaires en itinérance en se posant la question suivante: comment les barrières structurelles d'accessibilité aux soins de santé et services sociaux impactent la prise en charge communautaire des personnes en situation d'itinérance? Pour répondre à cette question, nous avons analysé le point de vue de personnes intervenantes, soit de personnes œuvrant en intervention psychosociale, en travail de rue, à la gestion ou à la coordination d'un hébergement communautaire. Nous aborderons, dans ce chapitre, les nombreuses barrières tant structurelles que sociales qui fragilisent, de leur point de vue, les conditions de vie et de santé des personnes en situation d'itinérance. Tout d'abord, les barrières structurelles complexifiant l'accès aux logements sociaux et aux hébergements communautaires seront présentées. Ensuite, le manque de ressources humaines et matérielles au sein des milieux communautaires et des institutions publiques et permettant la prise en charge des problèmes de santé des personnes sera abordé. Enfin, la dernière section de ce chapitre soulèvera l'existence de barrières sociales tant dans l'obtention, l'offre et l'utilisation des services d'hébergements communautaires, de santé et les logements sociaux.

4.1. La crise du logement et les difficultés de maintien au logement

Le phénomène de l'itinérance augmente dans la région de l'Outaouais. L'un des facteurs de cette croissance demeure la crise du logement, qui agit comme une barrière structurelle importante à l'accès au logement des personnes et à leur maintien en logement. Les personnes rencontrées en entrevue dans le cadre de cette recherche disent être confrontées à une augmentation de personnes qui, à la suite d'une perte de leur logement, se retrouvent en situation d'itinérance. Elles expliquent que, étant donné la crise du logement, elles voient de plus en plus émerger de nouveaux visages en situation de précarité, comme de jeunes personnes, des plus âgées et des familles. L'itinérance chez les femmes constitue, selon les répondants, un phénomène de plus en plus alarmant. Selon leurs observations, beaucoup plus de femmes, accompagnées de leurs enfants, fréquentent les ressources

communautaires. Une personne rencontrée œuvrant dans un refuge pour femmes victimes de violence conjugale dénote en ce sens que les appels pour les femmes qui ne vivent pas nécessairement de la violence, mais qui sont en situation de précarité, ont particulièrement augmenté. Elle explique que certaines d'entre elles n'ayant pas d'alternatives où vivre et étant en « mode survie » sont contraintes de mentir quant à leur situation pour être acceptées dans une maison pour femmes victimes de violences.

4.1.1 Augmentation du prix des loyers et réduction des logements accessibles

Les prix des sous-locations de chambres avoisinent en moyenne 700\$ dans la région. Pour les personnes qui ne reçoivent qu'un peu plus que 600\$ en aide sociale, beaucoup d'entre elles doivent alors avoir recours au *Programme de supplément au loyer* (PSL) pour éviter la rue et se procurer un logement dans le marché privé. Malgré cette subvention qui aide au paiement d'un loyer dans le marché privé pour les personnes à faible revenu, les propriétaires de logement auraient tout de même tendance à choisir un autre locateur que celui ayant une subvention, considérant les nombreux choix se trouvant à leur disposition. La crise du logement est à ce point importante que les logements accessibles n'entrent parfois plus dans les critères du programme, puisque leurs prix excèdent les prix fixés pour être considérés accessibles.

Souvent, certaines personnes sont contraintes de vivre en colocation pour se procurer un logement dans le marché privé, ce qui les oblige à dépendre d'autres personnes qui sont dans une situation similaire pour survivre. À ce sujet, une personne intervenante en itinérance soulève néanmoins que cette contrainte peut nuire au maintien en logement de personnes ayant vécu en itinérance :

(...) souvent, je pense que la colocation n'est pas vraiment aidante quand deux personnes sortent de la rue. Parce que là, tu fais quand même face à quelque chose de nouveau, les deux vous avez beaucoup de travail à faire. C'est dur de ne pas ramener les problèmes à la maison.

Il arrive également que les logements accessibles disponibles ne soient pas adaptés à la personne ou ne cadrent pas avec sa réalité. En effet, certains sont plus éloignés et peu

accessibles en transports en commun, ou ne sont pas à proximité de services, comme des soupes populaires ou des services de santé.

Malgré les efforts déployés pour que les personnes à la rue se trouvent un endroit où vivre, une personne intervenante rencontrée en entrevue explique qu'il arrive tout de même que les personnes placées en logement le perdent, étant donné notamment les difficultés à payer le loyer et les autres frais associés au fait de vivre en logement indépendant. Il importe aussi de considérer que les difficultés à maintenir son logement impliquent une gamme d'enjeux pouvant avoir des impacts sur la santé des gens. Les personnes qui réussissent difficilement à maintenir un logement sont rapportées comme souvent très dépendantes des ressources alimentaires, dont la qualité des produits varie d'une semaine à l'autre selon les dons et le financement à la disposition des organismes locaux.

4.1.2 Les barrières administratives à l'accès en logement

Bien que beaucoup plus de personnes ont du mal à accéder à un logement, étant donné le prix actuel des loyers, on rapporte que la plupart d'entre elles ne présentent pas de problématiques particulières et sont, de ce fait, considérées comme quasi trop autonomes pour cadrer dans les hébergements proposant un soutien communautaire plus important. Afin de parvenir à placer les personnes de manière efficace, il existe un comité de relogement des personnes en situation d'itinérance pour qu'elles soient mieux prises en charge par les institutions locales. Malgré la mise en œuvre de cet espace collaboratif entre les organismes communautaires et organisations publics, on rapporte tout de même que peu de solutions en ressortent, étant donné le manque de place en logement social et les entraves qu'implique l'importante crise du logement dans la région. Plusieurs personnes étant en attente d'obtenir une place en logement social, certains programmes de transition dans la région rapportent devoir augmenter, voire doubler, le temps de durée de leurs programmes. Certaines personnes étant en attente d'un logement social peuvent devoir attendre des années avant qu'une place ne se libère pour elles. C'est ce que rapporte une personne intervenante qui suit une personne depuis presque déjà quatre ans et qui rapporte avoir graduellement vu sa condition d'itinérance, jadis récente, se chroniciser :

Ça fait imagine des années (...). Et pendant ce temps, parfois le truc est que la personne (...) qui venait juste de perdre son logement, mais qui était juste sans-abri, bien il est devenu aujourd'hui itinérant. (...) il commence maintenant à consommer, puisqu'il est dans la rue. (...) Là, parfois, quand tu lui redonnes un logement, il va le perdre parce qu'il a plus les aptitudes qu'il avait avant de la gestion de maison. Il était déjà un adulte dans la quarantaine, maintenant il va avoir les cinquantaines... Et là, il est 8^e *sur la liste d'attente pour obtenir un logement social*, mais ça ne veut pas dire encore que ça va être cette année. Ça peut prendre un autre deux ans...

En plus des places limitées qui augmentent le temps d'attente pour accéder à un logement social, il existe de nombreuses barrières administratives qui participent à augmenter ces délais et qui sont souvent peu adaptées aux réalités complexes des personnes en situation d'itinérance. En effet, compléter une demande pour obtenir un logement social implique certains critères et certaines documentations, tels qu'un statut de résidence au Canada, un certificat de naissance, des impôts à jour, une carte d'assurance maladie et une preuve d'adresse prouvant avoir demeuré en Outaouais au moins 12 mois durant les deux dernières années. Les participants à cette étude soutiennent qu'il peut s'avérer complexe pour une personne en situation d'itinérance de détenir toute la documentation nécessaire étant donné qu'elles ne sont pas toujours en mesure de les conserver une fois à la rue ou qu'elles n'ont pas les moyens et le temps de les renouveler. N'ayant pas toujours accès à des moyens de communication comme un téléphone ou un ordinateur, il est plus complexe pour elles de parvenir à compléter toutes les démarches nécessaires dans un court délai. La nature plus rigide des services en logement social fait en sorte qu'ils sont perçus comme mal adaptés aux personnes en situation d'itinérance, lesquelles sont difficilement joignables et parviennent plus rarement à rejoindre le service durant ses heures d'ouverture.

Ce contexte ferait en sorte que, malgré le fait que les personnes en situation d'itinérance et les femmes victimes de violence conjugale soient souvent priorisées dans les listes d'attente pour obtenir du logement social, passer à travers toutes les démarches peut parfois prendre près d'une année pour les personnes ayant un accompagnement à ce sujet.

Itinérance, ils vont quand même être classés avant monsieur, madame tout le monde qui n'a pas trop de sous. (...) Le problème (...), c'est les documents demandés. Les personnes en situation d'itinérance, oui, ils vont passer plus vite, mais non, parce qu'on va nécessairement *devoir* fournir toute la documentation nécessaire.

Malgré une année à travailler pour remplir toute la paperasse nécessaire, une personne seule peut par la suite se retrouver sans logement et sur une liste d'attente durant souvent quelques années, voire plus de 4 ans. Toutefois, les familles, elles, sont généralement placées plus rapidement, soit en une année si toute la documentation nécessaire est à jour.

En ce sens, les participants de cette étude déplorent le fait que les personnes en situation d'itinérance soient confrontées à des services qui manquent de flexibilité en ce qui concerne leur documentation, alors que leur situation nécessite qu'on s'adapte. Le fait que les services offerts en logement social soient si bureaucratisés et « institutionnalisés » fait en sorte qu'il est plus difficile de pouvoir s'adresser directement à une personne intervenante pour discuter de la réalité particulière d'un individu et qu'il y ait de l'ouverture à cette réalité. À ce sujet, une personne intervenante en itinérance considère que les services demeurent impersonnels et peuvent manquer d'humanité :

Tu arrives là c'est comme: mais remplis le papier. Ouais, mais je veux te parler, t'sais (...). Je comprends qu'ils ont des façons de faire là, mais je pense que les personnes ne se sentent pas humains quand ils arrivent dans ces endroits-là. Ils ne se sentent pas écoutés. Souvent, ils ont des choses à dire, t'sais. (...) Pour moi, c'est un des grands besoins de juste permettre aux gens de s'exprimer. Souvent la meilleure personne pour savoir un besoin c'est soi-même. En ne les laissant pas, on va même créer des frustrations, et on va juste empirer leur situation.

Par ailleurs, il existerait peu de services en logements sociaux adaptés aux réalités de personnes ayant des handicaps, des conditions de santé importantes ou ayant besoin d'un support communautaire particulier. On estime aussi que ce besoin risque de prendre de

l'ampleur dans les prochaines années alors que les hébergements communautaires peinent à les soutenir adéquatement :

Avec le vieillissement de la population, puis des gens plus jeunes qui perdent en autonomie, il n'y en a pas de places pour eux. (...) Il y a des gens qui ont besoin de milieux familiaux, de milieux encadrés plus petits, avec un plus grand encadrement que, nous, on ne peut pas offrir.

Également, on soulève que certaines personnes, ayant longtemps été institutionnalisées pour toutes sortes de raisons, ont besoin d'un minimum de structure, davantage d'intervenants de proximité et d'un environnement qui promeut une vie communautaire et sociale active pour contrer l'isolement :

Beaucoup, il y en a qui retournent *au refuge d'urgence*, parce que, une bonne partie, c'est de l'isolement social (...). Ceux que je réussis à placer, s'ils retournent en situation d'itinérance, c'est parce qu'ils ont besoin de quelqu'un dans leur vie.

Ainsi, au-delà d'obtenir une place où vivre, on rapporte la nécessité qu'elle soit adaptée à la réalité de la personne, que ce soit de sa condition de santé précaire ou de ses enjeux de désaffiliation sociale.

4.1.3 Un accueil limité en refuges d'urgence

Considérant ce contexte qui rend plus difficile l'accès à un logement abordable et adéquat pour les personnes, elles n'ont souvent d'autres choix que d'être hébergées temporairement, voire souvent à plus long terme, dans des hébergements d'urgence ou de transition en attente d'un endroit où vivre. Les places dans ces hébergements demeurent néanmoins limitées et les soumettent à des conditions de vie précaires. En effet, les personnes intervenantes rencontrées en entrevue rapportent que, le fait qu'il n'existe qu'un seul refuge d'urgence en Outaouais limite le roulement des personnes au sein de cet hébergement et restreint le nombre de places disponibles pour les nouvelles personnes en situation d'itinérance. Le manque de roulement rendrait pratiquement impossible l'accueil de personnes nouvellement à la rue qui attendent parfois des jours ou des semaines sur la liste d'attente pour obtenir une place, et ce, particulièrement lors de temps plus froids. En

conséquence, de nombreuses personnes se trouveraient dans les haltes-chaleur comme solution de remplacement aux refuges. Dans la région, ces lieux ne disposant que de quelques lits de camps ou de matelas à même le sol offrent un répit aux personnes pour qu'elles puissent s'y reposer, socialiser et prendre une boisson chaude à l'intérieur. Un des besoins les plus importants des personnes qui fréquentent ces lieux est simplement de pouvoir avoir une place où bien dormir, au chaud. On nomme que bien dormir, comme besoin essentiel, « ça cadre toute la journée après » et c'est surtout indispensable à la santé mentale des personnes. Néanmoins, l'hiver, il arrive que près de 50 personnes en même temps se retrouvent dans cet espace :

On se pile dessus, et y'a pas assez de place. (...) En 2020, on n'acceptait pas plus que 25 personnes (...) à cause de la superficie. (...) Il y avait eu des décès concernant le froid, toute ça, donc, *la Ville de Gatineau*, ils ont décidé de permettre à tout le monde d'y aller. Donc, on est rendu à 50 dans le même espace qui n'a pas agrandi malheureusement. (...) Je prévois que l'année prochaine, on soit encore plus que ça.

Puisque le refuge de la région est plein en majeure partie du temps, les haltes-chaleur, alors surpeuplées, demeurent ainsi le premier endroit où se retrouvent plusieurs personnes nouvellement à la rue ou tout juste sorties d'une institution. Une personne intervenante en itinérance témoignage à ce sujet :

Dernièrement j'ai appelé pour référer une femme, et j'ai appelé tous, tous, tous, tous *les refuges pour femmes*, et il n'y a pas de place. Il n'y a pas de place, et est-ce que la personne dans cette situation, elle a l'énergie pour appeler toutes ces maisons-là, tous les jours, se faire poser des questions tous les jours? (...) Moi il a fallu à un moment donné, qu'une femme qui était victime de violence, que je l'amène au *refuge d'urgence*, puis, par pure chance, il y avait un lit. Parce que, sinon, il aurait fallu que je la *drop* à la halte. Puis, à la halte, elle était tellement apeurée, puis moi je ne me sentais tellement pas bien, mais c'est la seule affaire que je peux faire.

Lorsque les personnes parviennent à intégrer le refuge, certaines d'entre elles peuvent éventuellement être reconduites vers des hébergements de transition. Les hébergements de

transition sont traditionnellement des lieux où il est possible pour les personnes de travailler certains objectifs qui les aideront à éventuellement se retrouver un logement. Elles doivent néanmoins d'abord intégrer le refuge d'urgence de la région afin que leur cas soit évalué et qu'elles puissent alors se voir proposer d'autres options temporaires. Il arrive toutefois que ce processus prenne un certain temps et que des personnes n'aient pas accès à ces autres options étant donné qu'elles souhaitent éviter à tout prix de demeurer au refuge d'urgence. Selon certaines personnes rencontrées, ce contexte a pour incidence qu'on voit la situation en itinérance des personnes prendre de l'ampleur et qu'elles tendent ainsi développer toutes sortes de problématiques, notamment de santé, ce qui rend leur intégration aux autres programmes d'aide de plus en plus difficile. Elles seraient rarement en mesure de bien dormir et seraient alors jugées comme « désorganisées ». En ce sens, une personne intervenante en itinérance rapporte la condition d'une personne qu'elle suit depuis plusieurs années :

Ce gars-là a 28 ans, puis il est arrivé au *refuge d'urgence* à 18 ans. Puis j'ai fait « ok, ok! C'est ça 10 ans au *refuge d'urgence* là? ». À 28 ans, que comme moi j'ai peur qu'il meure tous les jours. Ça ne va pas là.

4.2. Des prises en charge insuffisantes dans les secteurs publics et communautaires

La gestion de la prise en charge des personnes à la rue au sein de ressources qui peinent à accueillir les personnes dans des conditions de vie adéquates, ou à tout simplement les accueillir, est une réalité qui pèse sur les milieux communautaires, tant sur le personnel de direction que sur les intervenants qui y œuvrent. On rapporte un certain désengagement du secteur public dans la prise en charge de l'enjeu de l'itinérance dans la région, lequel devient de plus en plus alarmant. Le désengagement du secteur public passerait non seulement par le fait que les ressources en hébergements et en logements sont insuffisantes, mais aussi par un laisser-aller de la prise en charge des personnes vulnérables, aux prises avec des problèmes de santé, côtoyant ces ressources ou étant directement à la rue. On souligne que cette prise en charge par le réseau de la santé est plus difficile depuis quelques années alors que le nombre de places pour accueillir les personnes nécessitant des soins se montre insuffisant. Cette situation a un impact considérable sur les milieux

communautaires qui sont alors mis au pied du mur et qui sont contraints de prendre en charge des situations dépassant leurs mandats :

Il y a admettons trois ans à peu près, notre solution finale c'était : on va les envoyer à l'hôpital, ils vont être en sécurité. À c'theure, on les envoie à l'hôpital, et ils ressortent le soir même ou le lendemain matin. Ça fait qu'on est comme dépourvus parfois de solutions.

4.2.1. Une relégation de la prise en charge des problèmes de santé vers le communautaire
Les personnes rencontrées en entrevue jugent en ce sens que cette situation met en péril les états de santé de plusieurs personnes ne recevant pas le support et les soins nécessaires, alors que leur organisme parvient difficilement à répondre à « l'urgence » et à s'adapter à leurs réalités nécessitant des services plus spécifiques.

Le secteur public, à un moment donné, ils voulaient nous envoyer un préposé bénéficiaire pour aider à s'occuper d'elles, les personnes ayant besoin d'assistance particulière (...). On ne veut pas s'engager, avoir plein de monde à mobilité réduite. On doit s'en occuper, on ne sait pas comment.

En conséquence, les organismes communautaires et les institutions du secteur de la santé confrontés à des personnes aux conditions graves ou multiples tendent à se renvoyer la balle à savoir qui peut ou doit les prendre en charge. On rapporte que c'est par exemple le cas d'une personne en situation d'itinérance assez âgée, non voyante et ayant des enjeux physiques de santé qui tentait d'intégrer un refuge d'urgence et un hébergement de transition :

Ça avait été un peu la guerre, parce que le *refuge d'urgence et l'hébergement de transition* ne le voulaient pas, parce qu'ils disaient que ça appartenait au *secteur de la santé*. Mais là, le *secteur de la santé* était comme « ouin, mais il *fit* quand même avec vos critères ». (...) Finalement, il a fait une tentative de suicide. Il a été interné. (...) Ça fait genre 6 mois qu'il est dans les services d'hôpitaux, puis (...) tout le monde là-dedans avait la tête un peu mélangée avec ce genre de personnes là. (...) Les messages ne se transmettent pas super bien, donc, finalement, les intervenants du *refuge d'urgence* l'ont accepté. Même pour la personne, ça devient tellement contradictoire. Je

pense qu'il aurait fallu qu'ils tiennent leur bout: « non, on ne le prend pas ». Parce que pour la première fois depuis un méchant bout, il avait énormément de services, ce monsieur-là. On l'avait entouré de gens compétents (...), puis là, on le ramène au *refuge d'urgence*. (...) En le mettant au *refuge d'urgence*, c'est comme s'il avait un toit.

Les difficultés de prise en charge des personnes plus âgées ou ayant des handicaps se retrouvant en itinérance ont à plusieurs reprises été soulevées par les différentes personnes intervenantes. Les hébergements communautaires en itinérance ne sont pas adaptés à leurs besoins, notamment en raison de leur mandat et du manque des ressources humaines ayant l'expertise pour les soutenir. Certains participant.es à l'étude soulèvent l'idée que c'est le secteur communautaire, et en particulier celui de l'hébergement d'urgence, qui se trouve à devoir pallier les lacunes du système public, voire même à « désengorger l'hôpital ». Ils déplorent, dans la foulée, le fait qu'il faut souvent se battre avec les services hospitaliers pour que les personnes concernées ne soient pas directement envoyées dans les refuges d'urgence. Ce phénomène serait également observable au sein de ressources communautaires en logement social qui sont de plus en plus confrontées à des dilemmes éthiques pour accepter des personnes en perte d'autonomie ou ayant des handicaps étant donné qu'il n'existe « pas de places d'hébergements alternatives » pour des « besoins plus spécifiques ». On estime que l'accueil de ces personnes dans des logements inadaptés à leurs réalités puisse conduire à des accidents et les mettre en situation de danger, voire mener à leur mort.

Le manque de prise en charge des personnes vivant des problèmes de santé fait également en sorte qu'elles soient souvent trimbalées d'une institution à un autre, sans qu'il y ait de suivi ou d'accompagnement entre les diverses ressources. On explique ainsi la nécessité d'avoir des corridors de services entre le communautaire et le réseau public :

Parce que là, la personne, elle part d'un service, elle va dans l'autre, puis il n'y a personne qui sait ce qu'il se passe. (...) L'ambulance le ramasse (...), puis là, les gens au *refuge d'urgence*, ils ne savent plus elle est où cette personne-là. Puis là, la personne à l'hôpital, elle n'a pas le bon traitement, elle ne se fait pas traiter comme il faut. Le soir même ou la journée même,

elle est sortie de l'hôpital. (...) Comment elle fait pour retourner au *refuge d'urgence*? (...) Y'a tu comme, on peut tu avoir plus de communication?

4.2.2 Un manque de coordination et de ressources

Une meilleure coordination des services, plus centralisée, qui permettrait aux personnes d'avoir des services plus intensifs sans qu'elles aient à « se casser la tête » et à « courir après tout le monde » a été proposée pour mieux prendre les personnes en charge. En plus de ne pas connaître tous les services offerts, on rapporte que les personnes sont souvent confrontées à de multiples barrières pour améliorer leur situation d'itinérance et leurs conditions de santé. Les personnes ayant notamment des conditions de santé multiples et étant jugées comme « multi problématiques » sont rapportées comme cadrant mal dans le réseau public qui tend à déployer ses services en silos. Par exemple, on rapporte qu'une personne ayant besoin de support en déficience intellectuelle ou en santé mentale recevra difficilement des services adaptés si, en plus, elle présente une dépendance. Les services et professionnels du réseau y œuvrant sont rapportés comme détenant normalement une expertise dans une discipline particulière, ce qui permet difficilement de répondre de manière interdépendante et adéquate aux autres problématiques des personnes. Plusieurs programmes sont également créés sous des critères particuliers ne permettant pas d'offrir un hébergement ou un soin en santé mentale par exemple si la personne consomme ou a consommé. Pourtant, on estime que ces types de conditions sont interreliés et que les personnes concernées ont besoin de soins, « plus que n'importe qui » :

Ça se pourrait que la personne elle consomme, parce qu'elle entend des voix. Elle a besoin d'aide, mais on ne peut pas la traiter. On ne peut pas lui offrir (...) un hébergement *en psychiatrie*, parce que la personne bien elle consomme. (...) La personne, souvent, elle a besoin des deux services et ce serait vraiment le temps à un moment donné que ça se *merge*, là. Sinon, ce qui arrive, c'est que tu fais des crises de psychose, puis tu te ramasses à l'urgence, puis là ils disent que c'est parce que t'as consommé. Ça fait que là 24 heures après tu es sorti. (...) C'est tu vraiment la conso qui l'amène là ou c'est sa santé mentale qui l'amène là?

En plus de manquer de ressources matérielles adaptées et de lits, le secteur de la santé justifierait également son manque de prise en charge de certaines personnes du fait de leur manque en ressources humaines.

Même les intervenants de liaison de l'hôpital sont pris entre nous deux, puisqu'ils nous comprennent. Mais l'hôpital aussi sont comme: on n'a plus de lits, on manque de *staff*. Ce n'est pas juste nous qui a de la misère, l'hôpital aussi ils ont des enjeux... On essaie de s'aider, mais on n'y arrive juste pas. Il faut voir le manque de ressources, point.

Beaucoup d'organismes communautaires sont aussi confrontés à un manque de ressources humaines qualifiées, ce qui complexifie l'accueil adéquat des personnes. En effet, on explique que les intervenants des ressources communautaires n'ont souvent pas la formation nécessaire pour être en mesure de s'adapter aux réalités des personnes, peu importe leurs conditions de santé. Le nombre d'intervenants pour répondre à tous les besoins étant souvent insuffisant, ceux-ci se retrouvant « débordés » et « épuisés » ont peu de temps pour bien accompagner les personnes et définir leurs besoins. Ils sont contraints d'intervenir pour « répondre aux urgences ». Certaines personnes intervenantes vivraient des situations de « *burn out* » étant donné leur charge de travail importante. Sachant cela, certains organismes prennent alors le choix d'accueillir des gens jugés plus « stables ». C'est ce que rapporte une personne rencontrée en entrevue et étant à la direction d'un organisme de la région :

Plus de ressources (...) on aurait plus de gens difficiles, admettons (...) avec des petits *red flags*. Parce qu'en ce moment on ne peut pas se permettre de prendre ces gens-là. (...) On ne veut pas perdre nos employés non plus à cause de les épuiser. En tant que direction, en tant que gestionnaire, il faut penser à ça aussi. (...) Engager même c'est difficile.

Le manque de ressources humaines aurait aussi pour incidence de réduire l'offre de certains services dans la région, comme ceux en prévention des surdoses. On estime que ce contexte ait été un facteur dans le passé ayant contribué à la mort de personnes consommatrices étant décédées juste à côté du service, et ce, lors de ses heures de fermeture.

On estime que les conditions de travail « difficiles » dans les milieux communautaires contribueraient aussi aux difficultés liées à la rétention de main-d'œuvre et à l'important roulement des intervenants au sein des ressources communautaires qui choisissent de ne pas y faire carrière. Certains d'entre eux se retrouvent particulièrement impuissants devant un contexte politique et social qui change peu au fil du temps :

Des intervenants épuisés qui essaient de tout bord tout côté de faire changer les choses. Ça n'avance pas, t'sais. Le politique c'est une *game* qui joue beaucoup trop haute pour nous. On n'a pas de prise là-dessus. (...) À un moment donné ça devient difficile de soutenir les personnes et de tout le temps s'en venir aux mêmes frontières et aux mêmes barrières. T'sais, ça tourne dans la vie d'une personne. Les cycles recommencent et tu vois les choses se répéter. Puis les choses ne changent pas nécessairement, mais les intervenants autour de la personne ils ont tous changé. (...) J'aimerais ça qu'à un moment donné le communautaire pendant un bout il se tienne, t'sais.

Par ailleurs, on nomme qu'il y a peu de support de la part de professionnels du secteur de la santé et des services sociaux dans les organismes, bien qu'il ait un besoin auprès de la population itinérante à ce que les services se déplacent directement à leur rencontre. Une personne intervenante explique la nécessité d'une approche *outreach* à cet égard :

(...) la personne elle ne va pas aller à l'hôpital. Après ça, est-ce qu'il y a moyen que quelqu'un se déplace pour venir le voir? (...) Ça m'est arrivé de faire venir une infirmière pour qu'elle se déplace, juste dire qu'il doit aller à l'hôpital. Parce qu'il ne va pas y aller. Moi, si j'y dis, il ne va pas y aller. Mais d'avoir quelqu'un qui l'évalue, qui fait son examen. (...) Moi je trouve que ce lien-là, ça aide à ce qu'il ait des services.

Une meilleure collaboration avec le secteur public serait ainsi considérée comme nécessaire pour combler ces manques et permettre qu'il y ait plus de professionnels pour répondre aux besoins de la population itinérante. Néanmoins, le fait que le roulement de personnel soit tout autant considérable dans le secteur public de la santé et des services

sociaux complexifie le maintien de liens avec des personnes-ressources et des façons de faire adoptées au fil du temps.

Le haut taux de roulement de personnel au sein des milieux a conséquemment un impact sur les personnes qui ont besoin de stabilité. L'instabilité du personnel au sein des ressources peut contribuer à ce que les personnes intervenantes nouvellement embauchées aient peu de repères et de support de collègues ayant une certaine expérience, expertise et ayant des pistes de solutions à partager. On estime que cela contribue à un manque de cohérence dans les interventions, mais aussi à un effritement du lien de confiance que peuvent avoir les usagers quant aux services :

Pour des personnes que leur vie n'est pas stable, que la personne à qui tu te confies, un an après, elle est plus là. Deux mois après, elle est plus là. C'est difficile là. C'est encore plus difficile de créer un lien de confiance après et de se sentir bien.

La construction du lien de confiance au fil du temps est néanmoins essentielle pour soutenir les personnes en situation d'itinérance, et notamment, celles ayant un enjeu de santé mentale. Les personnes aidées qui, elles, vivent parfois dans cette situation « difficilement depuis longtemps », auraient « besoin » de ce lien pour que les interventions soient davantage positives et vectrices de changements.

4.2.3 Des contraintes financières

Enfin, il importe de considérer que certains organismes communautaires œuvrant en itinérance sont contraints, étant donné leur manque de moyens financiers, d'« intégrer » le secteur public de la santé et des services sociaux « à la structure l'organisme ». Étant en bonne partie financés par le secteur public, certains organismes font face à une « pression du réseau ». Cette pression contraindrait les organismes à déployer leurs services d'une certaine façon de manière à atteindre certains résultats et certaines statistiques. Certains organismes, contraints d'atteindre les chiffres escomptés, cherchent notamment à éviter d'offrir une place en hébergement à une personne si elle ne parvient pas conséquemment à sortir de la rue. On souhaite en ce sens que les personnes intégrant les ressources communautaires évitent d'être considérées comme ayant échoué le programme qu'elles ont

utilisé. L'atteinte de ces statistiques aurait, autrement dit, une incidence sur la gestion des hébergements communautaires, à savoir si on choisit de placer ou non une personne dans une ressource :

Ils nous disent quasiment qui accepter ou pas à l'*hébergement communautaire* pour atteindre notre pourcentage. À cause de ce foutu pourcentage, il y a des gens qui dorment dans la rue. Il y a de la pression pour que les statistiques roulent. Nous, on est bas. C'est en haut qu'ils peuvent faire des changements possibles. Et eux aussi ils ont de la pression d'autres gens. (...) On a beaucoup de pression du *secteur public de la santé et des services sociaux* d'accepter telle personne, telle personne.

À cet égard, une autre personne rencontrée en entrevue soulève :

Sur papier c'est beau, ça te donne de l'argent. C'est juste une fausse réalité. Ça va te montrer une réalité dans les statistiques. On va un peu créer les statistiques dans le fond. On ne les crée pas, mais on va s'arranger pour (...) que ça fasse leur affaire.

Comme nous allons le voir dans la prochaine section, les barrières structurelles qui ont été présentées engendrent plusieurs contraintes qui impactent la prise en charge ou non de certaines catégories de personnes dans les organismes communautaires et le secteur public. Nous verrons que la prise en charge de certains groupes de personnes ciblées comme des potentiels « succès » entretient conséquemment certains stigmas qui subsistent envers la population itinérante.

4.3. La « sélection » informelle des personnes pour l'obtention d'un hébergement et d'un logement

Les entrevues ont permis de révéler l'existence de certains processus informels de sélection des personnes pour l'obtention d'un hébergement et d'un logement. Ce processus, engendrant des attentes et contraintes pour les personnes, se nourrit notamment de certains préjugés, qui agissent comme des stigmates. Ces derniers s'observent au sein même du

continuum de services existant à Gatineau dans les services en itinérance de même qu'au sein du réseau public de la santé.

Comme nous l'avons abordé, il existe des enjeux structurels incitant les hébergements d'urgence et communautaire à atteindre des cibles de résultats et des statistiques. La pression exercée par ces attentes aurait une incidence considérable sur l'acceptabilité de certains groupes de personnes dans les hébergements en itinérance. En effet, certaines statistiques aspirent à ce que les personnes suivent le continuum de services dans les hébergements en itinérance de manière à éviter qu'elles passent d'une ressource à l'autre. Les allers-retours entre les diverses ressources, communément appelés des « récidives », seraient considérés comme un phénomène qui ne « prouve pas vraiment nos statistiques » du point de vue de certains hébergements communautaires.

Ce faisant, il existe de nombreuses attentes informelles à ce que les personnes intégrant les ressources en itinérance, notamment celles de transition, soient « stables », « aptes », « prêtes » et « autonomes ». On souhaite à cet égard que les personnes se sentent bien, aient des humeurs stables qui évitent « les hauts et les bas » et « ne créent pas de problèmes ». On souhaite aussi qu'elles mangent bien, qu'elles soient propres et qu'elles soient suffisamment autonomes pour être en mesure de répondre aux « obligations » de l'hébergement, soit notamment à son code de vie. Du point de vue d'une personne œuvrant dans une ressource offrant des hébergements et des logements sociaux, « l'instabilité des gens est l'un des plus grands obstacles », puisque « pour être stable en logement, il faut être stable aussi dans ta tête, dans tes choses ».

4.3.1. Responsabilisation des personnes, injonctions à l'autonomie et individualisation des risques

Certains services d'hébergement confrontés à des personnes qu'ils jugent « plus difficiles » ou « ayant besoin d'une intensité de services plus grande » iront jusqu'à avoir recours à des services de l'externe, soit des corridors de services avec le secteur public, pour pouvoir « encadrer la personne ». Certains hébergements inciteront également les personnes désirantes d'accéder à un logement à se responsabiliser, notamment en participant à

certaines ateliers d'apprentissage, par exemple sur la gestion de la colère ou sur les aptitudes pour aider au maintien en logement, comme faire le ménage. On encourage aussi à ce que les personnes développent des habilités utiles à leur insertion en société de manière à ce qu'elles puissent se trouver « un job, même si ce n'est pas temps plein ». Au contraire, les personnes n'ayant pas les documentations nécessaires leur permettant d'éventuellement accéder à un emploi ou à un logement seront reléguées au refuge d'urgence étant donné qu'elles ne parviendront pas à accéder aux portes de sortie répondant aux attentes de réussite des programmes. Dès que la personne hébergée dans un programme de transition réussit à obtenir un emploi, elle peut alors s'exempter de certaines de ses obligations au sein de l'hébergement liés au code de vie :

Il a fait vraiment des activités, il maîtrise sa colère, il sait comment trouver de l'emploi, il sait comment parler à un interview... *Hop!* Il a un travail. Bien, comme il a un travail, il ne peut plus participer à nos activités obligatoires, (...) puisque dès qu'il a un travail on ne peut pas lui dire : « reste pour les activités ».

De plus, il est attendu que les personnes soient prêtes à faire tout ce qui est nécessaire pour « faire des démarches ». Être prêt à être « assez impliqué » dans ses démarches serait essentiel à ce que l'intégration des personnes dans les programmes d'hébergement en itinérance fonctionne. Au contraire, une personne intervenante explique :

Il ne veut pas participer aux ateliers obligatoires, il ne fait pas de recherches, il ne fait pas de démarches... Ça ne sert à rien, parce que le but c'est de l'amener à s'en sortir, mais pas à être sur place ou à faire du surplace.

On rapporte néanmoins que les attentes associées aux démarches ne conviendraient pas à tous. Entre autres, on soulève que « ce n'est pas tout le monde qui est apte à travailler ». Ce contexte ferait en sorte que certaines personnes évitent les ressources d'hébergement proposées dans la région ou se retrouvent « prises » ou « dans l'entre-deux », puisqu'elles sont jugées « trop désorganisés » ou puisque les exigences de l'hébergement font qu'elles ne cadrent nulle part. Une des personnes rencontrées en entrevue estime ceci :

Il y en a qui sont vraiment bien en tentes. Certains travaillent. Il dit clairement : « je ne veux pas suivre les démarches ». Lui, il est confortable là-dedans. On le laisse là-dedans.

Par ailleurs, pour accéder à certaines ressources d'hébergement de transition, on souhaite que les personnes « veuillent », qu'elles soient motivées à « vouloir s'en sortir » et qu'elles le prouvent par leurs actions pour accéder à certaines ressources d'hébergement. À cet égard, une personne intervenante mentionne le cas d'une personne qui ne souhaiterait pas être transférée à un autre hébergement de transition pour des raisons financières :

« Je payerai par exemple 180, et ici je paye 150 », alors qu'il reçoit par mois quelque chose de raisonnable. S'il refusait d'aller là, ça prouve que c'est quelqu'un qui n'a pas envie de faire les pas. Ça prend une personne ici qui a besoin d'apprendre. (...) Mais si toi tu es là, tu ne veux plus faire de démarches, tu veux plus faire de formations, tu fais que chialer, chialer... Alors là, on ne peut plus, tu ne cadres plus dans les services qu'on a.

Le niveau de motivation perçu par la personne intervenante est rapporté comme guidant son intervention et, conséquemment, le possible accès aux ressources de soutien existantes par les personnes à la rue. Certaines personnes rapportent « évaluer si c'est une personne qui aimerait bien s'en sortir » avant de l'accepter dans sa ressource. Elles mentionnent le « sentir » et le « voir » si elle « s'accroche » aux « portes de sorties » qui lui seront proposées. L'idée que les personnes réussissent est à ce point centrale que certains hébergements choisiront de laisser certaines places vacantes en « attente » de trouver les personnes jugées adéquates pour satisfaire à la ressource, et ainsi, éviter que cela cause de torts à l'atteinte des statistiques.

Certaines personnes intervenantes soulignent l'importance d'écouter les besoins des gens et les laisser évoluer à leur rythme, voire les supporter sans vouloir nécessairement changer leur mode de vie. Une personne intervenante rencontrée en entrevue critique notamment qu'on « demande aux gens qu'ils soient autonomes, mais pour leur imposer énormément de règles ». Elle critique d'ailleurs l'important « classement des gens ». Le fait que de

nombreux critères existent pour accepter les gens dans certaines ressources d'hébergement ferait en sorte qu'on choisisse les « meilleurs » et qu'on ne considère pas les personnes « à bas œil » :

On veut tout le temps des succès, on dirait. Dans le manque de services, je trouve que c'est ça, on ne va vraiment pas à bas œil. On va vraiment mettre trop de critères. (...) Souvent, les services décident pour les gens. (...) Il faudrait que les services offrent plus la possibilité aux personnes de mentionner ses besoins, sans nécessairement... Souvent, ils vont dire: « ah oui moi je veux un job », en se disant qu'ils vont entrer facilement.

D'autres personnes intervenantes rencontrées en entrevue contestent toutefois l'idée d'offrir une place permanente et accessible pour les personnes, sans qu'elles aient à la « mériter » via certaines démarches :

Avoir une place permanente pour dormir, est-ce que ça l'encourage de moins faire, de moins vouloir s'en sortir? Il n'y a pas tout le monde qui veut s'en sortir (...). Quand tu n'aimes pas ta vie et que tu ne vois pas plus loin que cela, c'est sûr.

En ce sens, une autre personne explique également que certaines personnes « sont trop déprimées », ce qu'il fait en sorte qu'elles veulent seulement avoir une place où dormir sans entreprendre davantage de démarches. Certaines autres vont aussi responsabiliser les personnes elles-mêmes par rapport à « l'échec » de leur passage dans la ressource de transition :

Il y en a qui s'autosabote aussi, puis c'est une question de choix aussi. On ne met pas toute la responsabilité sur nous, parce que les gens prennent leurs décisions et les choix en conséquence. Ça, ça leur appartient.

Par ailleurs, les enjeux de santé physique ou mentale des personnes ont été rapportés comme ayant une incidence particulière sur leur accès à certains hébergements de transition. Étant donné le fait que les ressources ne soient pas toujours « adaptées », on rapporte que les personnes sont sélectionnées de sorte qu'il « n'y ait pas trop de travail ». On explique également qu'offrir certains soins ne cadre pas avec le mandat de la ressource

de transition. Certaines personnes demeureront ainsi temporairement dans les refuges d'urgence, le temps qu'une solution se mobilise pour elles. Une personne intervenante critique néanmoins l'idée que les personnes se doivent d'avoir des « problèmes », soit des enjeux à travailler, mais qu'on exige à la fois qu'elles n'en aient pas ou, du moins, pas trop, afin d'éviter qu'elles soient considérées comme des cas trop difficiles à supporter. Elle mentionne que certains hébergements de transition souhaitent accueillir « des gens en situation précaire » sans qu'elles aient des enjeux trop importants à adresser, alors que la situation précaire vient souvent avec une problématique de santé mentale ou de dépendance. Ces personnes se retrouveraient ainsi « toujours » dans les refuges d'urgence, ce qui fait en sorte que, malgré l'accès à certains services offerts en santé ou en dépendance, la personne est maintenue et ramenée dans « le même milieu tout le temps », ce qui la voue continuellement à l'échec. La personne intervenante rapporte également être en désaccord avec les attentes imposées aux personnes jugées instables au niveau de leur santé mentale, alors que l'environnement de la personne peut avoir un rôle important à jouer :

Je trouve que ça fait bon pauvre, mauvais pauvre. (...) Une fois que tu les sors (...), je pense qu'il y a quand même des chances de réussites. Je pense qu'on va juger trop rapidement. (...) Il y en a que c'est vrai qu'ils ont une santé mentale vraiment, vraiment fragile, puis que peut-être il faudrait des établissements adaptés à eux, mais je pense que la majorité mérite peut-être *une chance*. (...) La seconde où tu lui laisses cette chance-là, tu vas peut-être quelqu'un de complètement différent. Tu vas peut-être lui offrir quelque chose qu'il n'a jamais eu dans sa vie.

Certains hébergements exigent également que les personnes vivant avec une situation de santé mentale ou une dépendance en soient « conscientes » et, conséquemment, qu'elles prennent les mesures nécessaires pour la « traiter » par le biais de la médication ou la réduction des méfaits :

Avec la gestion des lits, on sait que la personne veut un logement, on va d'abord voir si un problème de santé mentale a été diagnostiqué. Si oui, qui qui suit? Est-ce que c'est traité ou non traité? Est-ce que c'est médicamenté

ou non médicamenté? (...) Des fois, quand elle en prend un tout petit peu ça la calme. Donc, il faut d'abord que la personne soit consciente de ça.

Les personnes qui ne cadrent pas avec les critères d'admission aux services d'hébergement de transition et les attentes qui s'en suivent seront parfois perçues par ces services comme des « causes perdues ». Considérant la pression à ce que les personnes suivent adéquatement le continuum de services et ne récidivent pas en réutilisant plusieurs fois un même hébergement, certaines personnes se retrouveraient « dépourvues de ressources », puisqu'elles ne « remonteront pas dans la roue », et ce, « avant un bout ». Au fil du temps, celles se retrouvant systématiquement rejetées par les services demeurent, parfois des décennies, institutionnalisées ou à la rue et finissent même par en mourir. Certains hébergements communautaires justifient ainsi le fait d'être plus « sévères » dans la sélection de candidats pour éviter que les personnes vivent « des échecs » et se rendent au point de « brûler tous les services ». Notamment, on présuppose que les personnes jugées comme « pas stables » au niveau de la santé mentale résultent la plupart du temps en « un échec », d'où la nécessité que la personne soit véritable prête afin d'éviter qu'elle « redescende dans le système » et soit confrontée à « des délais », pouvant aller jusqu'à trois mois, six mois ou un an, pour « pouvoir remonter ». Une personne rencontrée en entrevue critique cette façon de faire, en soulignant le fait qu'elle manque de flexibilité et permet difficilement aux personnes de pouvoir changer :

J'ai eu des personnes référées admettons qui ont eu accès à ce service-là. Ça n'a pas marché, *crissés out*. Aucune chance qui n'y retourne jamais, *t'sais*. Comment est-ce qu'on explique à la personne que, il n'y a plus d'espoir pour toi mon *chum*. Personne ne croit en toi maintenant. (...) Puis comment on fait pour réintégrer cette personne-là dans les services? Parce que si on ne fait pas des efforts pour les réintégrer, bien ils vont être toujours en brisure avec les services. Puis nous, on va aller les ramasser, on va essayer de leur parler des services, puis c'est la crise-là.

Les attentes importantes à l'intégration des ressources d'hébergement de transition créent également des blocages pour les personnes intervenantes œuvrant en partenariat avec

celles-ci. En effet, ces dernières se vont éviter de référer des personnes avec des problématiques plus grandes et vont même leur « fermer des portes », par crainte que cela affecte leur réputation auprès de ces ressources d'hébergement communautaire.

Par ailleurs, les contraintes et préjugés favorables à l'acceptation de certains groupes de personnes plutôt que d'autres se manifestent au sein de tables de concertation dédiées à relocaliser les personnes en situation d'itinérance dans les différentes ressources de la région. Alors qu'on a tendance à individualiser les difficultés et les chances de « s'en sortir », les personnes seules se retrouvant à la rue auraient, paradoxalement, plus difficilement accès aux mesures d'urgence en itinérance. Une personne intervenante déclare à cet effet le cas d'une personne seule qui était en attente pour obtenir un logement social depuis plus d'un an :

Puis moi, je leur ai dit : « pour vrai c'est urgent, il ne va pas passer l'hiver, encore. Il commence à avoir des idées suicidaires par rapport à ça ». (...) On m'a demandé: « Il est tu seul? ». J'ai dit « oui ». Elle m'a dit: « bien, ce n'est pas urgent ».

Au contraire, on rapporte que les familles sont un groupe de personnes qui « touche plus les gens ». Une attention particulière serait donc portée à leur dossier. Une personne intervenante est d'avis que cela est une forme de « favoritisme », alors que peu de solutions sont proposées pour les personnes ayant davantage de problématiques en santé mentale ou en dépendance. Les situations de ces dernières seraient considérées comme « banales » :

C'est comme: ah c'est un autre. Ils sont plus traités en numéro. (...) On a des objectifs à remplir, on n'arrive pas à atteindre nos objectifs en gardant telle ou telle personne.

On rapporte d'ailleurs cette réalité auprès de femmes en situation d'itinérance. Plusieurs se voient refuser une place dans les refuges dédiés à la violence conjugale étant donné que le manque de place persistant amène à ce qu'on juge l'urgence de la situation de chacune. Plusieurs femmes sont jugées comme n'étant pas « tant en danger » dans le « ici, maintenant », ce qui tend souvent à « diminuer » les situations vécues par celles-ci.

En conséquence, des personnes rencontrées en entrevue rapportent que plusieurs personnes à la rue vivent une perte de confiance envers les institutions et les services considérant le fait qu'elles aient « tellement été critiquées » dans le passé et étant donné les « mille ponts à traverser et frontières à défaire » pour finalement parvenir à obtenir une place en logement. Le fait également que les institutions, notamment celles offrant du logement social, se « barrent à des détails » et manquent de flexibilité, évite que les personnes aient une voix dans ces milieux, ce qui contribuerait à des formes de « ruptures » avec ces services. Les personnes dans cette situation vivraient en effet beaucoup de « frustrations » considérant le manque d'humanité dans les ressources ayant participé à les classer, informellement, comme « mauvais pauvres ».

4.3.2. Préjugés et stigmatisation

Au sein de la société, il existerait également certains stigmates faisant en sorte que les personnes en situation d'itinérance ont plus difficilement accès à un logement que d'autres personnes. Les propriétaires des logements « fuiraient » et refuseraient systématiquement d'accepter des personnes ayant une « subvention du *PSL* ». Certaines personnes rencontrées considèrent que cela s'explique par le fait que les propriétaires aient pu avoir « de mauvaises expériences dans le passé » ou qu'ils souhaitent éviter d'avoir « des répercussions sur leur logement ». Le fait que la personne puisse être accompagnée d'une personne intervenante diminuerait notamment les chances de succès pour obtenir un logement, considérant que les personnes œuvrant dans les organismes sont reconnues comme étant « un peu plus dures à négocier des augmentations de loyer ». Une personne intervenante explique :

Le trois quart des gens, c'est une phrase à éviter: « j'habite au *refuge d'urgence* ». Mais, en même temps, c'est comme une question qu'on va te poser: « tu habites où? ». (...) Il faut quasiment que tu demandes à la personne de mentir, t'sais.

Il existe également certains enjeux de cohabitation et d'acceptabilité sociale pouvant complexifier l'accès des personnes étant en situation d'itinérance et ayant des enjeux de santé aux services. Certaines personnes rencontrées, étant à la direction ou à la coordination

d'un hébergement communautaire, rapportent que la cohabitation entre les différents groupes de personnes est un enjeu auquel elles sont confrontées. Elles expliquent que parfois, une personne qui consomme, qui ne va pas bien au niveau de sa santé mentale ou qui est jugée comme désorganisée ou instable, peut alors affecter tout le reste de la communauté. On souligne alors l'importance de penser au pairage pour ne pas « désorganiser » les autres personnes, lesquelles sont également jugées comme tout autant fragilisées.

De plus, l'acceptabilité sociale des personnes en situation d'itinérance est un enjeu se manifestant aussi au sens plus large au sein de la société. Certaines personnes intervenantes en itinérance rapportent que l'acceptabilité sociale conditionne l'accès des personnes aux espaces publics et aux services de la ville. Cet aspect, qui nécessite de déconstruire certains stigmates entourant l'itinérance, est considéré essentiel pour permettre ou favoriser l'usage des services des personnes dans le besoin. Cela implique également d'offrir aux personnes en situation des espaces et des lieux d'intimité pour les personnes qui évitent de les stigmatiser. Par exemple, une personne intervenante donne l'exemple de l'existence d'une douche accessible aux personnes en situation d'itinérance qui se situe à même l'édifice d'une institution publique de santé. Les personnes en situation d'itinérance peuvent choisir de ne pas l'utiliser, malgré leurs besoins, pour éviter de se sentir stigmatisées. Elle explique ceci :

Bien le besoin de se laver, il me semble c'est comme (...) normal. La moindre des choses, c'est que tu ailles accès à une douche... que tu ailles accès à une douche sans te faire juger, sans te faire stigmatiser, comme... Que ce ne soit pas nécessairement dans *une institution publique de la santé!*

Étant donné le peu d'alternatives existantes, les personnes tenteront alors d'accéder à d'autres lieux qu'elles jugent moins stigmatisants :

J'ai quelqu'un qui m'a dit qu'il allait (...) prendre sa douche à la piscine. Là, moi je vois ça venir, puis je me dis : « ouais, ça va prendre combien de temps avant que quelqu'un m'appelle pour me dire qu'il y a un itinérant qui va se laver dans piscine? ». C'est ridicule.

Cette même personne soulève qu'il existe peu de lieux informels où « la porte est ouverte », que ce soit pour venir se réchauffer ou prendre un café. On rapporte au contraire que, même dans les parcs, les personnes se font systématiquement « ramassées par le police » pour se faire amener dans les refuges d'urgence. Ce type de lieu ne serait néanmoins pas jugé comme étant « la meilleure place » pour certaines personnes ne souhaitant pas y aller. La personne intervenante rencontrée soulève ainsi ce paradoxe :

Pourquoi est-ce que c'est tant compliqué d'avoir accès à un toit? Alors que ces personnes-là, on veut tout le temps pas les voir; on veut qu'ils soient loin; on va intervenir quand on les voit dans un parc avec toutes leurs affaires.

Les enjeux d'acceptabilité sociale dans la ville iraient aussi jusqu'à avoir des impacts importants sur les options disponibles où mettre en œuvre certaines ressources d'hébergement. En effet, le phénomène du « Pas dans ma cours » véhiculé dans la société ferait en sorte de limiter les possibilités de créer des services adaptés aux personnes à la rue qui soient acceptés par le voisinage. On dénote en ce sens un désinvestissement et un manque de partenariats entre les organismes et certaines instances publics pour gérer ce type de situations. C'est par exemple le cas des projets de halte-chaleur dans la ville qui voient leur existence être constamment menacée, et ce, notamment dû aux difficultés de trouver un local approprié et situé à un endroit accepté socialement. On soulève néanmoins l'importance de ces lieux de survie dans la ville et de l'importance qu'il y en ait plus d'un :

Ça nous permettait d'envoyer ceux qui avaient besoin plus de repos, parce qu'il y avait des gens qui criaient à *l'une des haltes*. Ou versus, les gens plus en crise à *une halte*, on pouvait les envoyer à *l'autre* pour qu'ils se calment.

Cette tendance voulant imposer un certain nombre d'attentes au sein des hébergements communautaires se manifesterait également dans le secteur public de la santé. Bien que certains services de suivis intensifs en santé ou en services sociaux puissent accélérer le processus pour que certaines personnes aient accès à un logement social et soient placées en l'espace de six mois, on rapporte que les attentes pour ce faire soient importantes et manquent de flexibilité. Ne pas avoir complété une démarche ou manquer un rendez-vous

peut faire en sorte que la personne voit son suivi annulé. Une personne intervenante explique que ces services ne sont pas adaptés aux modes de vie des personnes :

En logement, il risque fortement de plus aller à ses rendez-vous, puis de vouloir peut-être à un moment donné avoir un travail. Je pense qu'il faut laisser un petit *break* entre les deux.

On rapporte également que plusieurs personnes en situation d'itinérance sont davantage réfractaires à obtenir certains soins ou services, comme ceux en thérapie, étant donné la « peur de se faire étiqueter » et la « peur de se rendre à l'hôpital ». Les personnes en situation d'itinérance ayant souvent eu des « expériences difficiles » avec le milieu de la santé éviteraient d'aller consulter pour des enjeux de santé, même s'ils sont importants, voire urgents. Une personne intervenante rapportant avoir elle-même assistée à de la violence en milieux hospitaliers explique :

Si tu t'es fait attacher à l'hôpital la dernière fois que tu y as été, ça va tu te tenter d'y aller si t'as mal à tête? Moi, je sais que tu ne vas pas te faire attacher cette fois-là, mais toi, tu vas penser que oui! C'est un trauma. Ça peut devenir un trauma là, la violence que tu vas vivre à l'hôpital. Parce que tu es en crise là, puis on t'attache, bien ça, c'est assez pour te décourager d'y aller toute ta vie. As-tu été plus aidé après quand tu as été détaché? Tu te sentais tu mieux? (...) Je n'ai même pas encore de mots pour nommer ça.

Les personnes consommatrices ou ayant un enjeu de santé mentale se feraient plus souvent « étiqueter » et recevraient, rapporte-t-on, parmi « le pire traitement », alors même qu'elles ont de grands besoins de services. Également, on rapporte que les personnes séropositives se sentent stigmatisées au sein même des services de soins de santé. On nomme le fait que le personnel soignant est peu « sensibilisé » et interagit avec les personnes séropositives en les faisant sentir comme « dégueulasses ». De plus, il est rapporté que le personnel soignant dans les services en santé mentale prend rarement au sérieux les difficultés et demandes des personnes en raison de leur statut d'itinérance ou de leurs diagnostics. Une personne intervenante rapporte qu'on banalise l'urgence de leur état une fois qu'elles obtiennent des soins :

« Ah ce n'est pas grave, qu'ils se suicident ce n'est pas... Ça ne change rien ». On dirait que, *puisque* ils ne prennent pas de douche à tous les jours, ça crée des préjugés (...). Ils les prennent à l'hôpital et ils les renvoient le lendemain. C'est dans la population générale aussi, mais eux, on dirait qu'ils sont plus marginalisés à cause de ça. Ils ne veulent pas aller à l'hôpital quand ils ont des blessures graves, parce qu'ils ne se font pas prendre au sérieux.

Ainsi, le fait de banaliser les conditions de santé des personnes en situation d'itinérance ou ayant des problématiques de santé mentale peut faire en sorte qu'on ne leur offre pas toujours les soins dont elles auraient besoin, puisqu'on ne les « croient » pas. Certaines personnes rencontrées estiment néanmoins que plusieurs situations qui mériteraient d'être adressées sont parfois ignorées, puisqu'elles ne sont pas jugées comme assez « urgentes », « graves » ou « imminentes ». Les « jugements » et les « étiquettes » qui génèrent cette banalisation agiraient ainsi comme un ombrage diagnostique aux problèmes et besoins de la personne pour lesquels elle est venue consulter. Certaines personnes intervenantes témoignent que la déresponsabilisation et le manque de collaboration ou de prise au sérieux de certaines situations de la part des services publics fait en sorte qu'on se contente de « relâcher » les personnes à la rue, bien que cela contribue à les placer ou à les maintenir en situation de danger. Les enjeux limitant tant l'utilisation des soins par les personnes et l'offre de soins appropriés par le système de la santé mettent alors leur santé « en jeu ».

Comme nous l'avons vu, les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge des personnes nécessitant des soins au sein des hébergements communautaires en itinérance sont multiples. Elles sont particulièrement interdépendantes et se nourrissent entre elles. Nous avons pu le constater par la manière dont les enjeux structurels entourant la crise du logement et le manque de ressources communautaires et publics en hébergement et en santé ont des impacts sur la nature des services qui sont alors offerts ainsi que la sélection ou le traitement informels des personnes en étant prestataires. Par ailleurs, les stigmas et préjugés véhiculés en société au sujet de l'itinérance et du handicap participent aussi à responsabiliser individuellement les personnes en supportant l'idée qu'être « dépendant » est à éviter à tout prix, et qu'au contraire, tous se doivent autonomes pour répondre aux attentes de performance et de rentabilité de la société néolibérale. Nous

discuterons plus en profondeur de ces enjeux en les liant à la littérature scientifique dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 5 - Discussion

Nous ferons ici un retour sur les principaux résultats d'entrevue en les mettant en dialogue avec les différents écrits scientifiques ayant étudié les déterminants sociaux de la santé et le phénomène de l'itinérance. Ce mémoire avait pour objectif de mieux comprendre les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge des personnes en situation d'itinérance au sein du milieu communautaire. À l'aide d'entrevues auprès d'intervenants œuvrant en itinérance à Gatineau, une première conclusion se dégage : le désengagement de l'État néolibéral sur les questions sociales, notamment en faveur de l'accessibilité à des logements abordables, au financement des milieux communautaires et à une offre de soins adaptés aux réalités complexes et multiples, contribue à précariser l'accès à des milieux de vie offrant un soutien et une qualité de vie adéquats pour les personnes plus marginalisées. Ces barrières structurelles agissent comme des déterminants sociaux de la santé important, en participant, conséquemment, à la détérioration de leurs états de santé. Le processus menant à cette conclusion implique de se pencher sur plusieurs enjeux interreliés. Ce chapitre s'articulera ainsi autour de trois points de discussion. Le premier se penchera sur les impacts de la nouvelle gestion publique sur les milieux communautaires dans l'accès structurel aux soins et aux milieux de vie jugés adéquats. Nous verrons ensuite de quelle manière ces enjeux structurels a) s'articulent dans les dynamiques sociales entre les récipiendaires des soins et des services et les acteurs les prodiguant et b) contribuent à entretenir des stigmates afin de répondre aux exigences de la nouvelle gestion publique. Finalement, les états de santé précarisés par ce contexte seront étudiés comme résultats de la violence structurelle vécue par les personnes qui se voient maintenues dans des conditions de vie difficiles et qui voient leur accès aux soins de santé se complexifier.

5.1. La nouvelle gestion publique comme trame de fonds : entre effritement du tissu social, État minimal et injonction de performance

Ce mémoire a permis de mettre de l'avant la manière dont les organismes communautaires deviennent des leviers sur lesquels repose l'État pour agir sur l'itinérance et les enjeux de santé qu'elle sous-tend. En effet, certains organismes communautaires à Gatineau voient leur logique d'action être de plus en plus intégrée à la nouvelle gestion publique et son

système de valeurs. Les valeurs néolibérales tendent en ce sens à imposer une responsabilité aux organismes communautaires, qui se trouvent à devoir pallier le manque de ressources publiques, et ce, tout en répondant à des injonctions de performance (d'efficacité et d'efficacités) mesurables statistiquement. Ces témoignages, qui mettent en lumière de manière concrète le processus de désengagement du secteur public, font écho à la littérature scientifique sur le sujet (Foisy & *al.*, 2015 ; Parazelli, 1990). Les organismes communautaires vivent d'importantes tensions au sein même de leur organisation ou avec celles partenaires du fait des pressions qu'on leur impose. En effet, on les incite à prendre en charge des problématiques toujours plus grandes qui dépassent souvent leurs mandats et on les contraint à déployer leurs services sous certaines procédures d'intervention standardisées afin d'atteindre des cibles de résultats. Les études sur le sujet rapportent l'existence de ces pressions (Bergeron-Gaudin, 2019; Gonin & *al.*, 2012 ; Parazelli, 1990), et leurs impacts sur les intervenants sociaux œuvrant dans ces programmes (Grenier & *al.* 2013). Cet aspect en est un qui a particulièrement été soulevé dans les résultats de recherche qui soulèvent de nombreuses difficultés à accueillir des personnes nécessitant une assistance plus grande étant donné la charge importante et difficile de travail portée par les personnes intervenant en itinérance.

5.2. Une double marginalisation : les effets de la nouvelle gestion publique sur l'exclusion et la stigmatisation des personnes

Une conception managériale des problèmes sociaux, présente au sein des organismes communautaires, tend à individualiser ces enjeux aux difficultés rencontrées. La promotion d'une logique d'évaluation de la performance statistique des organismes communautaire est aussi reconnu comme contribuant à la marginalisation ou l'exclusion des personnes bénéficiaires des services (Gonin & *al.*, 2013). Les résultats montrent que la « sélection informelle » des personnes en situation d'itinérance au sein de la gestion des hébergements communautaires résulte d'un contexte d'austérité qui contribue à l'exclusion des personnes les plus vulnérables, qui ne répondent aux attentes pour l'obtention d'un logement.

Ce contexte participe à entretenir certains stigmates et étiquettes envers les personnes en situation d'itinérance. L'idée qu'il existe ce type de sélection informelle des personnes au

sein même des hébergements communautaires en itinérance, afin de répondre aux exigences de la nouvelle gestion publique, est rarement nommée (voir à ce sujet, notamment Namian, 2020). À certains égards, elle participe néanmoins à entretenir une certaine responsabilisation individuelle des difficultés rencontrées par les personnes ainsi que des conceptions stigmatisantes des personnes à la rue.

Comme nous l'avons vu, nombreuses des conceptions sociales véhiculées dans ce mémoire sont associées à l'idée que les individus sont autonomes et responsables de leur santé (Côté, 2012; Rivest, 2017). Les personnes en situation d'itinérance sont donc conçues en ce sens, comme des « entrepreneurs de soi » (Namian, 2012a) : elles doivent s'assurer d'utiliser des stratégies satisfaisantes pour assurer une « gestion efficace » de leur vie en société et de leurs difficultés (Clément, 2020). Certains répondants ont néanmoins soulevé que plusieurs personnes détenant des enjeux de santé importants ne parviennent pas à répondre à ces attentes, ce qui participe à chroniciser toujours davantage leurs conditions. Notamment, du fait de plusieurs facteurs, dont la désinstitutionnalisation, le manque de ressources matérielles et humaines et la coordination inefficace des services liés à la santé mentale, certaines personnes nécessitant des soins se retrouvent ainsi dans un vide de services et sont alors « déchargées » dans les refuges d'urgence communautaires dans un environnement inadapté (Aubry et al., 2014 ; Namian, 2012b). Comme nous avons pu le constater via les résultats de recherche, les personnes vivant des problématiques multiples sont ainsi difficilement prises en charge tant par les milieux publics et institutionnels que par les hébergements communautaires qui évitent de « sélectionner » les personnes qui nécessitent « trop de travail ».

Par ailleurs, les individus qui répondent davantage aux attentes normatives ont plus de chance de se faire offrir des portes de sortie à l'itinérance, alors que ceux n'étant pas en mesure de prouver leur volonté à s'activer et à « vouloir s'en sortir » se retrouvent marginalisés doublement par les services d'aide en hébergement de transition et en logement. En conséquence, certains groupes de personnes catégorisés comme plus importants ou méritants se font offrir des mesures d'aide, au détriment de d'autres jugées plus « dépendantes », tels que les personnes plus âgées, celles seules ou celles ayant des

enjeux de santé importants (Lyons & Smedley, 2021). En ce sens, la littérature scientifique soutient pareillement l'incidence significative des enjeux d'activation et d'investissement social sur la mise en œuvre de protections sociales ou de mesures d'aide. L'incidence de ces facteurs influencerait les taux de pauvreté des personnes et des ménages participant à l'économie marchande ou étant considérés comme plus rentables (Éditions de l'OCDE, 2021 ; Berlant, 2007 ; Tremblay, 2006 ; Vrancken, 2006 ; Palier, 2005).

Enfin, cette étude rapporte que certaines personnes jugées comme « problématiques » évitent d'utiliser les services d'hébergements communautaires existants. Comme le rappelle la littérature sur le sujet, certaines personnes souhaitent en effet éviter les services d'aide offerts afin de maintenir une certaine distance aux représentations véhiculées de l'itinérance les catégorisant comme dépendantes et, en quelque sorte, diminuées (Rayburn & Guittar, 2013). La pression exercée par les attentes associées au fait d'être autonome et rentable pour la société représenterait donc une barrière importante à non seulement à la prise en charge mais aussi à l'utilisation des services par les personnes elles-mêmes.

5.3. États de santé précaires des populations : une violence structurelle

L'insécurité résidentielle constitue un facteur de risque important à la santé des personnes, notamment chez celles hébergées dans des refuges souvent surpeuplés ou à même la rue (Ety et al., 2022 ; Pakzad et al., 2015 ; Mikkonen & Raphael, 2010). En effet, le stress physique et physiologique quotidiennement vécu par les personnes en situation d'itinérance fait en sorte qu'il existe une prévalence significative de plusieurs conditions de santé dans les milieux où elles sont hébergées (Pakzad et al., 2015 ; Mikkonen & Raphael, 2010). Ce mémoire a permis en ce sens de révéler les impacts d'une crise du logement sur l'augmentation du nombre de personnes en situation d'itinérance.

Il a aussi été possible de mettre au jour l'incidence les impacts des enjeux d'instabilité résidentielle et de pauvreté sur la prise en charge des personnes, aux prises avec des problèmes de santé et qui nécessitent une assistance plus grande. En effet, les personnes ayant des conditions de santé nécessitant des soins ont peu d'options qui leur permettraient de se sortir de la rue. De plus, ce mémoire a permis de montrer que les personnes présentant

des enjeux de santé mentale et de dépendance sont particulièrement marginalisées des hébergements de transition en itinérance ainsi que des services d'aide en santé. Ce constat va en concordance avec la littérature qui rapporte que la coordination des services publics faille à soutenir les personnes présentant plus d'un enjeu de santé, étant donné que les mesures d'aide sont souvent compartimentées et ne traitent alors que d'une problématique à la fois bien que (Bonin et al., 2006; Deschênes et al., 2021; Koon et al., 2010; McNeill et al., 2022).

En plus du fait que l'accès aux soins des personnes en situation d'itinérance soit précarisé par la nature organisationnelle de l'offre des services en santé, ce mémoire a contribué à identifier l'existence de contraintes sociales qui participent à les marginaliser et à limiter leur utilisation des services de soins de santé. Plusieurs études rapportent des expériences négatives vécues par les personnes au sein du système de santé (Deschênes et al., 2021; Kim et al., 2007; Pakzad et al., 2015). Ce mémoire va dans le même sens en montrant que les personnes vivent de mauvais traitements en santé du fait de leur situation d'itinérance, lesquels contribuent à ce qu'elles développent une certaine méfiance envers les institutions publiques. Ce mémoire a permis également de révéler l'existence d'une méfiance de la même nature envers les organisations communautaires œuvrant en itinérance en raison des exigences d'admission qui entretiennent leur stigmatisation.

L'existence de ces barrières sociales et structurelles a des impacts sur la prise en charge des personnes en situation d'itinérance de manière à reproduire systématiquement l'existence de « perdants » et de « gagnants » pour l'accès aux soins et à des milieux de vie adéquats. Les taux de mortalité étant reconnus comme particulièrement élevés en itinérance (McNeill et al., 2022; Bourgeois-Guérin & al., 2020; Roncarati & al., 2020; Eynard, 2019; Romaszko & al., 2017; Gagné & al., 2013; Street Health, 2006; Hwang, 2001), ce mémoire a permis de mettre au jour que, du fait des barrières structurelles et sociales d'accès à des soins et à des conditions de vie adéquates, les personnes, dont notamment celles présentant un handicap, voient leurs états de santé se dégrader rapidement à la rue ou au sein des hébergements communautaires en itinérance. Comme il l'a été soulevé dans la littérature scientifique (Berlant, 2007; Gauthier et al., 2014; Raphael & Bryant, 2022; Taylor, 2013),

les structures tendent à être aménagées de façon à offrir des conditions de vie viables à certains groupes de personnes, au détriment de d'autres qui sont alors normativement maintenus dans des conditions inadéquates et menant à leur mort : on peut alors conclure à une forme de violence structurelle, perpétuée par l'inaction des gouvernements.

BIBLIOGRAPHIE

- Agier, M. (2013). Le campement urbain comme hétérotopie et comme refuge. Vers un paysage mondial des espaces précaires. *Brésil (s). Sciences humaines et sociales*, (3), 11-28. <http://journals.openedition.org/bresils/385>
- Allyson, Janick et Lynda Gagnon (2021). L'accès au logement et l'itinérance sur le territoire transfrontalier : un enjeu de vases communicants. Dans C. Doucet (dir.), *Situation transfrontalière de l'Outaouais et de l'Est ontarien : impacts et opportunités*, Observatoire du développement de l'Outaouais, <https://odooutaouais.ca/projetsmajeurs/situation-frontalieres-de-loutaouais/>
- Association canadienne de santé publique. (2017). *La santé publique : Un cadre conceptuel*.
- Aubry, T., Ecker, J., & Jetté, J. (2014). Supported Housing as a Promising Housing First Approach for People with Severe and Persistent Mental Illness. Dans M. Guirguis-Younger, R. McNeil, & S. W. Hwang, *Homelessness and health in Canada* (p. 33). Univ. of Ottawa Press.
- Baillergeau, E. et Bellot, C. (2007). « Les effets croisés des politiques et des pratiques », dans *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 13-32, 258 p.
- Baum, F. E., Bégin, M., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2009). Changes Not for the Fainthearted : Reorienting Health Care Systems Toward Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1967-1974. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.154856>
- Belhadi, K. (4 mars 2022). Motel Montcalm | Mike Duggan souhaite voir les usagers quitter. *TVA Gatineau/Ottawa*. <https://tvagatineau.ca/?p=12387>
- Bellot, C., & Rivard, J. (2017). Repenser l'itinérance au féminin dans le cadre d'une recherche participative. *Criminologie*, 50(2), 95-121. <https://doi.org/10.7202/1041700ar>
- Bellot, C., Sylvestre M.-È., & St-Jacques, B. (2013) « Construire un problème social. Et pourquoi pas ? Le cas de la judiciarisation de l'itinérance », chapitre 11, dans Marcelo OTERO et Shirley ROY (dirs), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la nonconformité*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 207-227, 394p.
- Bergeron-Gaudin, J.-V. (2019). L'organisation communautaire en travail social au Québec : origines, trajectoire et tensions. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 80–99. <https://doi.org/10.7202/1066102ar>
- Berlant, L. (2007). Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency). *Critical Inquiry*, 33(4), 754-780. <https://doi.org/10.1086/521568>
- Bernheim, E. & al. (2023). Gatineau manque à ses obligations en matière d'itinérance. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/783255/libre-opinion-gatineau-manque-a-ses-obligations-en-matiere-d-itinerance?fbclid=IwAR33WP-3_h6bztiL1jDuF7SoAOJsu5n0bx8AEG6_1FYq0kdznKVfxhL3BQ4
- Bonin, J.-P., Fournier, L., Blais, R., & Perreault, M. (2006). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 4(2), 211-248. <https://doi.org/10.7202/012604ar>
- Bonin, J.-P., Fournier, L., & Girard, V. (2015). Chapitre 4 : L'itinérance et la dépendance. Dans S. Bergheul, *Regards croisés sur l'itinérance*, 75.

- Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Sedigh, G., Silva, E. E. & Sucha, E. (2015). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (6), 66–81. <https://doi.org/10.7202/1033190ar>
- Bourgeois-Guérin, V., Grenier, A., Bourgeois-Guérin, É., Sussman, T., & Rothwell, D. (2020). « Vieillir dans la rue » : Interprétations du temps par les aînés en situation d’itinérance. *Revue québécoise de psychologie*, 41(2), 83-104. <https://doi.org/10.7202/1072288ar>
- Bourque, M., Grenier, K., Grenier, J., & Thibault, S. (2019). Le régime de citoyenneté et l’itinérance des femmes. Des parcours semés d’embûches. *Reflets*, 25(1), 133-153. <https://doi.org/10.7202/1064671ar>
- Brown, M., & McCann, E. (2021). Homelessness and people with intellectual disabilities: A systematic review of the international research evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(2), 390-401. <https://doi.org/10.1111/jar.12815>
- Burns, V. (2018). Les personnes âgées en situation d’itinérance : Des individus marginaux de longue date ? Dans V. Billette, P. Marier, & A.-M. Séguin, *Les vieillissements sous la loupe : Entre mythes et réalités*.
- Burns, V., Grenier, A., Lavoie, J.-P., Rothwell, D., & Sussman, T. (2013). Les personnes âgées itinérantes—Invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l’itinérance. *Frontières*, 25(1), 31-56. <https://doi.org/10.7202/1018230ar>
- Burns, Victoria, Grenier, Amanda, Lavoie, Jean-Pierre, Rothwell, D. & Sussman, T. (2012). Les personnes âgées itinérantes — invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l’itinérance. *Frontières*, 25(1), 31–56. <https://doi.org/10.7202/1018230ar>
- Campeau, P. (2000). La place des facteurs structurels dans la production de l’itinérance. Dans D. Laberge, *L’errance urbaine : Collectif de recherche sur l’itinérance, la pauvreté et l’exclusion sociale*, Les Éditions MultiMondes inc.
- Canada, Emploi et Développement social Canada. (2019). *Faits saillants : Résultats préliminaires du deuxième dénombrement ponctuel de l’itinérance dans les communautés canadiennes coordonné à l’échelle nationale*. https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2019/19-37/publications.gc.ca/collections/collection_2019/edsc-esdc/Em12-25-2018-fra.pdf.
- Carde, E. (2020). Les inégalités sociales de santé : Décryptage d’un concept. *CREMIS*, 12(1). <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/les-inegalites-sociales-de-sante-decryptage-dun-concept/>
- CISSSO – Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Outaouais. (25 mars 2022). Communiqué de presse : Renouvellement du projet Montcalm. <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/2022-03-25-Communique-de-presse-Renouvellement-du-projet-Montcalm.pdf>
- Chesnay, C., Bellot, C., & Sylvestre, M.-È. (2014). Judicialisation des personnes itinérantes à Québec : Une géographie des pratiques policières répressives au service de la revitalisation. *EchoGéo*, 28. <https://doi.org/10.4000/echogeo.13826>
- Clemens, K. K., Ouédraogo, A. M., Le, B., Voogt, J., MacDonald, M., Stranberg, R., Yan, J. W., Krayenhoff, E. S., Gilliland, J., Forchuk, C., Van Uum, R., & Shariff, S. Z. (2022). Impact of Ontario’s harmonized heat warning and information system on emergency department visits for heat-related illness in Ontario, Canada : A population-based time series analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 113(5), 686-697. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00665-1>

- Clément, J. (2020). La fabrique des subjectivités en contexte néolibéral : La fiction de l'individu entrepreneur de lui-même face au sujet de la psychanalyse: *Cahiers de psychologie clinique*, n° 55(2), 143-163. <https://doi.org/10.3917/cpc.055.0143>
- Côté, P.-B. (2012). Besoins et droits : deux modèles de politiques sociales en itinérance au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 151–167. <https://doi.org/10.7202/1016353ar>
- CREO - Conférence régionale des élus Outaouais. (2012). « Portrait de l'habitation en Outaouais : Rapport final », *CREO*, p.1-105.
- CRIO - Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais. (Sous presse). *13e Bulletin Du CRIO : Noir sur blanc 2022*, Noir sur blanc.
- CRIO - Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais. (2022). *12e Bulletin Du CRIO : Noir sur blanc 2021*, Noir sur blanc. <http://lecrio.org/wp-content/uploads/2022/03/NSB-CRIO-2020-2021-final.pdf>
- CRIO - Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais. (2021). *11e Bulletin Du CRIO : Noir sur blanc 2018-2020*, Noir sur blanc. <http://lecrio.org/wp-content/uploads/2021/05/NSB-CRIO-2018-2020.pdf>
- CRIO - Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais. (2016). *Huitième Bulletin Du CRIO : Noir sur blanc 2015*, Noir sur blanc. <http://lecrio.org/wp-content/uploads/2020/04/Noir-sur-blanc-2015.pdf>
- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J., & Choquet, M. (2007). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : Observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179-194. <https://doi.org/10.7202/014458ar>
- Deschênes, J., Roy, L., Girard, N., & Abdel-Baki, A. (2021). Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 189-216. <https://doi.org/10.7202/1088183ar>
- Éditions de l'OCDE, C. (2021). 2. Améliorer le bien-être des Canadiens. *Études économiques de l'OCDE*, 3(3), 70-145. Cairn.info.
- English, T., Larkin, M., Vasquez Hernandez, A., Hutton, J., & Currie, J. (2022). Heat Illness Requiring Emergency Care for People Experiencing Homelessness : A Case Study Series. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16565. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416565>
- Etty, M.-C., Michaelsen, S., Yelle, B., Beaulieu, K., Jacques, P., Ettaleb, S., Samaha, D., Tousignant, B., & Druetz, T. (2022). The sociodemographic characteristics and social determinants of visual impairment in a homeless population in the Montreal area. *Canadian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00676-y>
- Eynard, C. (2019). Vieillir dans la rue : une forme de vulnérabilité spécifique ?. Dans : Colette Eynard éd., *Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables : Les nouvelles catégories de l'âge* (pp. 105-131). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.eynar.2019.01.0105>
- Fallaize, R., & Lovegrove, J. (2022). Nutrition in marginalised groups. *Social Determinants of Health*, 15.
- Foisy, D. & Duperré, M. (2015). « L'organisation communautaire : pratique de changement social », chapitre 7, dans J.-P. Deslauriers & D.Turcotte, *Introduction au travail social*. Québec : Presses de l'Université Laval, p. 159 à 176, 355 p.
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Garcia, P., Unützer, J., Hough, R., & Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 Patients With Serious Mental

- Illness in a Large Public Mental Health System. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370-376. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.370>
- Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU). (2022). *Pour le droit au logement : Il faut prioriser le logement social !* Communauté métropolitaine de Montréal (CMM).
- Gaetz, S., Dej, E., Richter T. & Redman, M. (2016). *The state of homelessness in Canada 2016*, Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Gagné, J. & Poirier, M. (2013). Vieillir dans la rue. *Relations*, (767), 33–35.
- Gagnon, Lynda et Stéphanie Ayotte (2021). Soins de santé : une interdépendance asymétrique entre l'Outaouais et l'Est ontarien. Dans C. Doucet (dir.), *Situation transfrontalière de l'Outaouais et de l'Est ontarien : impacts et opportunités*, Observatoire du développement de l'Outaouais, <https://odooutaouais.ca/projets-majeurs/situationfrontalieres-de-loutaouais/>
- García-Vinuesa, A., González-Gaudio, E. J., & Meira Carrea, P. Á. (2022). La dimension politique de l'éducation au changement climatique en temps de COVID-19. *Éducation relative à l'environnement. Regards - Recherches - Réflexions*, Volume 17-2, Article Volume 17-2. <https://doi.org/10.4000/ere.8724>
- Gaudet, M. (2016). *Les jeunes et l'itinérance à Ottawa-Gatineau : Négociation quotidienne d'une géographie frontalière*. Université d'Ottawa.
- Gauthier, S., Damant, D., Lessard, G., & Wiget, A. C. (2014). *Projet Dauphine : Laisser la parole aux jeunes femmes de la rue et agir ensemble pour lutter contre la violence structurelle par le biais de la recherche-action participative*. 210.
- Géoportail de santé publique du Québec. (2023). *Carte interactive des îlots de chaleur/fraîcheur urbains*. Partenariat Données Québec, Gouvernement du Québec. <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/ilots-de-chaleur-fraicheur-urbains-et-ecarts-de-temperature-relatifs-2020-2022/ressource/143e5ecd-fbbf-4536-b4b7-563af63d3698>
- Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 7. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>
- Gonin, A., Grenier, J. & Lapierre, J.-A. (2012). Impasses éthiques des politiques sociales d'activation. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 166–186. <https://doi.org/10.7202/1017389ar>
- Gonin, A., Grenier, J. & Lapierre, J.-A. (2013). La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets*, 19(2), 85–110. <https://doi.org/10.7202/1021181ar>
- Gouvernement du Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Grenier, J., & Chénard, J. (2013). Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse. *Intervention*, 138, 56-71. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_138_6_complexite_et_intervention.pdf
- Grimard, C. (2006). *L'accès aux services institutionnels et communautaires : Le discours des personnes en situation d'itinérance*. Université du Québec à Montréal.

- Groleau, L. (1999). L'effet structurant des politiques dans la définition et la construction du phénomène de l'itinérance, et les impacts sur les services et l'intervention. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 27. <https://doi.org/10.7202/000052ar>
- Gherghel, A. & Saint-Jacques, M-C. (2013). La théorie du parcours de vie. *Presses de l'Université Laval*.
- Hache, É. (2007). Néolibéralisme et responsabilité. *Raisons politiques*, 28(4), 5-9. <https://doi.org/10.3917/rai.028.0005>
- Hahm, H. C., & Segal, S. P. (2005). Failure to seek health care among the mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 54-62. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.54>
- Harlan, S. L., Declet-Barreto, J. H., Stefanov, W. L., & Petitti, D. B. (2013). Neighborhood effects on heat deaths : Social and environmental predictors of vulnerability in Maricopa County, Arizona. *Environmental Health Perspectives*, 121(2), 197-204. <https://doi.org/10.1289/ehp.1104625>
- Harvey, N. (2020). Milieu communautaire et fondations privées: des enjeux persistants. *À bâbord !*, (85), 36–37.
- Hauff, A. J., & Secor-Turner, M. (2014). Homeless health needs : Shelter and health service provider perspective. *Journal of Community Health Nursing*, 31(2), 103-117. <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.901072>
- Hetherington, K., & Hamlet, N. (2018). Health and homelessness. In A. Bonner (Ed.), *Social determinants of health: An interdisciplinary approach to social inequality and wellbeing*. Bristol University Press, 1, 195–210. <https://doi.org/10.2307/j.ctt22p7kj8.20>
- Huot, J. (2021). Des conditions «invivables» pour les sans-abris à Gatineau. *TVA Nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2021/02/26/des-conditions-invivables-pour-les-sans-abris-a-gatineau-1>
- Hwang, S. (2001). Mental illness and mortality among homeless people : Editorial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 81-82. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.103002081.x>
- Institut de la statistique du Québec. (2020). Itinérance cachée : Définitions et mesures. Au Québec et à l'international. *Gouvernement du Québec*, 101.
- Jouan, M. (2013). *De l'autonomie revendiquée à l'autonomie extorquée : Quel « modèle social » du handicap ?* 17.
- Kidd, S. A., Hajat, S., Bezgrebelna, M., & McKenzie, K. (2021). The climate change–homelessness nexus. *The Lancet*, 397(10286), 1693-1694. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00834-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00834-5)
- Kim, M. M., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Bradford, D. W., Mustillo, S. A., & Elbogen, E. B. (2007). Healthcare barriers among severely mentally ill homeless adults : Evidence from the five-site health and risk study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 363-375. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0115-1>
- Koon, A. D., Kantayya, V. S., & Choucair, B. (2010). Homelessness and Health Care : Considerations for Evaluation, Management, and Support Within the Primary Care Domain. *Disease-a-Month*, 56(12), 719-733. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.10.005>
- Kushel, M. B., Gupta, R., Gee, L., & Haas, J. S. (2006). Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income americans. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 71-77. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00278.x>

- Laird, G. (2007). *Shelter : Homelessness in a growth economy*. (Sheldon Chumir Foundation for Ethics in Leadership.).
- Lareau, F., & Baudouin, Y. (2015). Évaluation et cartographie de la vulnérabilité à la chaleur dans l'agglomération de Montréal : Ilots de chaleur à Montréal. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 59(2), 234-245. <https://doi.org/10.1111/cag.12166>
- Libois, J. (2018). Précarisation du travail social. Digression sur la notion de précarité. *Le Sociographe*, 64, 85-94. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/graph.064.0085>
- Lipsky, M., & Smith, S. R. (2011). Traiter les problèmes sociaux comme des urgences (l'anglais (américain) par M. Lenormand & présenté par E. Gardella., Trad.). *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 20, Article 20. <https://doi.org/10.4000/traces.5077>
- Lyon-Callo, V. (2008) *Inequality, poverty, and neoliberal governance: activist ethnography in the homeless sheltering industry* (Toronto: University of Toronto Press).
- Lyons, G., & Smedley, C. (2021). The new face of homelessness? Examining media representations of women's homelessness in five Australian news sources. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 30(1), 28-40. <https://doi.org/10.1080/10530789.2019.1709269>
- Maguire, N. (2022). *Towards an integrative theory of homelessness and rough sleeping*. 17.
- Mao, Y., Calder, M. J., Richter, S., & Burns, K. K. (2011). Framing homelessness for the Canadian public: The news media and homelessness. *Canadian Journal of Urban Research*, 20(2), 1-20.
- Maybee, J. E. (2020). *Homelessness, disability, and oppression*, 357-387. https://doi.org/10.1163/9789004420366_025
- McNeill, S., O'Donovan, D., & Hart, N. (2022). Access to healthcare for people experiencing homelessness in the UK and Ireland : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08265-y>
- Mercier, C., & Picard, S. (2011). Intellectual disability and homelessness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 441-449. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01366.x>
- Mercier, L. (1995). La pauvreté : phénomène complexe et multidimensionnel. *Service social*, 44(3), 7-27. <https://doi.org/10.7202/706704ar>
- Mévellec, A., Chiasson, G., & Gauthier, M. (2018). Gouvernance métropolitaine et régimes politiques de frontière : Analyse à partir du cas d'Ottawa-Gatineau. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, Juin(3), 581-600. <https://doi.org/10.3917/reru.183.0581>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*.
- Moisan, A. (2023). Robert-Guertin : la halte-chaleur devient une véritable « swompe ». *TVA Gatineau/Ottawa*. <https://tvagatineau.ca/robert-guertin-la-halte-chaleur-devient-une-veritable-swompe/?fbclid=IwAR1HMRC3IGYxI0ZXUdfaC7a7BsqiEPFiUAJDCbDKmqmfjikuRzh6FAhtdU8>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *L'itinérance au Québec – Deuxième portrait*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-846-09W.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, G. du Q. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-10W.pdf>

- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Ensemble pour éviter la rue et en sortir—Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *L'itinérance au Québec—Cadre de référence*.
- Nakonezny, P. A., & Ojeda, M. (2005). Health services utilization between older and younger homeless adults. *The Gerontologist*, 45(2), 249-254. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.249>
- Namian, D. (2012a). Entre itinérance et fin de vie : sociologie de la vie moindres, Montréal, PUQ
- Namian, D. (2012b). La santé mentale (re)visitée, aux frontières du lien social et politique : Itinérance et fin de vie. *Lien social et Politiques*, 67, 201-216. <https://doi.org/10.7202/1013024ar>
- Namian, D. (2020). Governing homelessness through instruments: a critical perspective on housing first's policy instrumentation, *Critical Policy Studies*, 14 (3), 303-318 <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/19460171.2019.1598881>
- Namian, D. (2022). Homemaking among the 'chronically homeless': A critical policy ethnography of Housing First. *Housing Studies*, 37(2), 332-349. <https://doi.org/10.1080/02673037.2021.2009777>
- Nault, G. (2013). Quand la responsabilité du rétablissement se substitue à la souffrance de la peine : Réflexion sur la prise en charge des troubles mentaux par le système de justice pénale. Dans N. Moreau & K. Larose-Hébert, *La souffrance à l'épreuve de la pensée*.
- Nault, G., Couture-Glassco, É., & Larose-Hébert, K. (2016). Le mal caché de la rue : Le poids de l'étiquette. *Reflets*, 22(1), 56-82. <https://doi.org/10.7202/1037163ar>
- Observatoire du développement de l'Outaouais. (2021). *Situation transfrontalière de l'Outaouais et de l'Est ontarien : Impacts et opportunités* (p. 429). <https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2021/12/situation-transfrontaliere-rapport-complet.pdf>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2022). *Aperçu statistique des personnes handicapées au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/statistiques/personnes-handicapees-au-quebec-en-chiffres/aperçu-statistique-des-personnes-handicapees-au-quebec.html>
- Ogg, J. (2015). « Mondialisation, récession économique et exclusion sociale », chapitre 5, dans Charpentier, M., Raymond, É., Viriot Durandal, J.-P., & Moulaert, T., *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés: pour une perspective internationale*, 76, Presses de l'Université du Québec, p. 73-91, 408 p. <https://muse-jhu-edu.proxy.bib.uottawa.ca/chapter/1711389>
- Ogg, J. (2015). « Sécurités sociales et sécurisation des parcours de vieillissement : systèmes de retraite et pauvreté », chapitre 2, dans Charpentier, M., Raymond, É., Viriot Durandal, J.-P., & Moulaert, T., *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés: pour une perspective internationale*, 76, Presses de l'Université du Québec, p. 31-44, 408 p. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1f11620.7>
- Pakzad, S., Ringuette, J., & Bergheul, S. (2015). Chapitre 2 : L'itinérance et la santé mentale. Dans S. Bergheul, *Regards croisés sur l'itinérance*, 75.
- Palier, B. (2005). Vers un État d'investissement social: Pistes pour une redéfinition de la protection sociale. *Informations sociales*, 128, 118-128. <https://doi.org/10.3917/inso.128.0118>

- Parazelli, M. (1990). Pour ajouter de la misère à la vie : L'impact d'une épidémiologie social-étatique sur l'action communautaire et les problèmes sociaux. *Service social*, 39(2), 175–187. <https://doi.org/10.7202/706484ar>
- Piot, M. (2016). L'imposture du handicap. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 75(3), 61-69. <https://doi.org/10.3917/nras.075.0061>
- Piron, F. (2019). *Les récits de vie peuvent-ils être des outils de changement social et de résistance aux injustices épistémiques?* <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/lesvoiesdurecit/chapter/les-recits-de-vie-peuvent-ils-etre-des-outils-de-resistance-aux-injustices-epistemiques-et-de-changement-social/>
- Poirier, M. (2007). Santé mentale et itinérance : Analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 76-91. <https://doi.org/10.7202/016052ar>
- Quesnel-Vallée, A., Willson, A. & Reiter-Campeau, S. (2015). Inégalités en santé chez les adultes plus vieux dans les pays développés: réconcilier théories et approches politiques. *Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie*, 3 (5), 24 p. <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=pcl>
- Ramin, B., & Svoboda, T. (2009). Health of the homeless and climate change. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(4), 654-664. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9354-7>
- Raphael, D. (2002). Addressing health inequalities in Canada. *Leadership in Health Services*, 15(2), 1-8. <https://doi.org/10.1108/13660750210427240>
- Raphael, D. (2009). Social determinants of health: Canadian Perspectives. *Canadian Scholars' Press*, Toronto, 2.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2022). Emerging themes in social determinants of health theory and research. *International Journal of Health Services*, 52(4), 428-432. <https://doi.org/10.1177/00207314221109515>
- Rayburn, R. L., & Guittar, N. A. (2013). “This is where you are Supposed to be” : How homeless individuals cope with stigma. *Sociological Spectrum*, 33(2), 159-174. <https://doi.org/10.1080/02732173.2013.732876>
- Rech, N. (2019). L'itinérance au Canada. *L'Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/1-itinerance-au-canada>
- Rentals.ca Network of Internet Listings Services (ILS). (2023). *Rentals.ca February 2023 Rent Report*. Rentals.Ca. <https://rentals.ca>
- Reutter, L. I., Veenstra, G., Stewart, M. J., Raphael, D., Love, R., Makwarimba, E., & McMurray, S. (2005). Lay understandings of the effects of poverty: A Canadian perspective. *Health & Social Care in the Community*, 13(6), 514-530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00584.x>
- Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : L'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé*. *Recherches sociographiques*, 45(2), 343-364. <https://doi.org/10.7202/009653ar>
- Rivest, M.-P. (2017). *Être « patiente » aujourd'hui : Entre assujettissement normatif et résistances à l'imposition d'une carrière. Regards croisés sur des expériences au sein d'institutions contemporaines en santé mentale*. Université d'Ottawa.
- Rodrigue, S. (2016). *L'itinérance cachée au Canada*. Statistique Canada, Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.htm>

- Romaszko, J., Cymes, I., Dragańska, E., Kuchta, R., & Glińska-Lewczuk, K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PLoS ONE*, 12(12), e0189938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189938>
- Roncarati J., O'Connell J., Hwang S., Baggett T., Cook E., Krieger N & Sorensen G. (2020). The use of high-risk criteria to assess mortality risk among unsheltered homeless persons. *J Health Care Poor Underserved*. 31(1) : 441-454. doi: 10.1353/hpu.2020.0032
- Roy, S., & Grimard, C. (2015). Chapitre 1 : L'aide aux personnes à la rue, cohérence et failles d'un système. Dans S. Bergheul, *Regards croisés du l'itinérance* (75^e éd., p. 197).
- Saillant, F. (2021). *La situation du logement à Gatineau et ses impacts sur les droits humains* [Rapport de la mission d'observation]. Ligue des droits et libertés.
- SCHL - Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2022). *Informations sur le marché de l'habitation—Pénurie de logements au Canada : Estimation des besoins pour résoudre la crise de l'abordabilité du logement au Canada d'ici 2030*. <https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sites/cmhc/professional/housing-markets-data-and-research/housing-research/research-reports/2022/housing-shortages-canada-solving-affordability-crisis-fr.pdf?rev=e0e1e2d6-37cb-4c2d-8b66-e7f007331d98>
- SCHL - Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2021). *Rapport sur le marché locatif de 2020* <https://www.cmhc-schl.gc.ca/observateur-du-logement/2021/rapport-sur-le-marche-locatif-de-2020#:~:text=Le%20loyer%20moyen%20a%20légèrement,financières%20pour%20attirer%20des%20locataires>.
- Schreiber, Y. S. (2014). *The impact of mobility and migration on health-related risk and vulnerability among people who use drugs in Ottawa-Gatineau*. Université d'Ottawa.
- Schwarz, L., Castillo, E. M., Chan, T. C., Brennan, J. J., Sbiroli, E. S., Carrasco-Escobar, G., Nguyen, A., Clemesha, R. E. S., Gershunov, A., & Benmarhnia, T. (2022). Heat Waves and Emergency Department Visits Among the Homeless, San Diego, 2012–2019. *American Journal of Public Health*, 112(1), 98-106. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306557>
- Sévigny, A. & Hurtubise, Y. (1997). L'évolution des services de santé et des services sociaux. La réaction des groupes d'âinés québécois. *Service social*, 46(1), 119–146. <https://doi.org/10.7202/706752ar>
- Simard, J. (2019). Vieillir dans une société néolibérale. *Relations*, (803), 36–37.
- Simard, M. (2007). Entre l'asile et le refuge : Repères d'un parcours. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 132-152. <https://doi.org/10.7202/014455ar>
- Smith, A. (2022). Homelessness. Dans “Homelessness.” *Multiple barriers: The multilevel governance of homelessness in Canada* (p. 25-48). University of Toronto Press. <http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctv2sm3bcz.5>
- Statistique Canada, G. du C. (2022). *Un portrait de Canadiens qui ont connu l'itinérance*. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/1995-un-portrait-de-canadiens-qui-ont-connu-litinerance>
- Stone, B. (2022). Homelessness as a Product of Social Exclusion: Reinterpreting Autistic Adults' Narratives through the Lens of Critical Disability Studies. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 24(1), 181-195. <https://doi.org/10.16993/sjdr.881>
- Street Health. (2006). *Failing the homeless: barriers in the Ontario Disability Support Program for people with disabilities*.

- Taylor, S. (2013). Structural violence, oppression, and the place-Based marginality of homelessness. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 30(2), 255-273.
- Taylor, S. (2017). *Effacing and obscuring autonomy : The effects of structural violence on the transition to adulthood of street involved youth*. University of Ottawa.
- Tissot, S. et F. Poupeau. (2005). La spatialisation des problèmes sociaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 4(159), p. 4-9. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/arss.159.0004>
- Tremblay, N. (2021). Il y a un an, l'aréna Robert-Guertin accueillait les personnes en situation d'itinérance. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1794668/centre-robert-guertin-hull-gatineau-hebergement-urgence-sans-abri>
- Tremblay, D. (2006). Une nouvelle légitimité pour l'État social : par-delà le bien-être, le plaisir d'agir. *Service social*, 52(1), 47-64. <https://doi.org/10.7202/015954ar>
- Tremblay, S., & Loiselle, C. (2016). Handicap, éducation et inclusion : Perspective sociologique. *Éducation et francophonie*, 44(1), 9-23. <https://doi.org/10.7202/1036170ar>
- Uppal, S. (2022). *Portrait des Canadiennes et Canadiens ayant vécu en situation d'itinérance*. Statistique Canada, Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00002-fra.htm>
- Vrancken, D. et C. Macquet. (2006). Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société. Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, pp. 83-122.

ANNEXES

Annexe 1

Grille d'entretien (acteurs communautaires)

1. Évaluation des besoins des groupes

Questions :

- Quels services offrez-vous?
- Quelles sont-elles besoins les plus criants identifiez-vous chez des personnes en situation d'itinérance en termes d'hébergement dans la région?
- En quoi-ces besoins ont-ils changer et évoluer dans les dernières années?
- Comment l'urgence de ces besoins varient-elles d'une personne à une autre? (*Pour les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les personnes autochtones, les personnes immigrantes, vivant avec des problématiques de santé mentale, de toxicomanie, etc.*)

2. Présentation des statistiques et discussion sur les blocages dans le continuum de services

Questions :

- Quelles difficultés et obstacles rencontrez-vous lors de vos interventions pour répondre aux besoins en hébergement des personnes?
- Quelles sont les limites de vos interventions?
- Quels sont les blocages que vous remarquez quant aux groupes de personnes pour l'accès à des hébergements? (*Pour les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les personnes autochtones, les personnes immigrantes, vivant avec des problématiques de santé mentale, de toxicomanie, etc.*)

3. Identification des leviers pour l'amélioration de l'offre de services régionale en matière d'hébergements

Questions :

- Quels services sont manquants, selon vous?
- Comment les services existants pourraient mieux adapter leurs services?

Formulaire de consentement

Titre du projet : Cartographie régionale de besoins en hébergements d'urgence, de transition et en logement social en itinérance en Outaouais.

Chercheur principal : Erika Demers, agente de recherche, CRIO. Courriel : evenements@lecrio.org

Invitation à participer : Je suis invité(e) à participer à la recherche, nommée ci-haut.

But de l'étude : Le but de l'étude est de dresser un portrait régional actuel (cartographie) des besoins en hébergements et en logements au sein des services communautaires et cerner les blocages à l'accès aux services. Il est aussi, ultimement, d'identifier les diverses approches et services qui représentent des leviers potentiellement significatifs pour l'amélioration de l'offre de services régionale en matière d'hébergements.

Participation : Consister à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 30 minutes. On me demandera d'exprimer mon vécu et mon point de vue sur les thèmes suivants : *Évaluation des besoins des groupes, les statistiques et blocages dans le continuum de services, et l'Identification des leviers pour l'amélioration de l'offre de services régionale en matière d'hébergements.*

Risques : Je comprends que ma participation à cette recherche implique que je communique de l'information personnelle et que j'aborde des sujets sensibles. Il est possible qu'elle crée un certain inconfort. J'ai reçu l'assurance du chercheur que des mesures sont prises en vue de minimiser ces risques.

Bienfaits : Ma participation à cette recherche aura pour effet de contribuer à l'amélioration l'offre de services régionale en matière d'hébergements et de logement.

Confidentialité et conservation des données : Le chercheur m'a donné l'assurance qu'il traitera l'information que je partagerai avec elle/lui de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé qu'au fin la présente recherche et selon le respect de la confidentialité. Aucune donnée nominative ne se retrouvera dans la publication la recherche. Les données collectées, telles que le présent formulaire, les notes papier, les enregistrements audios ainsi que les transcriptions de celles-ci seront conservées de façon sécuritaires et seront détruites suite la production du rapport de recherches.

Participation volontaire : Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, de refuser de répondre à toute question à laquelle je ne veux pas répondre sans subir de conséquences négatives.

Acceptation : En mentionnant « je consens », j'accepte de participer à cette recherche.

Formulaire de consentement

Titre du projet : Les barrières structurelles à l'accessibilité aux services des personnes en situation d'itinérance : le rôle des hébergements en itinérance

Chercheuse principale : Erika Demers, étudiante à la maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa. Courriel : edeme051@uottawa.ca

Directrice de mémoire : Dahlia Namian, Professeure de l'École de travail social à l'Université d'Ottawa. Courriel : Dahlia.Namian@uottawa.ca. Téléphone : 613-562-5800 poste 4101.

Invitation à participer : Je suis invité(e) à participer à la recherche, nommée ci-haut, dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise. Je participe à ce que soient utilisées les données de l'entrevue que j'ai réalisé avec le *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO), en lien avec la recherche portant sur la Cartographie régionale de besoins en hébergements d'urgence, de transition et en logement social en itinérance en Outaouais, dans le cadre du présent projet.

But de l'étude : Mieux comprendre les barrières structurelles et sociales impactant la prise en charge et l'expérience des personnes utilisatrices des hébergements en itinérance (haltes-chalet, hébergements temporaires d'urgence, hébergements de transition, etc.) et nécessitant des soins de santé.

Bienfaits : Ma participation à cette recherche aura pour effet de mettre en lumière l'expérience de l'itinérance en Outaouais et de contribuer à la promotion d'une meilleure accessibilité aux services en santé pour les personnes en situation d'itinérance.

Confidentialité et conservation des données : Le chercheur m'a donné l'assurance qu'il traitera l'information que je partagerai avec elle/lui de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé qu'au fin la présente recherche et selon le respect de la confidentialité. Aucune donnée nominative ne se retrouvera dans la publication la recherche. Les données collectées, telles que le présent formulaire, les notes papier, les enregistrements audios ainsi que les transcriptions de celles-ci seront conservés de façon sécuritaire pour une durée de 5 ans suivant la production du rapport de recherches, suite à quoi elles seront détruites définitivement.

Participation volontaire : Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me désister à l'utilisation du témoignage que j'ai réalisé en 2022 pour la recherche du *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO) pour cette étude, sans subir de conséquences négatives.

Acceptation : En signant de mon nom, je consens à participer à cette recherche. Les données de l'entrevue réalisée avec le *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO) seront alors utilisées dans le cadre de cette recherche et seront conservées jusqu'en septembre 2028.

Refus : En refusant de signer mon nom, je ne consens pas à participer à cette recherche. Les données de l'entrevue réalisée avec le *Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais* (CRIO) ne seront pas utilisées dans le cadre de cette recherche et seront détruites.

Nom du participant :

Signature du participant _____ Date : _____

Nom du chercheur :

Signature du chercheur _____ Date : _____

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	S-01-23-8895
Titre du projet / Project Title	Les barrières structurelles à l'accessibilité aux services des personnes en situation d'itinérance : le rôle des hébergements en itinérance
Type de projet / Project Type	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	16/03/2023
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	15/03/2024

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Erika DEMERS	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Dahlia NAMIAN	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics