

La nécessité d’être frontaliers : quand les populations marginalisées sont au centre de l’intervention

**Un projet de recherche-action participative et évaluative
réalisé par le CREMIS
et l’Équipe Itinérante du CSSS de Laval**

Rapport de recherche

Pour le CREMIS :

Aude FOURNIER
Baptiste GODRIE
Christopher MCALL

Pour l’Équipe Itinérante :

Yvan COITEUX
Lorraine DION
Nicole SÉGUIN
Gabrielle WIBAUT

Centre de Recherche de Montréal sur les Inégalités sociales,
les Discriminations et les Pratiques alternatives de Citoyenneté (CREMIS)
CAU-CSSS Jeanne-Mance

www.cremis.ca

Mai 2007

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	3
Avant-propos.....	5
Introduction.....	7
CHAPITRE I : Lire la rue. Une revue de la littérature sur l'itinérance.....	10
1.1. Sortir de l'impasse.....	10
1.2. « Pour être, il faut être quelque part ».....	11
1.3. Rejoindre les personnes là où elles se trouvent.....	12
CHAPITRE II : Leçon d'histoire et de géographie.....	13
2.1. Dérives / des rives sur le territoire de Laval.....	13
2.2. Petite genèse de l'Équipe Itinérante.....	16
CHAPITRE III : L'impact de l'intervention sur les parcours de vie.....	19
3.1. Axe principal d'analyse.....	19
3.2. Approche méthodologique.....	20
CHAPITRE IV : Regard des intervenants de l'Équipe Itinérante sur l'intervention et le bien-être.....	23
4.1. Finalités et traits marquants projetés sur l'Équipe Itinérante, sur les ressources partenaires et sur les usagers.....	23
4.1.1. Finalités et traits marquants attribués à l'Équipe Itinérante dans les entrevues.....	24
4.1.2. Finalités et traits marquants attribués aux ressources partenaires.....	26
4.1.3. Finalités et traits marquants des populations.....	27
4.2. L'intervention telle que conçue par les intervenants.....	31
4.3. Une diversité de situations : des exemples d'intervention.....	36
4.4. Mise en lien : les entrevues rencontrent les écrits.....	44
4.4.1. Documents officiels.....	44
4.4.2. Le risque d'itinérance : enjeu de la définition des populations.....	46
4.4.3. Une intervention à la couleur des intervenants.....	47
4.4.4. Le bien-être, la santé et la qualité de vie.....	48
4.4.5. Types de connaissances et création de nouvelles pratiques.....	48
4.5. Synthèse du regard des membres de l'Équipe sur l'espace d'intervention.....	50
PREMIER ENTRACTE : Vestiges de la première séance d'analyse collective.....	51
CHAPITRE V : Regard des membres des ressources partenaires sur l'intervention et le bien-être.....	53
5.1. Finalités et traits marquants attribués aux différents acteurs.....	53
5.1.1. Finalités et traits marquants attribués aux ressources.....	53
5.1.2. Finalités et traits marquants attribués à l'Équipe Itinérante.....	54
5.1.3. Finalités et traits marquants attribués aux usagers.....	54

5.2.	L'apport spécifique de l'Équipe par rapport aux ressources.....	56
5.3.	Synthèse du regard des membres des ressources sur l'espace d'intervention.....	57

CHAPITRE VI : Regard des usagers sur l'intervention de l'Équipe Itinérante et sur le bien-être.....58

6.1.	Rapport des usagers aux différents groupes d'acteurs.....	59
6.2.	Une diversité de profils. Quel point commun ?.....	66
6.3.	Trajectoires et types de demandes et de fréquentations.....	69
6.4.	Les interventions de l'Équipe et le bien-être des populations.....	71
6.4.1.	Typologie du bien-être.....	71
6.4.2.	Contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être des populations.....	74

DEUXIÈME ENTRACTE- Guide d'animation de la deuxième séance d'analyse collective.....77

CHAPITRE VII : Une intervention créatrice de liens.....79

7.1	Une approche et des pratiques innovatrices en termes de santé et de bien-être : création de l'Équipe Itinérante et adaptation aux populations.....	80
7.1.1.	Création d'une Équipe destinée aux populations en marge du réseau.....	80
7.1.2.	L'évolution des pratiques et des connaissances au contact des populations marginalisées.....	81
7.2.	Les « risques » de s'adresser à des populations itinérantes ou « à risque ».....	85
7.3.	Le bien-être des populations et les interventions de l'Équipe.....	86
7.3.1	Agir sur le mal-être ou agir pour le bien-être ?.....	86
7.3.2	Contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être.....	87
7.4.	Discussion.....	88
7.4.1.	Complémentarité, compétences et implication de l'utilisateur.....	88
7.4.2.	La nécessité d'être frontalière : l'Équipe Itinérante et le réseau public de santé et de services sociaux.....	88

CONCLUSION.....90

RÉFÉRENCES.....93

ANNEXES

ANNEXE I : La recherche-action participative : aspects théoriques

ANNEXE IA : Quelques fondements de la recherche-action participative (RAP)

ANNEXE IB : L'évaluation en question

ANNEXE II : Aspects méthodologiques

ANNEXE IIA : Trois points de vue

ANNEXE IIB : Étapes du processus de recherche

ANNEXE III : Types de connaissances et pratiques innovatrices

ANNEXE IV : Valeur représentative des portraits et triangulation

ANNEXE V : Schéma fictif du bien-être de Joseph

ANNEXE VI : Schéma des compétences de l'Équipe

ANNEXE VII : Les publications dans l'*Interface*

Avant-propos

Avertissement au lecteur

- ✕ Ce document s'adresse à un public de tout âge, à des chercheurs autant qu'à des intervenants, à des usagers des services autant qu'à des gestionnaires.
- ✕ Il ne comporte pas de scènes de violence physique mais peut toutefois représenter certains risques de remise en question des pratiques et des méthodes de recherche.
- ✕ Ce document n'a pas pour but de divulguer des résultats de recherche stériles à quelques lecteurs assidus, mais plutôt de faire état d'une démarche évaluative que l'Équipe Itinérante a menée pendant huit mois, accompagnée par trois chercheurs du Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations et la pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du CSSS Jeanne-Mance, un centre affilié universitaire, affilié à l'Université de Montréal et à l'UQÀM.
- ✕ À la lecture de ce document, vous serez amenés à parcourir les différentes étapes dans la réalisation du projet, à connaître les questions qui ont émergé tout au long de son déroulement, à lire les différents constats que nous avons dégagés de l'analyse, mais surtout, à tirer vos propres conclusions d'une telle démarche et de l'information présentée.
- ✕ Dans le cadre de ce projet, ce rapport ne représente pas une fin en soi mais plutôt l'aboutissement d'une démarche collective qui marque le début de nouveaux questionnements et préoccupations par rapport à l'intervention auprès des populations marginalisées.

Distribution des rôles

Le présent projet a été proposé par une équipe constituée de personnes issues à la fois du CREMIS et du CSSS Laval. Plus précisément, l'équipe est composée de Christopher McAll, directeur scientifique du CSSS Jeanne-Mance et du CREMIS et professeur titulaire au Département de sociologie de l'Université de Montréal (chercheur principal), Aude Fournier, agente de recherche au CREMIS, Baptiste Godrie, étudiant à la maîtrise en sociologie et les membres de l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval, à savoir : Yvan Coiteux, Chantal Constantin, Lorraine Dion, Jacqueline Hagan, Nicole Séguin, Marlise Vlasblom et Gabrielle Wibaut. Il est important de noter que cette équipe a évolué au courant du projet de recherche. Des membres sont partis (Jacqueline Hagan, Marlise Vlasblom et Chantal Constantin), et d'autres se sont rajoutés. Ainsi, l'Équipe compte maintenant parmi ses membres, Véronique Després, qui a participé aux dernières rencontres.

Le chercheur principal, Christopher McAll, a assumé la responsabilité scientifique pour l'ensemble du projet et s'est impliqué dans la planification de la recherche, la préparation des guides d'entrevue, l'analyse des résultats et leur diffusion. Le cas échéant, il a participé aux rencontres entre le personnel concerné du CSSS Laval et l'équipe de recherche. Aude Fournier et

Baptiste Godrie ont été directement impliqués dans chacune des différentes étapes du projet : planification de la recherche, préparation des guides d'entrevue, entrevues individuelles et « focus groups », analyse des résultats, rédaction de bilans périodiques, rédaction du rapport final et diffusion des résultats. Aude Fournier a assuré le lien continuuel entre le CREMIS et l'Équipe Itinérante du CSSS Laval et pour ce faire, elle s'est consacrée à temps plein à ce projet de recherche-action. Dans le même temps Baptiste Godrie travaillait à temps partiel sur le projet. En tant que Chef d'Équipe, Yvan Coiteux a assuré de manière particulière le lien entre l'équipe de recherche et les membres de l'équipe d'intervention afin que ceux-ci soient tenus au courant du déroulement de la recherche évaluative et y participent activement. Les autres intervenants de l'Équipe Itinérante (Gabrielle Wibaut, Lorraine Dion, Nicole Séguin, Jacqueline Hagan, Chantal Constantin, Marlise Vlasblom, Véronique Després) ont également contribué à l'élaboration du projet de recherche, dans des démarches réflexives avec les chercheurs et dans la collaboration qu'il fallait établir avec les secteurs communautaires et privés. Ceux-ci ont à plusieurs reprises été invités à discuter et approfondir les interprétations des chercheurs lors des séances de présentation des étapes d'analyse.

Introduction

Des chercheurs vagabonds rencontrent une Équipe Itinérante

Trois chercheurs errent dans les rues de Laval depuis le mois d'octobre 2006, prétendant réaliser un projet de recherche en partenariat avec l'Équipe Itinérante du Centre de Santé et de Services Sociaux de Laval. Aux dires d'une informatrice privilégiée, cette équipe serait multidisciplinaire, multifonctionnelle, multicompetente et s'adresserait à des multipersonnes multiples. Plus précisément, cette équipe implantée depuis six ans au sein du réseau institutionnel exerce une action sur le plan de la santé et des services sociaux en partenariat avec le secteur communautaire et privé de Laval. Accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux, prévention des risques de maladie, partenariat avec le réseau communautaire et le secteur privé, repérage actif, sensibilisation et formation représentent les lignes directrices du projet¹. L'Équipe vise initialement les « personnes itinérantes ou à risque de le devenir ».

Une demande de l'Équipe, une formulation collective

Au cours de ses six années d'existence, l'Équipe a développé des compétences d'intervention et de nouvelles pratiques afin de procurer des soins de santé et des services sociaux à une partie de la population coupée du réseau. Les membres de l'Équipe sont parfois les témoins directs de l'amélioration du bien-être de certains des usagers. Pour autant, ils avaient de leur avis du mal à quantifier, mesurer et évaluer l'impact de leurs interventions sur les conditions de vie des usagers des services. Certains membres de l'Équipe évoquaient leur frustration de ne pas savoir quels effets ils avaient sur la trajectoire de vie des usagers. C'est en partie pour ces raisons que l'Équipe a décidé en octobre 2006 de faire appel au CREMIS afin d'évaluer l'impact de ses interventions sur le bien-être et la qualité de vie des usagers. Le contexte d'évaluation était donc d'emblée original car la demande de l'évaluation émanait de l'Équipe elle-même, soucieuse de mettre des mots sur l'impact qu'elle avait, de savoir à quel niveau il se situait et enfin de savoir comment l'Équipe s'insérait, parmi d'autres acteurs (ressources communautaires et reste du réseau de services sociaux et de santé notamment), dans la trajectoire de vie des personnes.

Dès le début, l'Équipe a indiqué sa volonté de s'engager comme acteur dans le processus de recherche en vue de s'approprier les résultats de la recherche. Le processus de recherche ne visait ainsi pas seulement à évaluer l'impact des interventions mais à les repenser, les changer ou les transformer le cas échéant. Afin d'avoir un impact sur les pratiques, les chercheurs et les membres de l'Équipe se sont accordés sur le fait que le projet de recherche consistait en une démarche réflexive autant pour les chercheurs sur leurs pratiques de recherche, que pour les intervenants sur leurs pratiques d'intervention. La démarche ainsi adoptée ouvrait la porte à la participation active et effective de l'équipe à sa propre évaluation. Accent sur la participation de l'Équipe à sa propre évaluation en tant que co-chercheurs, volonté délibérée d'avoir un impact sur les pratiques, d'établir une démarche réflexive, autant pour les chercheurs que pour les intervenants : c'est dans ce contexte que le projet de recherche-action participative évaluative prend son sens.

¹ Équipe Itinérante- CSSL, *Rapport IPAC*, 29 novembre 2004 au 30 juin 2006.

Nous cherchons plus précisément, à évaluer jusqu'à quel point les interventions de l'Équipe itinérante ont permis d'améliorer les conditions de vie, l'état de santé et le bien-être des usagers vivant sur le territoire de Laval. De façon sous-jacente, dans une perspective d'amélioration des services offerts à ces populations, nous voulons être en mesure de dénoter les interventions qui ont le plus et le moins porté fruit et, le cas échéant, proposer des pistes pour les consolider, étendre, repenser ou transformer.

Nous nous posons des questions opérationnelles regroupées en fonction de trois temps : celui ayant précédé la mise sur pied de l'équipe du CSSS Laval (temps 1), celui correspondant à la mise sur pied de l'équipe (temps 2) et celui recouvrant la période de la fondation de l'équipe jusqu'au début du projet de recherche (temps 3).

Dans un premier temps, que savait-on de la population itinérante ou à risque à Laval en termes d'effectifs, de profil socio-démographique, de conditions de vie, d'accès aux services et de localisation sur le territoire ? Qu'est-ce qui existait comme organismes, services et ressources orientés spécifiquement vers cette population ? Comment le réseau public prenait-il en charge les besoins de cette population ?

Dans un deuxième temps, quels ont été les facteurs qui ont mené à la formation de cette équipe ? Quels personnes/organismes ont été impliqués et de quelle façon ? Quels ont été les objectifs à court, moyen et long terme ? Quels ont été les moyens envisagés pour réaliser ces objectifs ? Quels liens ont été prévus avec les organismes, services, ressources existants qui interviennent auprès de cette population ?

Dans un troisième temps, qu'est-ce qui a été mis en place en tant que services et/ou types d'intervention par l'équipe ? Comment ces services et/ou interventions s'arriment-ils avec ce que font d'autres organismes ou ressources ? Quel a été le nombre de personnes rencontrées, le profil de ces populations, leurs problèmes principaux sur le plan des conditions de vie et de santé ? Finalement, selon les bilans écrits de l'équipe, les acteurs qui y travaillent, les personnes responsables d'organismes ou de ressources partenaires et selon les personnes qui ont eu accès aux services de l'équipe, quel a été l'impact de ces services sur les conditions de vie, la santé et le bien-être des personnes itinérantes ou à risque de le devenir vivant sur le territoire lavallois ?

L'itinéraire de ce rapport

Ce rapport suit un itinéraire divisé en sept chapitres. Le premier chapitre est un détour par la littérature à propos du phénomène de l'itinérance. Sont abordés certains enjeux de compréhension et d'action autour de l'itinérance dont entre autres, l'impasse dans laquelle se trouve la recherche par rapport à la compréhension des causes de ce phénomène ainsi que la difficulté des itinérants à accéder de droit aux services sociaux et de santé.

Le second chapitre renseigne sur l'histoire de l'Équipe Itinérante et sur le contexte dans lequel elle s'inscrit ; celui d'une banlieue qui, malgré ses apparences homogènes, représente une diversité de revenus, de situations et d'origines. Montez à bord du véhicule des chercheurs, et laissez-vous transporter dans les rues de Laval.

Le troisième chapitre expose les postures théoriques qui ont orienté la recherche et jette un

regard sur la démarche méthodologique qui en a découlé.

Les chapitres IV, V, VI développent l'analyse qui a été réalisée collectivement par les chercheurs du CREMIS et par les intervenants de l'Équipe Itinérante grâce au matériel recueilli. Ces chapitres permettent de faire connaissance avec trois groupes d'acteurs principaux, soit les membres de l'Équipe Itinérante, six intervenants des ressources partenaires et sept usagers des services de l'Équipe. Les regards qu'ils portent sur le bien-être des populations et sur l'espace d'intervention de l'Équipe Itinérante qui y sont exposés et analysés.

Enfin, le chapitre VII met de l'avant les différents constats qui émergent par rapport aux questions de recherche posées initialement. Ces constats ouvrent sur la conclusion et sur quelques questionnements par rapport à la recherche et à l'intervention auprès des populations marginalisées.

CHAPITRE I : Lire la rue. Une revue de la littérature sur l'itinérance

Avant de détailler le projet de recherche qui a été défini collectivement, il est nécessaire de jeter un regard sur la littérature portant sur l'itinérance, sur l'accessibilité de ces populations aux services sociaux et de santé et sur diverses initiatives qui ont été développées à l'égard de ces populations, comme l'Équipe itinérance-*outreach* du CLSC des Faubourgs, dont l'Équipe Itinérante s'est inspirée. L'itinérance fait l'objet de plusieurs questionnements, surtout en ce qui a trait à la définition et à la compréhension des causes du phénomène. Il est important de bien situer ces enjeux puisque initialement, l'Équipe cible particulièrement ces populations.

1.1. Sortir de l'impasse

Dans les dernières années, avec l'accroissement quantitatif du phénomène de l'itinérance, la diversification accélérée des caractéristiques des personnes qui aboutissent dans la rue et l'aggravation des problèmes qui y sont associés (Laberge *et al.*, 2000), l'itinérance a constitué l'objet de prédilection d'une diversité de chercheurs et d'intervenants qui ont décrit et interprété le phénomène sans toutefois parvenir à un consensus tant sur sa définition que sur ses causes. Malgré des années de recherches effectuées sur l'itinérance, ce phénomène demeure au cœur de nombreux débats. On peut toutefois isoler quatre constats généraux concernant les populations itinérantes: 1) elles sont constituées de groupes très diversifiés (Fournier & Mercier, 1996), 2) qui sont des acteurs sociaux capables de bricolage (Damon, 2002), 3) à risque de stress, de victimisation, de judiciarisation et de criminalisation (Laberge *et al.*, 1995; Brassard & Cousineau, 2000), 4) et victimes de préjugés, vivant de l'indignité, de la haine, de la honte, de la discrimination et de la répression (Thomas, 2000; RAPSIM, 2003).

En faisant un bilan des recherches sur l'itinérance en lien avec la construction, par différentes disciplines, de leur objet de recherche, Duchastel et Laberge (1999) constatent que l'objet de l'itinérance s'est construit autour de deux définitions dominantes. La première relève du sens commun et réduit la personne itinérante au statut de « sans-abri ». La seconde relève plutôt de la gestion administrative de l'itinérance et se résume à une énumération de particularités généralement associées à l'itinérance (par exemple : absence de logement et de revenu, isolement social, toxicomanie, maladie) susceptibles d'être prises en charge par différentes instances ou services. Il s'agit d'une compréhension compartimentalisée à partir des services offerts aux personnes itinérantes.

Dans la littérature sur les causes de l'itinérance, l'accent a été mis davantage sur les conditions de vie et leur impact sur la santé des personnes. Duchastel et Laberge (1999) constatent que jusqu'à maintenant, les approches descriptives et étiologiques ont été favorisées et que par conséquent, les méthodes épidémiologiques et cliniques ont dominé la recherche, de sorte que les représentations de l'itinérance et les actions posées pour la contrer semblent aujourd'hui fortement structurées par les problèmes de santé (mentale et physique). Roy *et al.* (2006) expliquent la prédominance de ces approches par la condition de l'itinérance qui produit une dégradation physique et mentale et légitime une certaine urgence d'intervenir et une action pensée en termes de problématique individuelle psychologique, psychiatrique ou médicale. Ainsi, on a souvent recours à des catégories pathologiques pour désigner les personnes itinérantes : toxicomanie, troubles de santé mentale, troubles de personnalité, séropositif. Cette perspective

étiologique, souvent accompagnée d'une définition descriptive de l'itinérance, insiste sur des déficiences individuelles comme causes du phénomène : cumul de problèmes relationnels, carences d'apprentissage social et affectif, toxicomanie, alcoolisme (Laberge, Poirier et Charest, 1998).

Parallèlement à cette vision 'individualisante' de l'itinérance ont émergé des conceptions pointant du doigt des facteurs structurels et systémiques parmi lesquels figurent la crise du logement, les réformes dans les politiques sociales, les changements dans le marché de l'emploi, la politique de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques (Campeau, 2000; Fournier et Mercier, 1996; Koegel et al., 1996; Groleau, 1999) et la lourdeur et la bureaucratisation de l'intervention de l'État en matière de services publics (Fontaine, 2000). Ces visions 'sociologisantes' sont parfois traversées par la perspective des inégalités sociales qui tend à rechercher les causes de l'itinérance dans la dynamique de la pauvreté et des inégalités sociales (Duchastel et Laberge, 1999).

Face à cette dualisation des paradigmes interprétatifs de l'itinérance, différentes positions sont adoptées. Pour Roy (1995), l'itinérance se construirait dans la combinaison de facteurs à la fois structurels et individuels. Cette idée est reprise par le CRI (Collectif de recherche sur l'itinérance) qui, dans *L'errance urbaine* (Laberge et al., 2000) constate que l'itinérance est le résultat de différents facteurs qui interagissent, comme la crise du lien social, des facteurs structurels, des facteurs de vulnérabilité individuelle, la criminalisation et des représentations parentales. D'autres auteurs abordent plutôt l'itinérance comme l'aboutissement d'un processus d'exclusion sociale comprenant différentes phases (Castel, 1991; Paugam, 1991; Barel, 1982; Roy, 1992; de Gaulejac & Taboada Leonetti, 1994).

La recherche en itinérance se partage donc en deux axes principaux, l'un individuel et l'autre social, qui se confrontent ou se complètent selon les auteurs. Cependant, dans ce débat qui semble aboutir à une impasse dans la compréhension de l'itinérance, une dimension semble avoir été négligée, comme le mentionnent Duchastel et Laberge (1999) : « L'usage de la catégorie d'itinérance comme grille de lecture produit des rapprochements ou des similitudes dans des situations qui relèvent de dynamiques par ailleurs extrêmement différentes » (p. 71). Ainsi, se pourrait-il que l'itinérance comme catégorie unique agisse comme une étiquette stigmatisante et occulte des profils et des processus de mise à la rue fort différents ?

1.2. « Pour être, il faut être quelque part »

Les difficultés d'accès aux services pour les populations itinérantes ont souvent été relevées dans la littérature. Cet accès discriminatoire aux services a d'ailleurs été inscrit dans la définition de l'itinérance adoptée par le Comité des sans-abris de Montréal en 1987, puis repris par le Gouvernement du Québec en 1992 (Comité des sans-abris de Montréal, 1987; MSSS, 1992 cités par Roy et al., 2006). Dans un rapport sur les problèmes et enjeux de l'accès des personnes itinérantes aux services, Roy et al. (2006) ont regroupé les contraintes et les barrières en deux catégories, soit l'organisation des services et le rapport des personnes itinérantes aux services et aux professionnels. Sur le plan de l'organisation des services, un problème central réside dans une tension entre les principes universalistes de l'État providence québécois et la complexité administrative, qui résulte en un accès aux services réservé aux populations avec une adresse

résidentielle. Dans un article portant sur l'importance d'un espace privé pour jouir de l'espace public, Laberge et Roy (2002) désignent ce problème ainsi : « pour être, il faut être quelque part » (p. 115). Dans le contexte du *Projet clinique* lancé dans les Centres de Santé et Services sociaux qui vise notamment une sectorisation des services et une approche dite « populationnelle » (MSSS, 2004), l'accessibilité aux services en termes de localisation est également questionnée lorsqu'on pense aux populations itinérantes pour lesquelles les déplacements sont souvent difficiles. De plus, Laberge et Morin (1995) mentionnent que les critères d'accès et les règles de fonctionnement en vigueur dans beaucoup de services agissent comme des processus de sélection qui refoulent les populations qui auraient le plus besoin de services. Des enjeux de continuité des services et de concertation entre les différentes ressources s'ajoutent aux contraintes liées à l'accès aux ressources par les populations itinérantes (Roy *et al.*, 2006). La littérature mentionne également que le recours aux services par les personnes itinérantes peut avoir des conséquences importantes sur leurs conditions de vie, par exemple la perte d'une chambre, la perte de la garde des enfants (Laberge, Morin et Roy, 2000). Des perceptions empreintes de préjugés, tant chez les professionnels que chez les personnes itinérantes, sont aussi considérées comme des contraintes dans l'accès aux services par certains auteurs (Peyrot, 1982; Denoncourt *et al.*, 2000).

1.3. Rejoindre les personnes là où elles se trouvent

Dans l'univers de l'action autour de l'itinérance, une diversité de mesures a été déployée pour améliorer l'accès aux services et la qualité de vie/bien-être des personnes itinérantes. Après une première réponse du communautaire à l'urgence sociale des années 70 et 80, des services proposés par le réseau public et dispensés spécifiquement aux populations itinérantes émergent au courant des années 90 (Roy *et al.*, 2006). L'échec du centre d'accueil Dernier Recours Montréal (DRM) marque l'entrée en scène de l'Équipe itinérance-*outreach* du CLSC des Faubourgs qui se donne comme mandat initial de 1) sortir les personnes de l'itinérance, 2) adapter les services aux besoins de ces personnes, et 3) développer des partenariats en vue de mieux répondre à ces besoins (McKeown et Plante, 2000). Ces trois priorités s'inscrivent dans la perspective d'améliorer la qualité de vie des personnes itinérantes. Les moyens que se donne l'équipe pour répondre à leurs objectifs s'orientent autour de trois axes, soit l'intervention (repérage actif- *outreach*, cliniques santé au CLSC), la collaboration (partenariats avec le communautaire) et la formation (recherche, formation, diffusion des résultats). La pratique *outreach* pour cette équipe consiste à rejoindre les personnes où elles se trouvent et les aider à satisfaire leurs besoins (Denoncourt *et al.*, 2000). Pour Morse *et al.* (1996, cité par Poirier *et al.*, 2000), la pratique *outreach* serait particulièrement adaptée pour rejoindre des individus atteints de troubles mentaux dans un environnement non traditionnel dans le but d'améliorer leur santé mentale ou physique, leur fonctionnement social ou leur utilisation des services et des ressources humaines. Il s'agit en quelque sorte d'adapter les services à la clientèle plutôt que d'exiger systématiquement que cette dernière s'adapte aux services.

Chapitre II : Leçon d'histoire et de géographie

L'Équipe Itinérante naît dans un contexte bien particulier qui n'est ni celui d'un centre-ville, ni celui de la campagne québécoise, mais plutôt celui d'une banlieue de Montréal. À travers une promenade en voiture sur la rue Notre-Dame et le boulevard de la Concorde, ce chapitre dresse un portrait socio-économique rapide de Laval, qui est non seulement une ville, mais également une île et une région. En 2001, l'Équipe Itinérante prend forme dans cette ville où l'itinérance et la pauvreté ne font pas encore l'objet d'une véritable préoccupation et sont la cible d'actions plutôt isolées.

Laval, ce n'est pas juste une banlieue, ce n'est pas juste une ville où il y a des familles, ce n'est pas juste une ville industrielle, c'est beaucoup plus que ça. Puis ce n'est pas juste une ville de l'avenir. C'est aussi une ville qui traîne avec elle ses problèmes. Mais ces problèmes-là, on n'en entend pas beaucoup parler. On ne les voit pas.

Un intervenant de l'Équipe Itinérante

2.1. Dérives / des rives sur le territoire de Laval

Sortie Rue Notre-Dame. Nous roulons vers l'ouest de l'île. Devant nos yeux défilent d'abord une série de condos en construction érigés en tours dont les sommets surplombent la ville. Quelques arbres épars ont survécu à ces nouveaux développements. Puis nous apercevons au bas d'une grande affiche la petite annonce du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, derrière laquelle se trouve un bâtiment moderne composé de trois tours aux formes hexagonales, originalement dénommée Tour A, B et C.

Nous sommes à Chomedey, secteur qui, selon le portrait du territoire de Laval fait par Centraide (Le Bot, 2002), compte le plus haut taux de familles vivant sous le seuil de la pauvreté (25,1%). Ces statistiques contrastent avec les premières perceptions que nous avons de ce quartier. Nous poursuivons notre trajet sur la rue Notre-Dame. À gauche, le Comptoir d'Entraide Val-Martin. À droite, la rue Vincent-Massey mène aux Habitations Populaires Vincent-Massey, une organisation sans but lucratif qui offre quatre-vingt-dix-huit unités de logement à prix modique pour les lavallois à revenu modeste. Nous croisons le Boulevard Curé-Labelle. Pionnier de la colonisation dans les Laurentides, ce curé prête maintenant son nom à un boulevard qui fait état d'un nouveau genre de colonisation, avec ses nombreux panneaux publicitaires annonçant garages, concessionnaires, motels, 'fast-food', restaurants italiens, libanais et grecs et bars. L'intersection de la rue Notre-Dame et du boulevard Curé-Labelle est connue par les intervenants de l'Équipe Itinérante et des ressources partenaires comme « l'underground » de Laval : un point chaud où beaucoup de prostitution et de problèmes de drogues sont observés.

Nous poursuivons notre chemin sur la rue Notre-Dame et traversons un développement parfaitement homogène de duplex blancs, chacun escortés de deux abris d'auto blancs à 3.5 pieds de la rue, tel que recommandé par la Ville de Laval. Que cache cette façade homogène ? Les statistiques de la Ville de Laval (2001) notent que le secteur Chomedey affiche le taux le plus

faible de francophones (50,87%). Depuis 1950, la population allophone et anglophone de Chomedey croît rapidement. Les vagues d'immigration les plus fortes ont été vécues entre 1971 et 1990. En ordre, les immigrants proviennent de la Grèce, du Liban, du Portugal, de Haïti et de l'Italie. C'est d'ailleurs à Chomedey que l'on observe les plus fortes concentrations de personnes nées à l'étranger (28,9%), faisant partie des minorités visibles (13,1%) et déclarant une religion autre que catholique (33,8%). Le profil socio-économique de ce quartier dénombre une des plus hautes proportions de chômeurs de l'île de Laval (6,7%) et un des revenus moyens par familles parmi les plus bas (55 648\$). De plus, dans Chomedey Nord, la proportion de personnes qui travaillent à temps plein ou partiel tout en vivant sous le seuil de faible revenu est particulièrement élevée. Cette façade homogène semble donc occulter une diversité d'origines, de revenus et de conditions de vie.

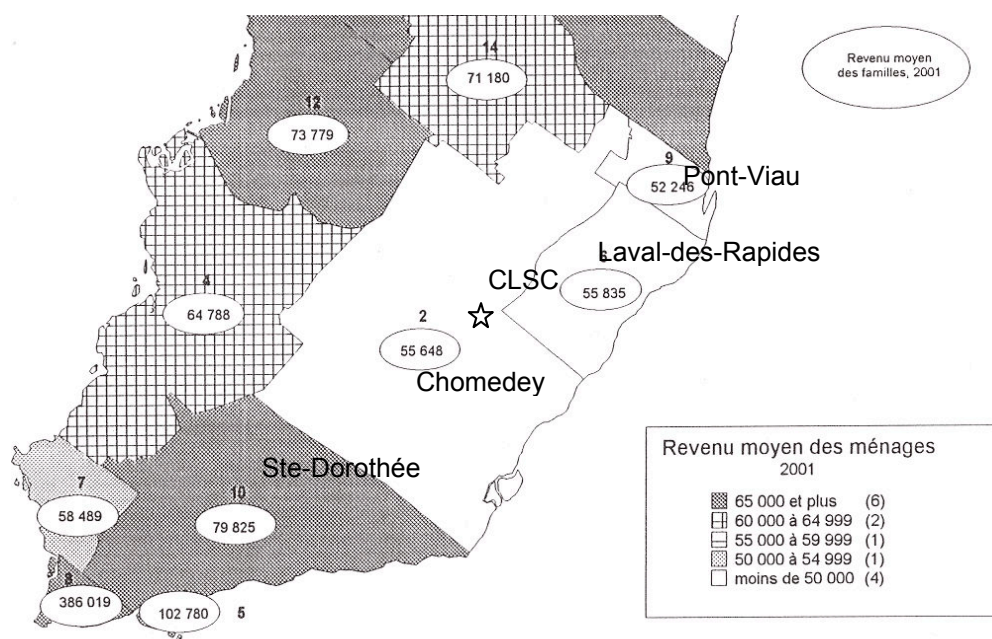


Fig. 1 : Revenus moyens des ménages et des familles à Laval en 2001. Source : Bureau du budget. Ville de Laval, 2001.

À quelques minutes de ce développement, de l'autre côté de l'autoroute 13, se dresse un univers tout autre, celui d'un énorme développement domiciliaire bordé de magasins à grande surface. Des maisons identiques collées l'une sur l'autre dans un alignement parfaitement linéaire définissent le paysage surréaliste de Ste-Dorothée. En plein « boom » résidentiel et démographique, les maisons unifamiliales et les duplex poussent comme des champignons, ce qui attire bon nombre de jeunes familles avides de devenir propriétaires, et ce, malgré la valeur immobilière s'élevant en moyenne à 144 491\$. Ici, il fait bon vivre. Le taux de chômage est bas (4,8%) et la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (8,7%) est environ trois fois moins élevée que dans Chomedey. Malgré leurs profils contrastants, ces deux secteurs appartiennent à la même municipalité depuis 1965. De fait, à partir des années soixante, la vague d'expansion métropolitaine vers les banlieues a incité les autorités à regrouper les douze municipalités de l'île Jésus en une seule ville, Laval. L'afflux de population nécessitait des

investissements en infrastructures que les anciennes municipalités ne pouvaient pas assumer seules (Le Bot, 2002).

Nous faisons volte-face et nous dirigeons cette fois-ci vers l'est de l'île, toujours sur la rue Notre-Dame qui, à la croisée de l'autoroute 15, se convertit en boulevard de la Concorde. À gauche, le Parc scientifique et de haute technologie de Laval. Il figure parmi les trois parcs industriels de l'île qui comptent parmi ceux-ci le Parc Centre, considéré comme l'un des plus grands au Canada (Le Bot, 2002). Fait étonnant : malgré ces énormes développements industriels, en 2001, seulement 29,9% de la population lavalloise active travaille dans la municipalité. De plus, la proportion de familles à faible revenu a augmenté dans les dernières années, s'établissant à 18,3%.

Le boulevard de la Concorde traverse Laval-des-Rapides, bordé de la nouvelle station de métro, du Cégep Montmorency, de blocs appartements construits dans les années cinquante et de quelques infrastructures destinées à la vie culturelle de Laval. Une affiche verte indique le CLSC du Marigot, situé plus au sud sur le boulevard Cartier. Pendant près de neuf ans, ce quartier a été le point d'ancrage de l'Accueil St-Claude, une ressource qui comportait un centre d'hébergement spécifiquement adressé aux populations itinérantes et une entreprise d'économie sociale où étaient servis une centaine de repas par jour, le Resto-Pop. Ce secteur connaît en effet un vieillissement marqué qui en fait une des populations les plus âgées de Laval avec un âge moyen de 40,1 ans et 15,3% de personnes âgées (Ville de Laval, 2001). Quant à la proportion de personnes vivant sous le seuil du faible revenu, elle s'élève à 21,3%, positionnant Laval-des-Rapides en troisième place sur le «!podium du faible revenu!», juste après Chomedey et Pont-Viau.

Puis, nous franchissons le boulevard des Laurentides, sur lequel pullulent un nombre étonnant de lave-auto, de bars de danseuses et de centres de yoga. Pont-Viau, nous voici!! Nous empruntons l'étroite rue Berri, sur laquelle deux voitures peuvent difficilement se croiser et ressortir indemnes. Charmante petite rue bordée d'érables, il n'en demeure pas moins que les dessous de ce paysage sont moins gracieux. Dans les environs habitent les populations les plus défavorisées de l'île de Laval. Dans ces petites maisonnettes construites en grande majorité avant 1971 vit une population fortement francophone (88,1%) dont 25,1% a un faible revenu et 34,14% vit seule. 40,71% des hommes et 62,47% des femmes de 15 ans et plus ont des revenus inférieurs à 20!000\$ par année. Au niveau de l'emploi, Pont-Viau affiche le plus haut taux de chômage à Laval (7,1%) et compte le plus haut pourcentage de population travaillant sur le territoire de Laval, à 77,9% dans le secteur des services (Ville de Laval, 2001) Ici, les ressources communautaires abondent et se partagent un territoire restreint. Le Relais Communautaire Pont-Viau, le Cafgraf Pont-Viau, l'En-Droit de Laval et le Centre d'implication libre de Laval en constituent quelques exemples, sans compter la caravane mobile de l'Oasis qui régulièrement vient se stationner dans les parcs ou près des ressources de ce quartier.

Lors de sa mise sur pied, l'Équipe Itinérante s'est inscrite dans un contexte de banlieue et non de centre-ville. Une banlieue de vingt-trois kilomètres de long, formée de la fusion de quatorze municipalités. On pense souvent la banlieue comme l'espace d'épanouissement des familles de la classe moyenne et comme un milieu fortement homogène. Une simple balade en voiture sur la rue Notre-Dame suffit pour pulvériser ce préjugé. Dans un article portant sur l'histoire de la ville et de la banlieue en Amérique du Nord, Harris et Lewis (2001) affirment que la banlieue n'a jamais eu l'homogénéité sociodémographique qu'on lui a prêtée. De plus, « la banlieue nord-américaine n'a pas été un lieu privilégié de distinction sociale et n'a jamais été dortoir, même si certaines municipalités ont servi à la reconnaissance des classes moyennes et que certaines n'ont

été que résidentielles » (p. 276).

Bien on a proposé de développer un modèle de *reaching out*. On s'est référé à la littérature qu'il y avait à l'Équipe Itinérance au CLSC des Faubourgs. Puis à partir de là, on a développé notre projet. C'était vraiment d'offrir des services de soins de santé dans les ressources communautaires, dans les milieux de vie des personnes itinérantes ou à risque ou marginalisées.

Un intervenant de l'Équipe Itinérante

2.2. Petite genèse de l'Équipe Itinérante

En 2001, un des membres de l'Équipe Itinérance-*outreach* du CLSC des Faubourgs quitte l'équipe et se dirige vers la ville de Laval dans le CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, où il met sur pied un service semblable, l'Équipe Itinérante. La création de cette équipe est également facilitée par l'avènement en 1999 de l'Initiative de Partenariat pour les Sans-Abris (INSA), un programme fédéral qui a pour but de créer une « approche plus intégrée de lutte contre l'itinérance » (Gouvernement du Canada, 2006). Afin d'aider concrètement les collectivités à développer des moyens pour « s'attaquer » à ce problème social, l'INSA comportait un programme d'investissement pour des projets communautaires à l'échelle du Canada, l'Initiative de Partenariat en Action Communautaire (IPAC). Les objectifs de ce programme étaient surtout orientés vers le développement de services pour aider les sans-abri, la facilitation du passage de l'itinérance vers une vie plus stable, la promotion de partenariats durables entre les différents acteurs impliqués en itinérance, la production de connaissances et de pratiques exemplaires et la mise au point de programmes adressés à des populations particulièrement vulnérables (à « risque d'itinérance »).

Durant les trois premières années de ce programme, les Régies régionales de la santé et des services sociaux de soixante et une collectivités étaient chargées d'effectuer une analyse de la réalité régionale de l'itinérance et un inventaire des principaux acteurs impliqués auprès de ces populations pour ensuite définir un Plan d'action régional. À Laval, la Régie régionale de la santé et des services sociaux a donc déposé en 2000 un premier plan d'action régional 2001-2003 faisant suite à un « État de situation » de l'itinérance à Laval (Fortin, 2000). Ce plan d'action régional fixait les priorités d'action sur le territoire avec des objectifs et des moyens d'action précis. Par la suite, la Régie régionale a lancé un appel de projets, ces projets devant répondre à la fois aux objectifs de l'IPAC et à ceux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. L'IPAC a donc permis de mettre la problématique de l'itinérance sur la table à Laval mais elle a également permis à de nombreux organismes/ressources de développer des projets concrets d'action auprès des populations itinérantes ou à risque de le devenir. Le financement IPAC a servi de bailleur de fond pour initier le projet itinérance du CLSC du Ruisseau-Papineau.

C'est à la suite de cet appel de projets qu'une demande de support financier a été réalisée par un intervenant et un gestionnaire du CLSC du Ruisseau-Papineau en vue de mettre sur pied une équipe mobile dispensant des services de santé et sociaux dans les milieux de vie des personnes itinérantes ou à risque de le devenir (Projet itinérance à Laval, 2001). L'état de situation de

l'itinérance avançait l'idée selon laquelle il y avait de l'itinérance à Laval, mais sous une forme différente des grands centres urbains. Peu d'itinérants « chroniques » étaient observés et on retrouvait surtout des itinérants épisodiques, situationnels et des personnes « à risque d'itinérance ». Cet état de situation mettait l'accent sur l'action en amont de l'itinérance et ciblait certaines populations plus à risque, comme des personnes avec des troubles de santé mentale, les toxicomanes, les jeunes adultes, les « chambreurs » et les personnes sortant d'institution. L'Équipe Itinérante s'est basée sur les constats de cet état de situation et inspirée du projet de l'Équipe Itinérance-*outreach* du CLSC des Faubourgs pour développer son modèle d'intervention. Initialement, en 2001, elle définissait son projet comme suit :

Projet où une petite équipe travaille en collaboration, partenariat et en complémentarité avec les ressources du milieu. Ses interventions visent à apporter directement aux individus à risque et aux itinérants des services de santé globale, soit dans leur milieu naturel (domicile, rue, ressources communautaires, etc.), soit au sein d'une unité d'un CLSC qui consacre des activités spécifiques à cette clientèle. De plus, ce projet vise à leur assurer une accessibilité à des services offerts par d'autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par des organismes communautaires. L'Équipe a pour ambition de supporter la coordination des activités requises pour les usagers afin de créer des liens opérationnels dans le réseau des services aux itinérants (Projet Itinérance à Laval, 2001, p. 3).

Au départ, cette équipe multidisciplinaire se fixe donc pour mandat d'exercer une action auprès des personnes « itinérantes ou à risque de le devenir » sur le plan de la santé et des services sociaux en partenariat avec les secteurs communautaire et privé de Laval. Accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux, prévention des risques de maladie, partenariat avec le réseau communautaire et le secteur privé, repérage actif- *outreach*, sensibilisation et formation représentent les lignes directrices du projet (Équipe Itinérante du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, 2002). Adaptée au contexte de Laval qui, d'après l'état de situation de l'itinérance réalisé en 2000 par Jean-Pierre Fortin, semble davantage un espace d'émergence de l'itinérance qu'un espace de concentration des populations itinérantes, l'Équipe Itinérante s'adresse aux populations itinérantes ou à haut risque de le devenir dans le but, d'une part d'améliorer la qualité de vie des populations « dans la rue », peu nombreuses à Laval, mais également d'agir en amont de l'aboutissement dans la rue, dans une optique de prévention.

Plus concrètement, l'Équipe propose de dispenser des services de base « adaptés » dans divers milieux de la communauté tels que le « démarchage », la « vaccination, le dépistage, les soins de pieds, les pansements, l'information, l'orientation vers les services appropriés, le support et l'intervention complémentaire lors de situations de crises dans les organismes communautaires ». Ces interventions se font en équipe multidisciplinaires composées d'un(e) travailleur(se) social(e) et d'un(e) infirmier (ère). Elle conçoit son intervention comme étant « concrète, constante et non invasive ».

Sur une perspective de court terme, l'Équipe entend développer et consolider des cliniques santé dans des organismes communautaires, développer des activités de repérage actif dans les maisons de chambres et autres endroits où l'on retrouve une clientèle à « haut risque d'itinérance », développer des partenariats avec les CLSC et centres hospitaliers de la région de Laval, travailler avec la Santé Publique en vue d'offrir des cliniques de vaccination et

travailler en collaboration avec un médecin de l'Équipe Santé mentale. Les rôles prévus pour les organismes/ressources partenaires publiques, privées ou communautaires se situent à deux niveaux : d'une part, faciliter « l'identification de la clientèle » itinérante ou à risque et d'autre part, faciliter l'accessibilité des clients aux services de première et de deuxième ligne offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

En 2001, l'Équipe Itinérante voit le jour et commence son travail de terrain.

Chapitre III : L'impact de l'intervention sur les parcours de vie

L'ensemble de ces éléments contextuels nous amène à préciser le cadre à partir duquel nous effectuons l'évaluation participative de l'impact des interventions de l'Équipe Itinérante sur le bien-être, la santé et les conditions de vie des personnes qu'elle a rejointes pendant ses six années d'existence. Les questions de recherche ont été soulevées précédemment. Il s'agit ici de définir les postures théoriques qui orientent l'approche méthodologique.

3.1. Axe principal d'analyse

Notre projet de recherche s'appuie sur différentes hypothèses qui orientent notre approche méthodologique. Ces hypothèses peuvent être regroupées en quatre axes.

La diversité des profils

Une variété de populations peut se trouver à un moment ou un autre de leur vie sans logement.

Ces populations partagent certains traits du fait qu'elles doivent vivre pour des périodes plus ou moins longues dans la rue (en matière de conditions de vie et de santé, par exemple) mais peuvent aussi avoir des parcours de vie fort différents en fonction du genre, de l'âge, de l'état de santé au préalable (mentale ou physique), de l'origine sociale et ethnique, de l'expérience sur le marché du travail, de la présence ou non d'un problème de toxicomanie, entre autres.

Elles peuvent cependant être perçues comme étant toutes semblables selon les idées reçues et les préjugés et être sujettes à une même forme de stigmatisation.

L'Équipe Itinérante : une rencontre parmi d'autres sur un parcours de vie

Pour être en mesure d'évaluer l'impact sur elles de l'intervention, il faut pouvoir différencier entre les types de parcours de vie qui mènent à l'itinérance ou qui maintiennent les personnes dans ce statut.

Ces différents parcours sont faits d'événements, d'expériences et de rapports qui sont jugés positivement ou négativement par les personnes selon leurs propres critères ou qui peuvent être jugés négativement ou positivement selon des critères relevant de normes en vigueur en rapport avec les conditions de vie, la santé et le bien-être.

Les interventions de l'équipe constituent un autre événement/ expérience/ rapport qui s'ajoute à ceux que les personnes ont vécus dans leur parcours et vivent toujours et donc sont susceptibles d'être jugés pour leur impact sur ce parcours et pour la manière dont ils se distinguent (ou pas) de tous les autres.

Trajectoires et bien-être des usagers

Chaque personne attribue une signification à ce qu'elle vit en fonction des expériences qu'elle a connues auparavant et de sa trajectoire de vie. Ces mêmes expériences sont

évaluées à partir de la situation présente de la personne qui porte un regard sur son passé (point de vue rétrospectif).

On peut retracer avec la personne un certain nombre d'états (en termes de situation familiale, d'emploi, de logement et de santé). À chacun de ces états, on peut identifier ce qui contribue à son bien-être ou à son mal-être, de même que ses aspirations et ce qui est fuit ou évité à tout prix.

Les personnes passent d'un état à un autre suite à des événements (ex. perte d'emploi, consommation de drogues, nouveau logement, etc.) qui viennent bouleverser la configuration initiale et proposent une réorganisation des possibles (ce à quoi on peut à nouveau prétendre, ce à quoi on peut désormais aspirer, etc.).

Projections de finalités et espace d'intervention

Nous considérons ici que chacun des intervenants projette sur les usagers, sur les organismes partenaires et sur l'Équipe, des finalités sur lesquelles s'appuient les interventions.

Les interactions avec les populations sont basées sur cette attribution de sens, c'est-à-dire que les intervenants agissent en fonction des besoins qu'ils perçoivent et attribuent aux populations, ainsi que du mandat qu'ils attribuent à l'Équipe Itinérante.

Nous supposons que cette attribution est réciproque et concerne aussi les populations et les ressources qui projettent des finalités sur l'Équipe. On peut donc croiser les regards pour dessiner un espace d'intervention dans lequel se rencontrent usagers, intervenants de l'Équipe et des ressources.

Le projet de recherche vise à cerner l'impact de l'Équipe sur le bien-être et la qualité de vie des usagers. Le bien-être se situe au cœur de l'évaluation. En conséquence, les interventions ne peuvent pas être évaluées seulement en termes quantitatifs (nombre de ressources, interventions, personnes rencontrées) mais doivent surtout l'être en fonction de leur *impact* sur les différents types de parcours. Ce bien-être peut être défini à partir de trois angles différents, à savoir par les usagers eux-mêmes, par les intervenants de l'Équipe, et par les responsables d'organismes ou de ressources à la lumière de leur expérience auprès de cette population. Étudier l'impact de l'Équipe sur le bien-être impose de s'intéresser à ces trois regards sur le bien-être.

3.2. Approche méthodologique

Dans le cadre de ce projet, nous regardons de plus près l'impact sur différents profils d'usagers, des interventions de l'Équipe itinérante en termes de bien-être, de santé et de conditions de vie, sans perdre de vue que les rencontres de ces personnes avec l'Équipe itinérante ne sont qu'un élément d'un parcours qui comprend plusieurs autres rencontres et événements. Notre démarche de recherche, comporte à cet égard trois volets principaux (voir Annexe IIA) :

- 1) L'analyse des discours des intervenants de l'Équipe Itinérante et des intervenants d'organismes partenaires à partir d'un matériel provenant d'entrevues individuelles.
- 2) L'étude des trajectoires de vie objectives de personnes avec différents profils ayant bénéficié au moins à deux reprises des services de l'Équipe Itinérante. Les trajectoires

de vie s'avèrent selon nous l'outil de recherche le plus approprié pour capter l'impact des interventions de l'Équipe Itinérante sur le parcours biographique des individus qui la fréquentent.

- 3) La réalisation d'une recherche documentaire à partir de l'inventaire de tous les documents produits par l'Équipe Itinérante depuis cinq ans, de certains documents du CSSS Laval concernant l'avant et le pendant de l'Équipe itinérante et des rapports produits sur l'itinérance à Laval. Les approches quantitatives et qualitatives sont conciliées afin que notre recherche évaluative considère non seulement l'évolution du nombre de ressources, d'interventions et de personnes rencontrées, mais surtout l'*impact* sur les différents types de parcours rencontrés chez les populations itinérantes ou à risque de le devenir.

Nous avons vu en introduction que dès le départ, la demande d'évaluation émanait de l'Équipe qui manifestait une volonté de se réapproprier les résultats. De plus, nous avons considéré les interventions de l'Équipe comme des actions parmi d'autres sur la trajectoire de vie des usagers. Ces éléments ont contribué à modifier le rapport des chercheurs à l'Équipe Itinérante et ont ouvert la porte à une participation à sa propre évaluation. Ainsi, elle a été impliquée dans chacune des étapes du processus de recherche (voir Annexe IIB) et les membres de l'Équipe ont pu débattre, commenter et enrichir les documents produits par les chercheurs (voir p.50 et pp. 76-77). Le projet de recherche que nous avons mené avec l'Équipe est une recherche-action participative évaluative qui repose sur des fondements théoriques tels que l'équivalence des savoirs et l'impact de la recherche sur les pratiques (voir Annexe IA). La volonté partagée par les chercheurs et les intervenants de mettre les populations et leur bien-être au centre nous a détournés des approches évaluatives traditionnelles, qui placent les services sous les « feux » de l'évaluation et ont tendance à évacuer les usagers (voir Annexe IB).

L'analyse a été réalisée à partir des entrevues avec les différents groupes d'acteurs (Équipe Itinérante, ressources et usagers) et des documents officiels de l'Équipe. Dans le présent rapport, cette analyse est présentée sous la forme de trois grands chapitres, correspondant respectivement au regard porté sur l'espace d'intervention par les intervenants de l'Équipe Itinérante à travers les entrevues et les documents officiels (chapitre IV), par les intervenants des ressources partenaires de l'Équipe (chapitre V), et par les usagers des services (chapitre VI). Dans les entrevues réalisées, chacune des personnes attribuait des caractéristiques à ces trois groupes d'acteurs, y compris son groupe d'appartenance, et projetait des finalités sur ceux-ci. Ces personnes accolaient également certains traits à l'intervention ou décrivaient plus concrètement comment ces interventions se déroulaient. Des schémas illustrant ces différents aspects ont été construits à partir du point de vue de chaque personne recueilli dans les entrevues. Ces schémas visaient à caractériser l'intervention telle que mise en oeuvre au quotidien et telle que conçue de manière plus abstraite. De plus, ils permettaient de caractériser chacun des groupes d'acteurs en attribuant des traits marquants et des finalités. Par souci de confidentialité, ces schémas individuels ne sont pas présentés dans le présent rapport. Nous avons plutôt inséré des schémas synthétiques qui reprennent les points saillants pour chacun des groupes d'acteurs, inspirés du modèle ci-dessous.

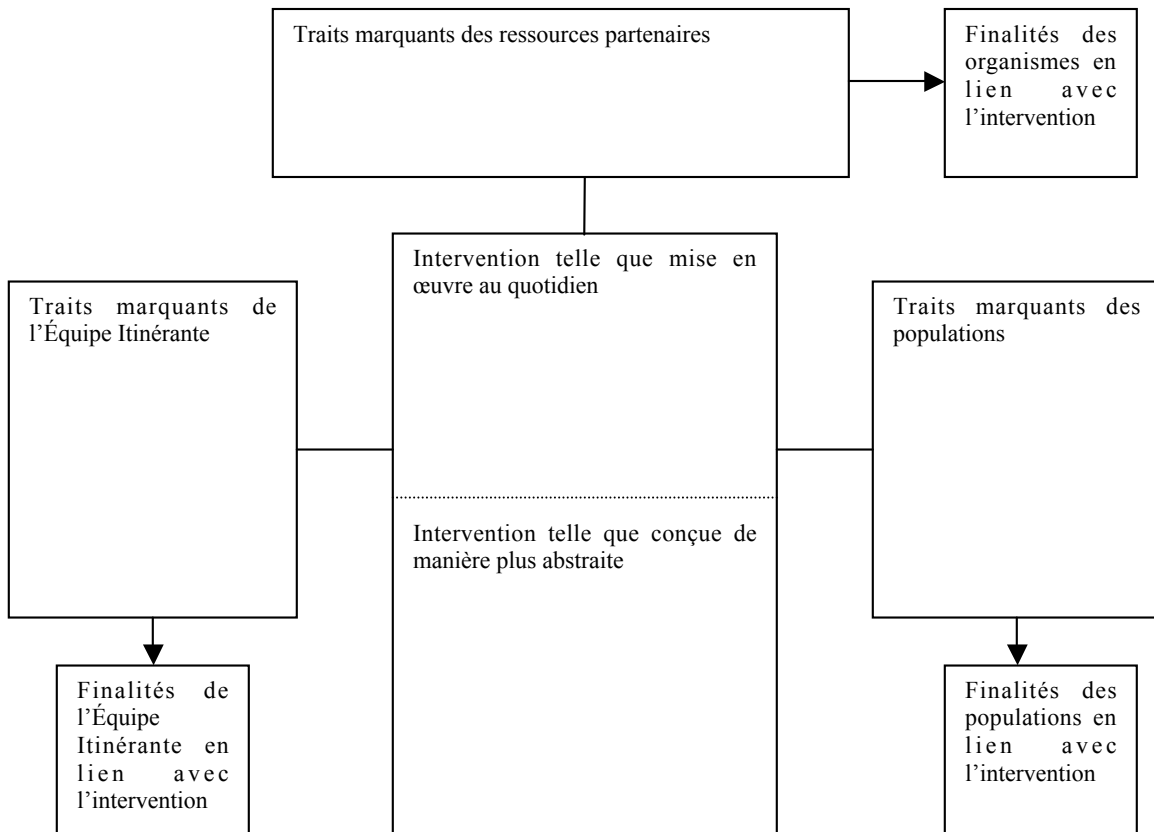


Fig. 2 : Modèle de base des schémas analytiques de l'intervention construits pour chacune des personnes rencontrées en entrevue.

Le schéma se lit du point de vue du groupe d'acteurs considéré, dont on retrace dans les entretiens, les éléments qui permettent de caractériser l'Équipe, son rôle, ses interventions, les populations et les ressources partenaires. Ces différents schémas ont permis d'une part de comparer les conceptions à l'intérieur des différents groupes d'acteurs pour dégager des convergences et des divergences, et également de comparer les conceptions projetées par les différents groupes d'acteurs (par exemple, entre les intervenants de l'Équipe et des ressources).

La question du bien-être et de l'impact des interventions de l'Équipe sur celui-ci traverse chacune des sections, mais est abordée plus directement dans la section portant sur le point de vue des usagers des services. Il s'agit donc dans ces trois chapitres de croiser les regards différents sur les interventions de l'Équipe et sur le bien-être des usagers.

CHAPITRE IV : Regard des intervenants de l'Équipe Itinérante sur l'intervention et le bien-être

Ce premier chapitre est centré sur le regard que posent les membres de l'Équipe sur les interventions, les ressources partenaires, les usagers et sur l'Équipe elle-même. Les informations présentées proviennent donc essentiellement des entretiens réalisés avec les intervenants et des documents officiels de l'Équipe. Nous considérons ici que chacun des intervenants projette sur les usagers, sur les organismes partenaires et sur l'Équipe, des finalités sur lesquelles s'appuient les interventions. Les interactions avec les populations sont basées sur cette attribution de sens, c'est-à-dire que les intervenants agissent en fonction des besoins qu'ils perçoivent et attribuent aux populations, ainsi que du mandat qu'ils attribuent à l'Équipe Itinérante².

En premier lieu, les informations recueillies à travers les entrevues font l'objet d'une analyse qui distingue les finalités et les traits marquants attribués aux différents acteurs par les intervenants de l'Équipe. En second lieu, les convergences entre les différentes conceptions plus abstraites de l'intervention permettent de définir des grands pôles de l'intervention. Troisièmement, cette conception plus abstraite de l'intervention est enrichie et complétée par les exemples mentionnés par les intervenants dans les entrevues. En dernier lieu, la mise en lien de ces trois parties avec ce qui énoncé dans les documents plus officiels de l'Équipe permet de dégager certains constats par rapport aux populations et à l'Équipe Itinérante notamment.

L'innovation de l'Équipe Itinérante en matière de pratiques alternatives auprès des populations marginalisées ainsi que le développement et l'accumulation de nouvelles connaissances au cours de ses six années d'existence représentent des axes majeurs qui traversent chacun des quatre axes d'analyse. L'expérience et le regard de chaque membre de l'Équipe représentent en ce sens une richesse que le contact direct (pour les intervenants) et indirect (pour les gestionnaires et l'organisatrice communautaire) avec les usagers, affine et enrichit.

4.1 Finalités et traits marquants projetés sur l'Équipe Itinérante, sur les ressources partenaires et sur les usagers

Des schémas illustrant l'espace d'intervention (voir le modèle présenté à la page 21) ont été construits à partir des entrevues avec les membres de l'Équipe Itinérante. Les finalités présentées dans ces schémas proviennent du point de vue des membres de l'Équipe et non pas des partenaires ou de la population elle-même.

Ces schémas ont servi de base pour dégager, en premier lieu, les divergences et les convergences des finalités telles que perçues par les membres de l'Équipe à l'intérieur de chacun des trois champs (Équipe Itinérante, populations et ressources) puis de comparer les finalités de l'Équipe et des populations vis-à-vis des interventions. En second lieu, ces schémas ont permis de faire le lien entre les finalités présentes dans le discours des intervenants et celles qui sont

² Nous supposons que cette attribution est réciproque et concerne aussi les populations et les ressources qui projettent des finalités sur l'Équipe. Nous développerons ce point dans la deuxième analyse qui inclura le matériel recueilli auprès des populations et des ressources.

inscrites dans les documents plus officiels de l'Équipe, essentiellement des demandes de financement, en mettant une emphase particulière sur la place de l'amélioration du bien-être et de la santé des populations.

Au fur et à mesure de la progression dans l'analyse, nous présentons un schéma analytique de l'intervention plus complet qui reprend et résume les aspects sur lesquels il y a convergence chez les membres de l'Équipe.

4.1.1 Finalités et traits marquants attribués à l'Équipe Itinérante dans les entrevues

Finalités

Le champ de finalités pour lequel nous avons obtenu le plus d'informations est celui de l'Équipe Itinérante, puisque la question du mandat de l'Équipe était posée directement dans le cadre des entretiens.

À un premier niveau, nous avons noté une convergence quant aux finalités de l'Équipe Itinérante. De fait, l'amélioration et le maintien de la santé physique et mentale et du bien-être des populations itinérantes ou « à risque » fait l'objet d'un consensus chez les membres de l'Équipe. Les conditions de vie sont décrites par certains comme un déterminant clé du bien-être et de la santé et l'Équipe se donne également pour ambition une amélioration de celles-ci (par exemple, des conditions de logement). Les deux autres finalités faisant l'objet d'un consensus chez les membres de l'Équipe sont de repérer et de joindre les populations en marge du système de soins de santé ainsi que d'établir des liens de confiance, d'une part à l'échelle de la rencontre, et d'autre part, de manière plus large, entre les populations et le réseau de santé et de services sociaux. Pour l'Équipe, l'accès aux populations marginalisées dans leur « milieu de vie » ainsi que la visibilité de l'Équipe dans les ressources représentent les conditions nécessaires d'un repérage efficace, qu'elle nomme « reaching out ». Les membres de l'Équipe insistent sur l'idée selon laquelle les liens de confiance se construisent non seulement entre les personnes et les intervenants, mais également entre les personnes et le réseau public de services. L'établissement de ces liens requiert du temps ainsi qu'une présence régulière et constante auprès des populations.

Des divergences de finalités sont notables lorsque les membres abordent la question de la création de liens entre les populations et le réseau de la santé et des services sociaux. L'établissement de ces liens avec le réseau constitue pour l'Équipe une finalité en soi. Cependant, à un second niveau, cette finalité renvoie à deux conceptions différentes du mandat de l'Équipe :

- 1) le maintien des personnes dans les ressources par la création d'un réseau autour de la personne
- 2) l'intégration de la personne dans le réseau.

Dans le premier cas (le maintien dans les ressources), il est d'abord question de l'accès aux populations dans le but de favoriser l'autonomie de la personne et sa propre prise en charge au cours d'un processus d'accompagnement et de soutien. L'Équipe travaille alors avec la personne à la création d'un réseau de support autour d'elle. Dans le deuxième cas (le rattachement au

réseau), il est davantage question de l'accessibilité des populations aux services dans le but de favoriser la prise en charge de la personne par le réseau. Les intervenants agissent alors plutôt comme des intermédiaires qui réfèrent les personnes au réseau et qui contournent certaines limites qui peuvent obstruer l'accès aux services pour ces populations.

Pour certains intervenants, une conciliation entre ces deux perspectives semble possible, au sens où, dépendamment des besoins de la personne, celle-ci sera maintenue dans les ressources du milieu ou rattachée au réseau institutionnel.

Traits marquants

Les intervenants caractérisent l'Équipe Itinérante par son professionnalisme. L'Équipe intervient directement dans les milieux de vie des usagers. Elle cherche à créer des liens de confiance avec les personnes et autour d'elles, avec les ressources. Enfin, elle établit des contacts personnalisés et offre une souplesse dans l'accueil. Ces caractéristiques sont partagées par l'ensemble des membres de l'Équipe. Quelques intervenants évoquent également son rôle de support auprès des intervenants des ressources, surtout en ce qui a trait aux questions d'ordre plus médical.

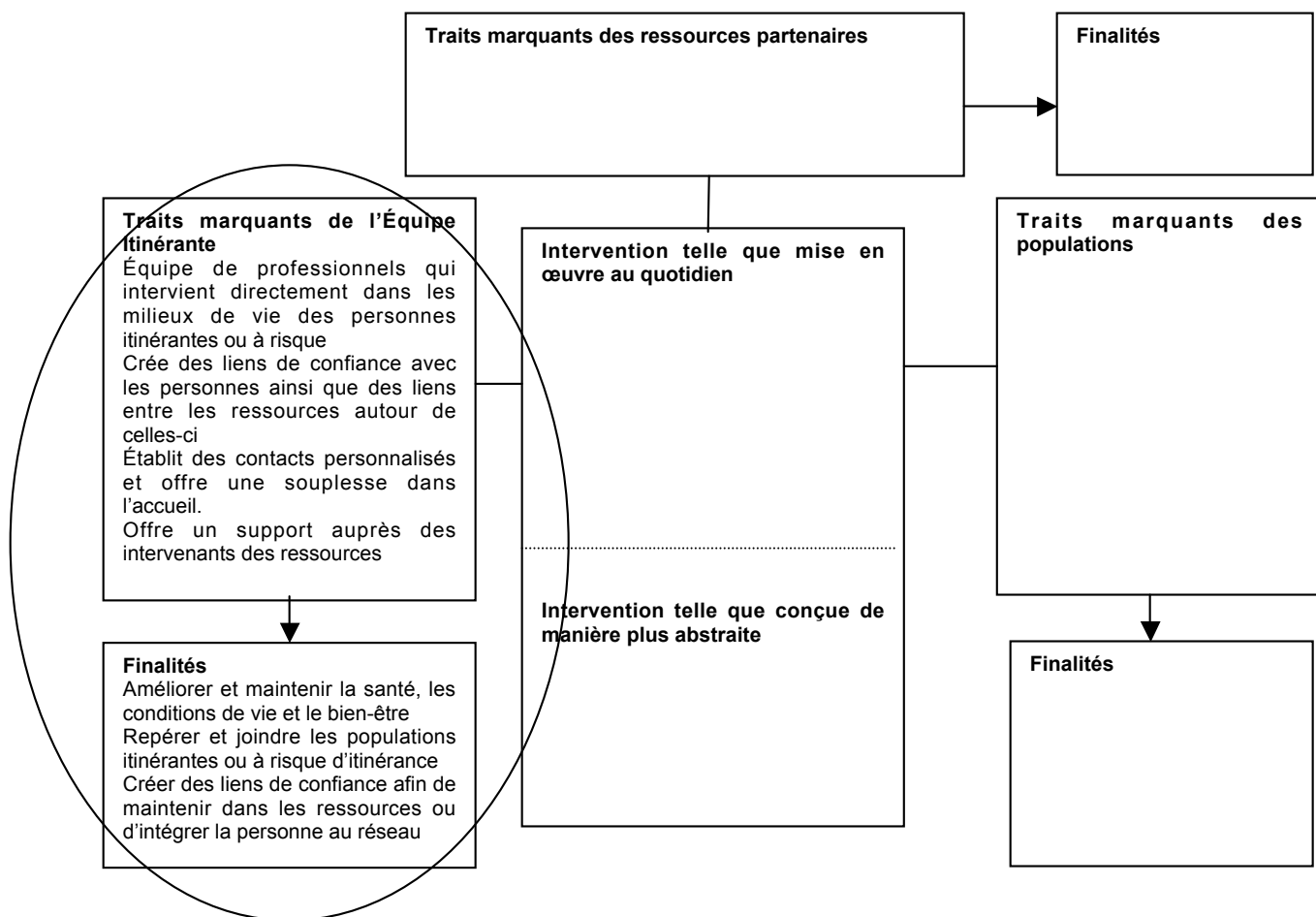


Fig. 3 : Schéma analytique de l'intervention prenant en compte les finalités et les traits marquants attribués par les membres de l'Équipe Itinérante sur elle-même.

4.1.2. Finalités et traits marquants attribués aux ressources partenaires

Finalités

Peu de finalités attribuées aux organismes ont été dégagées dans le cadre des entrevues. Les membres soulignent surtout la finalité sociale des organismes partenaires (insertion sociale, entraide, dépannage alimentaire, aide d'urgence pour un logement, etc.) qui facilite la collaboration avec l'Équipe Itinérante, dont le mandat est en premier lieu axé sur la santé. Dans cet ordre d'idées, la divergence de finalités (santé vs social) entre l'Équipe et les organismes ne constitue pas tant un obstacle qu'une complémentarité nécessaire au bon fonctionnement des partenariats. Cependant, la divergence des finalités doit préférablement demeurer à l'intérieur de certaines « bornes » pour que les partenariats s'établissent et se jouent de manière « harmonieuse ». Ainsi, dans les entrevues, une tension ressort entre le « professionnalisme » des intervenants du CLSC et « l'amateurisme » de certains intervenants/bénévoles des ressources communautaires. Cette tension n'est toutefois pas généralisée dans les ressources puisque la plupart emploient des intervenants qualifiés en termes de formation. Selon quelques membres de l'Équipe, le professionnalisme favoriserait une convergence des discours et des finalités, dans une certaine mesure. La question du professionnalisme est également soulignée lorsque l'éthique en vigueur dans la pratique en CLSC se trouve confrontée dans les ressources à des situations « inacceptables » du point de vue professionnel (question de la confidentialité notamment). Le dilemme qui se pose alors est de poursuivre les cliniques ou de cesser les visites dans les ressources où certaines pratiques posent problèmes du point de vue de l'éthique professionnelle.

Traits marquants

Les ressources partenaires apportent avant tout, du point de vue des intervenants de l'Équipe, une contribution sociale, qui se traduit par exemple par l'organisation d'activités, ainsi qu'une contribution davantage matérielle d'aide au quotidien, décrite en termes de dépannage alimentaire et vestimentaire. Ces ressources sont décrites comme un milieu de vie qui fait partie de la routine de plusieurs usagers et qui est significatif pour ces derniers.

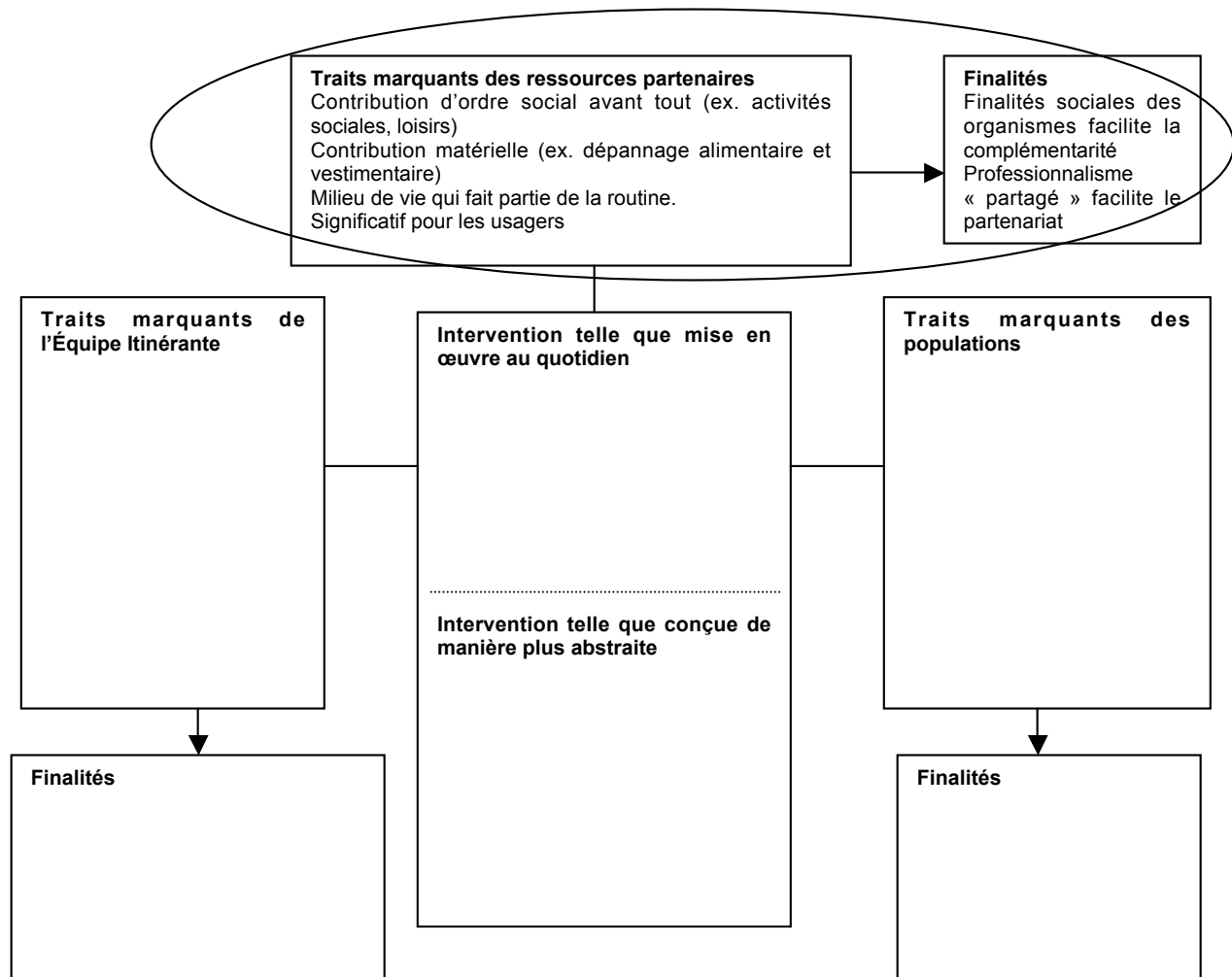


Fig. 4 : Schéma analytique de l'intervention prenant en compte les finalités et les traits marquants attribués par les membres de l'Équipe Itinérante sur les ressources partenaires.

4.1.3. Finalités et traits marquants des populations

Finalités

De manière générale dans les entrevues, on relève assez peu de finalités attribuées aux populations par l'Équipe Itinérante. Ceci peut être attribué au fait que la question des finalités des populations n'a pas été directement abordée dans les entretiens. Pour autant les populations (leurs préoccupations, leurs besoins, leur état de santé) ressortaient de manière transversale au travers des différentes questions et ont été évoquées longuement au cours des entretiens avec les intervenants. On remarque que les quelques finalités retracées font l'objet d'un consensus chez la plupart des membres de l'Équipe. Les finalités des populations vis-à-vis des interventions de l'Équipe représentent, dans la majorité des cas, les besoins que l'Équipe attribue à celles-ci lorsqu'elles se présentent et rencontrent les intervenants.

Concernant la demande, on peut identifier deux « catégories » de personnes rencontrées par l'Équipe. Certaines personnes se présentent avec une demande bien précise dans le but de trouver

une réponse à une question, de se faire prendre leur pression, de recevoir un conseil, ou de trouver une solution par rapport à un problème de santé circonscrit (ex. médication, régulation du diabète, insomnie, etc.). D'autres viennent rencontrer l'Équipe sans demande clairement formulée, et ce, de façon plus ou moins régulière. L'imprécision et le flou que les membres de l'Équipe attribuent aux demandes d'une certaine catégorie de personnes signifie-t-il que les intervenants n'attribuent aucune finalité à cette catégorie de personnes lors de leur rencontre ? Lorsque les personnes sans demandes précises sont évoquées par les membres de l'Équipe, il semble y avoir une légère incompréhension et une incertitude quant au type d'intervention à poser.

Or l'écoute compréhensive n'est-elle pas en soi une forme d'intervention ? Le caractère paradoxal de cette forme d'intervention est que justement, elle ne ressemble pas à une intervention typique (dans laquelle il y a littéralement de « l'action »). Elle renvoie davantage à une écoute « thérapeutique non réciproque ». Cette écoute peut représenter une fin en soi ou encore un préalable nécessaire à ce que s'établisse un lien de confiance qui va permettre d'autres types d'intervention :

Comment ça se passe ? Beaucoup par l'écoute. Les gens qui vivent des difficultés ont souvent bien besoin d'en parler donc plus souvent, le lien se bâtit comme ça et peut-être que ce lien se construit aussi par le fait qu'on les revoit de semaines en semaines puis qu'ils ont des suivis puis qu'on devient des relations assez proches, quand même toujours à sens unique, toujours de façon thérapeutique, non réciproque. Comment ça se bâtit ? Comme ça, par l'écoute tout simplement et par la constance comme je disais tantôt. On est là souvent et ils savent où nous trouver.

Les membres de l'Équipe s'entendent pour dire qu'au-delà de la formulation ou de la non-formulation d'une demande, la majorité des personnes rencontrées ont d'abord besoin de parler, d'être écoutées par quelqu'un qui est extérieur à leur réseau immédiat, de recevoir de l'attention, d'être rassurées et mis en confiance.

Au-delà de ces finalités plus directement liées à l'intervention, certains membres précisent par exemple le fait que contrairement aux préjugés qui stipulent que ces populations marginalisées se préoccupent peu de leur bien-être et de leur santé, celles-ci démontrent plutôt un grand désir de rester en santé, de se protéger et « d'être quelqu'un ». Les finalités en jeu ici relèveraient davantage de l'identitaire, du bien-être, de l'estime de soi.

Traits marquants

Lors de la réalisation des entretiens, nous avons particulièrement accentué la caractérisation des usagers par les membres de l'Équipe puisqu'elles sont au cœur des interventions de l'Équipe et représentent l'objet principal de recherche. Le premier constat qu'on peut tirer de la caractérisation des populations par les membres de l'Équipe est qu'elles sont définies en premier lieu sous l'angle du manque individuel psychologique, social et matériel (par exemple, un faible réseau social, un manque d'estime de soi, des difficultés financières, une absence d'habiletés sociales, de l'instabilité, des difficultés d'organisation). Les déficiences structurelles auxquelles

sont confrontées ces personnes (réseau public de santé et services sociaux mal adapté à leurs besoins, manque de logements à prix modique à Laval, difficultés à trouver un emploi) apparaissent au second plan par rapport aux déficiences individuelles. De plus, ce qui ressort de façon unanime auprès des intervenants est la prévalence des problèmes de santé mentale. Cette problématique est souvent abordée avant la pauvreté matérielle, le manque de logement et l'isolement, qui sont mentionnés immédiatement après.

Pour la plupart des membres de l'Équipe, les problèmes des personnes s'inscrivent sur le long terme, dans des tangentes de vie en dégringolade ou qui ne connaissent pas de changements et d'améliorations positifs dans le temps. À cet égard, la question de l'enfance (enfance difficile, abus, absence de modèle) est souvent mentionnée comme une des causes de la situation présente de la personne.

Sur le plan des compétences, deux caractéristiques sont attribuées simultanément aux populations. D'une part, l'ignorance des services et des ressources qui permettent de répondre à leurs besoins. D'autre part, ce manque d'habiletés individuelles est compensé par des stratégies de débrouille permettant de s'en sortir au travers par exemple, de réseaux illégaux. Pour une partie de la population, l'organisation et l'assiduité dans la fréquentation des ressources est soulignée. On parle de l'établissement d'une routine qui, en soi, représente également une forme de stratégie. Ces personnes qui ont une routine bien établie constituent un « noyau stable » qui est entouré de personnes « satellites » qui fréquentent les ressources de manière plus irrégulière.

Une idée importante mise en évidence concerne l'existence d'un continuum entre la situation matérielle et la santé physique et mentale. Par exemple, une situation financière précaire peut engendrer un stress duquel peuvent découler des problèmes d'hypertension. De même, un logement insalubre peut générer une dégradation des conditions de santé physique. En ce sens, les personnes précaires en termes de logement, de finances, d'emploi ou de réseau social sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé.

Quelques groupes se détachent de cette population qui est décrite d'une manière plutôt homogène. Par exemple, les personnes âgées sont décrites comme des personnes très organisées, ce qui leur permet d'avoir une meilleure situation financière (meilleure gestion de leur argent). Elles fréquentent les ressources avec des besoins précis. Les immigrants fréquentent les ressources communautaires, mais peu ou pas le réseau public de services. La famille demeure la première référence puisque leur réseau familial est souvent très développé. Les jeunes forment une population particulièrement fragile et à « risque » d'itinérance, surtout ceux qui sortent des centres jeunesse à dix-huit et ceux en décrochage scolaire.

La population et les problèmes de pauvreté rencontrés sont souvent définis par opposition à l'itinérance au sens strict telle qu'elle est visible à Montréal (concentrée au centre-ville, personnes qui dorment dans la rue, transportent tous leurs biens). Un intervenant lance l'hypothèse selon laquelle Laval serait davantage un lieu d'émergence de l'itinérance et que l'absence de ressources d'hébergement pour les itinérants entraînerait la « traversée » sur l'île de Montréal de plusieurs personnes en situation d'itinérance : « C'est arrivé je ne sais pas combien de fois de toute façon que les policiers ont dû traverser le pont pour aller porter quelqu'un dans une ressource d'hébergement l'hiver ». Il est également mentionné que les ressources communautaires de la région de Laval sont sous-financées par rapport à Montréal, d'une part à

cause de la proximité de Laval et Montréal et, d'autre part, à cause de la non-reconnaissance de la pauvreté et plus spécifiquement de l'itinérance à Laval.

À Laval, la pauvreté est plutôt de type caché, invisible, même si les intervenants parviennent à la localiser dans des quartiers particuliers tels que Chomedey, Pont-Viau et Laval-des-Rapides. Avec leur expérience, les intervenants peuvent également préciser des « points chauds » dans certains motels (Le Chez Nous), parcs et des rues (boulevard des Laurentides, rue Ampère) ou des intersections (Curé-Labelle/Notre-Dame). Ces connaissances ont été accumulées grâce à l'expérience des intervenants et à certains contacts avec des partenaires du milieu (policiers, commerçants, l'Urgence sociale). La localisation des populations n'était pas clairement définie à l'origine.

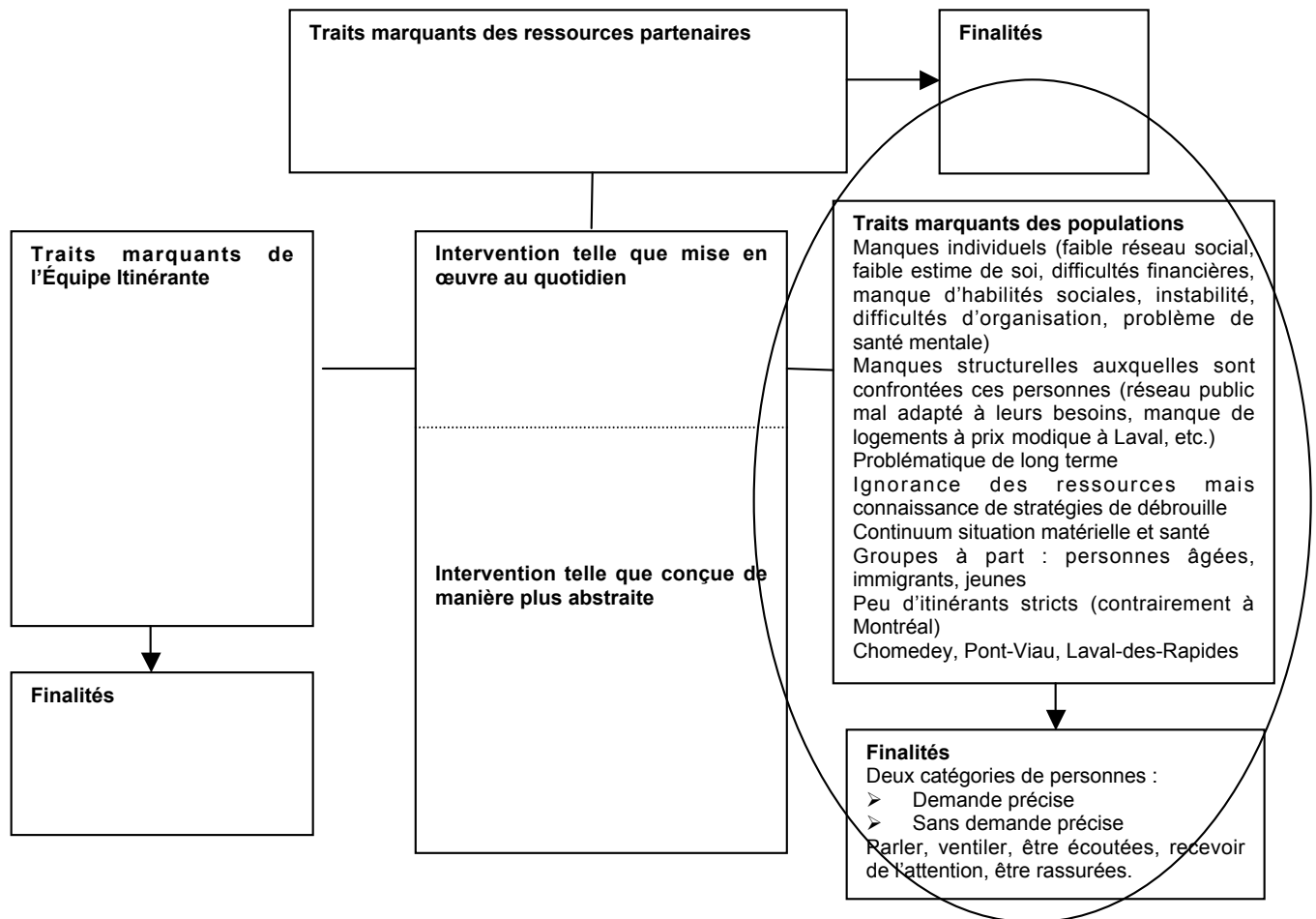


Fig. 5 : Schéma analytique de l'intervention prenant en compte les finalités et les traits marquants attribués par les membres de l'Équipe Itinérante sur les usagers.

4.2. L'intervention telle que conçue par les intervenants

Précédemment, nous avons questionné les finalités de l'Équipe à partir d'un regard porté sur les entrevues et le matériel documentaire. Au départ, nous avons mentionné comme hypothèse le fait que les interventions s'appuient sur ces finalités qui sont projetées à la fois sur l'Équipe Itinérante, sur les populations rencontrées et sur les ressources partenaires. Les interventions représentent des moyens en vue de réaliser les finalités visées. Toujours à partir des schémas analytiques, nous avons réuni les différentes conceptions de l'intervention chez les intervenants de façon à dégager des grands pôles de l'intervention. Pour quelques-uns de ces pôles, nous avons dressé un spectre des différentes perspectives qui pouvaient être prises par les membres de l'Équipe. À la fin de cette partie se trouve un schéma qui synthétise les nouveaux éléments apportés par rapport à la conception de l'intervention.

La création de liens autour de la personne

L'idée du lien est centrale pour chacun des membres. À ce titre, les membres de l'Équipe Itinérante agissent à la fois « comme le lien entre la personne et les ressources du réseau public ou privé » (« pont ») et comme les créateurs de liens autour et avec la personne. La première conception du lien renvoie principalement au terme de « référence ». L'Équipe agit alors comme un intermédiaire qui, après avoir rencontré une personne et évalué son état, la renvoie à des services plus spécialisés afin qu'elle soit prise en charge ou reçoive les services adéquats. L'écueil à éviter serait ici de se contenter de la simple référence qui renvoie davantage à une gestion technique des populations sans engager véritablement chacun des acteurs. La seconde conception du lien renvoie davantage à la notion de « complémentarité ». Celle-ci pourrait être définie comme une action collective qui vise à créer un réseau autour de la personne avec sa participation active, afin qu'elle reçoive de manière adéquate les soins dont elle a besoin. Ce lien peut par exemple être établi entre le propriétaire de logement, le médecin et un intervenant d'une ressource communautaire afin de soutenir une personne dans une démarche particulière (ex. prise de médicament). La complémentarité renvoie à l'idée que chacun apporte un savoir, une pratique, une compétence également importants du point de vue de l'intervention.

L'information et l'autonomie

La question de l'information est envisagée dans deux optiques différentes, celle de la prévention et celle de la compréhension. D'une part, les membres de l'Équipe soulignent l'importance de la prévention, qui passe concrètement par la distribution de dépliants informatifs, la tenue d'ateliers dans les ressources et un transfert d'information dans un objectif pédagogique. D'autre part, la question de l'information se pose comme condition nécessaire à l'intervention. Pour pouvoir agir de concert avec la personne, il faut minimalement que la personne ait une compréhension de son état. Dans les deux optiques, ce qui est visé est la prise en main par la personne de sa situation et son autonomie :

L'alimentation, je vais lui apporter des dépliants sur l'alimentation pour qu'il s'en serve. On est en lien ici avec des nutritionnistes alors je vais fouiller dans leur documentation et

j'apporte ça au client pour compléter, continuer l'information. Le médecin, c'est son rôle médical, la prescription et les analyses. Moi, c'est vraiment le rôle de prévention, d'éducation. C'est 'information'. Je m'assure que le client comprend bien l'essence de sa maladie pour que vraiment, il se prenne en charge.

La volonté de la personne comme point de départ

La volonté de la personne est perçue comme une condition minimale de l'intervention :

je suis convaincue qu'il est possible d'intervenir avant [l'itinérance], dans la mesure où la personne a envie de faire ce choix de vie ou a envie de mettre le pied dans la roue.

Les intervenants conçoivent différemment les manières de déclencher ce désir de prise en main et de susciter la volonté chez la personne d'améliorer sa condition. Pour certains, il s'agit d'offrir un modèle de conduite valorisant qui représente une alternative à la situation vécue par la personne (« modeling »). Pour d'autres, il s'agit de rattacher des exemples parlants destinés à faire la lumière sur leur situation de manière à ce qu'ils aient une emprise sur celle-ci. Enfin, cette prise de conscience doit mener la personne à se réapproprier ce qui est proposé par les intervenants :

Je pense, par exemple, à ceux qui n'ont plus de cartes d'assurance-maladie, faire en sorte d'obtenir ça permet de remettre la personne sur la piste, ça l'aide à se dire qu'elle veut améliorer sa situation, qu'elle veut bénéficier des services pour améliorer ses conditions de vie, sortir de la pauvreté, sortir de l'isolement.

L'intervention personnalisée. Partir de la personne et de ses besoins.

Quel que soit le type de demande ou le degré de clarté de celle-ci, l'intervention est à chaque fois envisagée de manière personnalisée contrairement à un modèle d'intervention standardisé. Il faut partir des besoins des personnes et l'intervention ne peut pas être un modèle mécaniquement appliqué. Entre aussi en compte la personnalité de l'intervenant qui peut partager ou non des affinités avec les personnes rencontrées, ce qui, de fait, peut faciliter ou non l'intervention.

Liberté d'action et originalité

La diversité de besoins rencontrés chez les personnes appelle une grande souplesse et une marge de liberté importante dans l'intervention. Cette liberté est au cœur de la création de l'Équipe. À ses débuts, l'Équipe s'est inspirée du modèle de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs. Cependant, la réalité de l'itinérance à Laval n'étant pas la même qu'à Montréal, l'Équipe a dû innover dans ses pratiques et ses interventions ont évolué au contact des populations. Ces populations sont des populations atypiques et l'intervention plus « classique » telle que pratiquée en CLSC ne colle pas toujours à leur réalité. Un intervenant décrit ainsi la nécessité de faire preuve d'originalité et de créativité lors des interventions :

On ne peut pas tout le temps aller du point A au point B, comme on le fait ordinairement. Tu arrives avec une personne qui a une demande claire et précise ; tu réponds à sa demande claire et précise. Quand tu fais affaire avec des personnes comme ça [itinérantes ou à risque], tu n'as pas de demandes claires et précises. Il faut que tu y ailles avec ce que tu vois, ce que tu penses, avec ce que tu réfléchis puis tu embarques là-dedans. L'approche est différente. [...] Négocier, appeler, trouver des moyens originaux, s'utiliser soi, c'est toutes des choses comme ça qu'il faut faire.

L'établissement d'un lien de confiance avec la personne

Le cadre souple et informel de l'intervention est plus propice à l'établissement d'un lien de confiance. Spontanément et sur une base volontaire, les personnes peuvent rencontrer les membres de l'Équipe. La constance de la présence de l'Équipe dans les ressources favorise également l'établissement de ce lien de confiance :

c'est sûr que c'est la présence continuelle, le fait d'être là, d'être connu fait en sorte qu'il y a un lien de confiance qui s'établit et peu à peu les personnes se rapprochent, viennent poser des questions. Évidemment si ça touche leur santé plus particulièrement, ça va leur permettre, en toute confiance, de pouvoir finalement en parler. Donc, c'est vraiment ça. Le fait d'être là.

Enjeu du temps, durée du contact et de l'intervention

Cette confiance s'établit dans le temps et elle repose sur la présence régulière de l'Équipe qui est disponible dans les mêmes endroits, aux mêmes heures, à une fréquence plus ou moins grande. Ceci permet de les faire entrer dans le paysage des ressources et dans une certaine familiarité et routine. À cet égard, un intervenant mentionne ceci :

On est attendu dans les ressources. On y va à un rythme régulier, on a un horaire et les gens nous attendent et nous passent des commentaires : «Vous n'étiez pas là la semaine passée» si il y a eu quelque chose qui nous a empêchés d'y aller.

Dans certains cas, l'enjeu du temps se pose d'une manière différente. Ce sont des personnes qui viennent de manière ponctuelle, « en coup de vent » et pour lesquelles il faut avoir un impact rapidement :

En même temps je me disais qu'il y a des gens qu'on ne verra pas nécessairement longtemps. C'est plus du court terme. Ils viennent, ils s'en vont. Quand ils viennent, mon défi, c'est de leur transmettre quelque chose. Il faut qu'ils aient le sentiment de repartir avec quelque chose quand ils viennent et je n'ai pas grand temps. J'ai un quinze minutes, un vingt minutes.

L'accueil, le suivi et l'intervention. Quelle distinction ?

Une nuance est faite par certains membres entre l'accueil, le suivi et l'intervention. L'accueil est ponctuel, informel et spontané, par opposition à une intervention qualifiée de

pratique plus structurée, lourde et planifiée :

L'intervention, c'est dans notre jargon à nous. L'intervention, c'est vraiment : on ouvre un dossier, on a une demande précise, on fait un suivi, etc. Pour nous, ça c'est une intervention. Tandis que l'accueil, je le vois comme égal et ponctuel. [...] c'est bien simple : c'est une présence.

Pour d'autres, cette distinction n'est pas utilisée. L'accueil constitue en lui-même un premier pas en vue de l'intervention et ils vont plutôt parler de cliniques bio-psycho-sociales. Quant au suivi, il est également envisagé différemment au sein de l'Équipe. Certains l'envisagent uniquement comme faisant partie de l'intervention sur le terrain (suivi informel tenant compte des obstacles liés aux circonstances) alors que d'autres le voient aussi comme une porte d'entrée sur la prise en charge institutionnelle.

Conception de la capacité d'impact

Chez les membres de l'Équipe, on dégage différentes tendances dans la conception de la capacité d'impact sur les personnes :

Avoir un impact immédiat car il n'est pas certain que l'on reverra la personne par la suite (Théorie de l'impact).

Avoir un impact sans toutefois que celui-ci ne bouleverse pas complètement les repères de la personne (idée que certaines personnes ont peur du changement dans leur vie).

Apporter de petites améliorations, de petits changements qui s'inscrivent dans le long terme (Théorie des petits pas. Ne pas attendre un grand changement).

Dans « l'idéal », améliorer la santé et l'autonomie et créer un lien avec le réseau. « À plus petite échelle », faire en sorte que la personne se sente simplement mieux après avoir rencontré l'intervenant.

Importance de questionner les pratiques et de les soumettre à un examen critique

Le pendant de la liberté de l'Équipe est sa responsabilité de questionner et de remettre en cause ses pratiques. Comment joindre les populations et agir sur elles de manière efficace? Ces questionnements font l'objet d'une réflexion collective depuis la création de l'Équipe. Ceci se traduit sur le plan des pratiques par des essais, des tâtonnements et des tentatives. La collaboration avec les ressources engendre parfois certaines tensions (finalités divergentes, manque de communication, clarté des mandats, etc.) qui impliquent également de repenser, reformuler et proposer de nouvelles formes d'intervention. En ce sens, des intervenants mentionnent que l'établissement d'un contact prend du temps mais qu'il ne faut pas non plus hésiter à remettre en questions des partenariats qui ne sont pas efficaces et qui ne permettent pas de rejoindre la clientèle ciblée.

Synthèse des pôles de l'intervention

Ces différents pôles de l'intervention peuvent être intégrés dans le schéma analytique de l'intervention. Ils correspondent à l'intervention telle que conçue de manière plus abstraite.

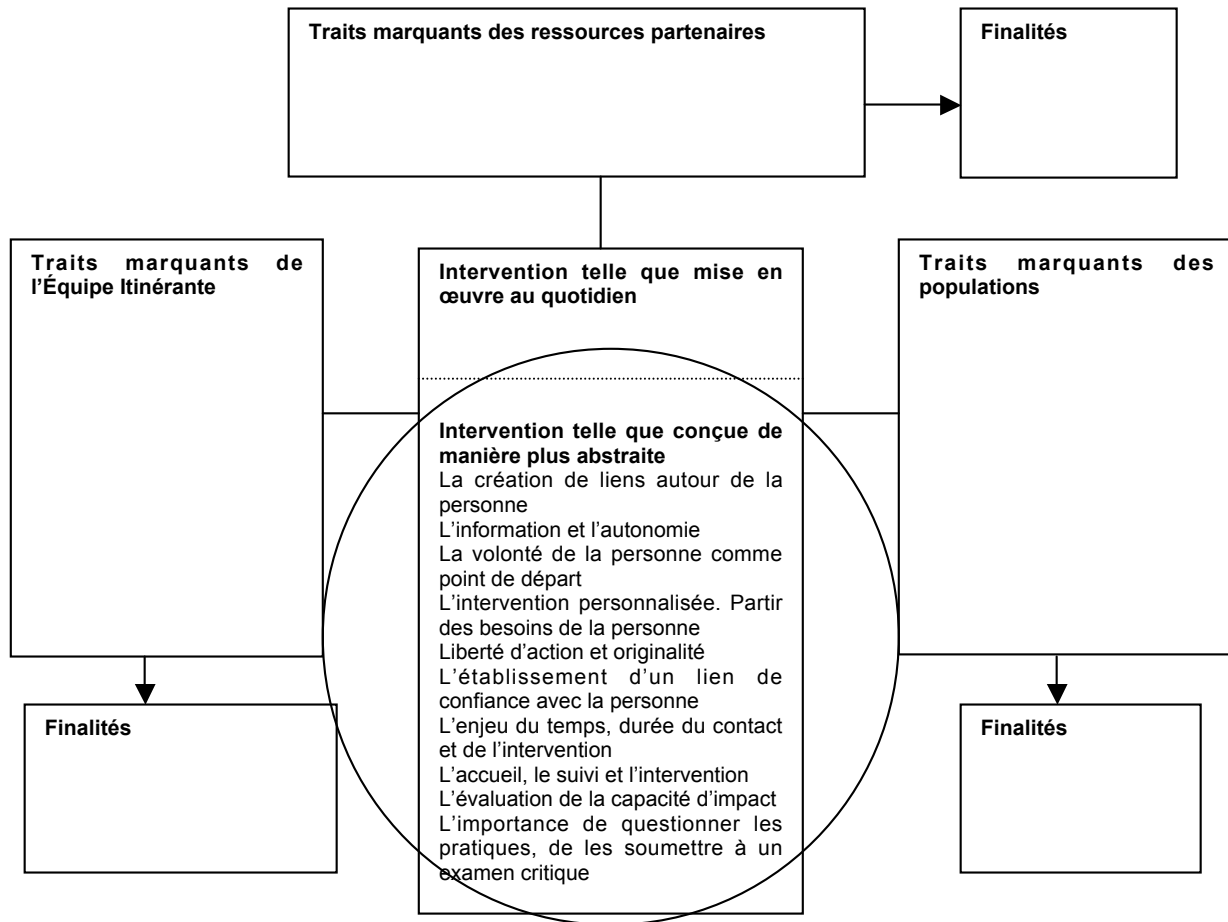


Fig. 6 : Schéma analytique de l'intervention prenant en compte l'intervention telle que conçue de manière plus abstraite par les membres de l'Équipe Itinérante.

4.3. Une diversité de situations : des exemples d'intervention

Au cours des entrevues, les intervenants étaient invités à parler de leurs deux dernières interventions. Cette partie porte particulièrement sur ces exemples d'intervention qui viennent enrichir la conception de l'intervention. Nous avons extrait et résumé ces exemples afin de vérifier la correspondance ou non avec les pôles de l'intervention dégagés précédemment. Il est important de noter que l'objectif ici n'est pas de juger de la pertinence ou non des interventions réalisées. Chacun des exemples mentionnés par les intervenants est important en soi puisqu'ils révèlent à la fois la spécificité et la diversité des situations rencontrées. L'emphase est portée sur l'innovation dans la pratique.

Exemple 1 : Avertissement - Zone grise

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec une personne qu'il suit depuis deux ans. Il dresse un portrait de l'ensemble de ses interventions auprès de cette personne.

Portrait de l'intervention :

La personne avait un mauvais état de santé lors de la première consultation. Elle ne voulait pas aller à l'hôpital. Référence au médecin de Santé Mentale.

Personne à risque d'itinérance qui se situe dans une « zone grise » : ne peut pas rentrer ni à l'Urgence ni en psychiatrie.

L'intervenant a la sensation d'être démuni en terme de ressources d'hébergement et de disponibilité des médecins.

Interventions de l'Urgence sociale à plusieurs reprises (aide alimentaire, logement)

Mise en contact avec l'Aide sociale par l'intervenant et demande de contraintes sévères à l'emploi.

Soutien du conjoint, régulation de son agressivité.

Divorce de la personne. La charge était trop lourde à porter pour son conjoint.

Déménagement avec la voiture de l'intervenant dans un nouveau logement, encore précaire (suite page suivante).

Respect de l'autonomie et de fierté de la personne. L'intervenant la laisse expliquer sa situation.

Conduite chez le dentiste et démarches pour une ordonnance non couverte par l'aide sociale.

Substitut de repas pour la maintenir sa santé.

Diminution du suivi.

Amélioration de son moral.

Contact gardé avec la personne malgré l'amélioration de son état

Création d'un parcours personnalisé et d'un réseau autour de la personne

Cet exemple illustre l'inadaptation des services de type classique en CLSC ou dans le réseau de santé et de services sociaux et l'importance de créer un parcours individualisé qui corresponde aux besoins spécifiques de la personne. La personne ne voulait pas être prise en charge par un hôpital et ne correspondait pas aux populations visées par les services psychiatriques et ceux de l'urgence. Elle se situait dans une « zone grise ». Elle n'était prise en charge par aucune ressource et ne voulait pas l'être. Il y avait un risque de la « perdre » :

De la perdre, ça veut dire que tu es démunie parce que là, tu n'as pas d'hébergement. Tu es démunie parce que là, il faut que tu fasses une demande d'aide sociale. Il faut qu'elle voie un médecin, mais les médecins... une chance qu'on en a un dans l'Équipe parce que les cliniques privées qui vont décider de remplir le formulaire pour que madame ait le maximum d'invalidité, oublie ça! Les médecins vont dire « on ne la connaît pas, et on ne sait pas qui elle est. Donc on ne peut pas remplir ça. Il faudrait la connaître. » Il faut se présenter à plein de cliniques, à l'urgence. Ça ne marche pas. Ce n'est pas une femme pour l'urgence. En psychiatrie, ils vont dire ' bien non madame, vous n'avez pas de maladie mentale comme telle'. C'est quelqu'un qui arrivait dans les zones grises. C'était gris partout.

L'intervention réalisée par l'Équipe ne repose pas sur un schéma d'intervention prédéterminé et simplement appliqué à chaque cas, mais constitue une intervention qui compose avec les besoins et les attentes de la personne, les ressources de l'intervenant et les contraintes du réseau. En tenant compte de ces trois éléments, il s'agit de créer un parcours personnalisé dans lequel la personne est mise à contribution de manière active afin de participer à l'amélioration de son état de santé et de bien-être. Il ne s'agit pas d'une intervention « pour » mais une intervention « avec » la personne. La démarche conduite collectivement avec la personne, dans le respect de sa personne et de ses capacités. On peut souligner la créativité de ce type d'intervention qui doit composer avec les « moyens du bord » allant jusqu'à utiliser sa voiture puisque les ressources sont limitées et qu'il ne veut pas arrêter la démarche pour autant.

Ce qui apparaît paradoxal dans cet exemple, c'est que tout se passe comme si c'était le réseau lui-même qui fermait les portes à l'amélioration de la situation de la personne, dont on nie l'individualité et qu'on traite comme une simple usagère. L'intervenant, accompagné de la personne, doit mobiliser toutes les ressources disponibles et inventer de nouvelles voies pour qu'elle puisse bénéficier des services et des soins au titre d'un individu à part entière.

Exemple 2 : Des demandes... diversifiées!

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre une femme qui avait des questions liées à sa sexualité.

Portrait de l'intervention :

**La personne venait rencontrer l'intervenant pour la première fois.
Elle venait pour une demande précise : recevoir une question liée à sa sexualité et son hypertension. Est-ce que la masturbation peut être dangereuse étant donné son problème d'hypertension ?**

L'intervenant a répondu à sa question et considère son intervention comme de l'éducation.

Cet exemple reflète bien la diversité des situations auxquelles est confrontée l'Équipe et le travail d'information et d'éducation qu'elle est amenée à faire auprès des personnes :

Donc, c'était de l'éducation, finalement, mon intervention par rapport à la santé sexuelle et l'hypertension, le lien entre qu'est-ce que ça fait l'excitation sexuelle au niveau de la fréquence cardiaque et tout ça. Voilà.

Le fait que cette dame vienne parler d'une question aussi intime avec l'intervenant de l'Équipe suggère que l'Équipe dégage un certain climat de confiance dans les ressources où elle assure une présence.

Exemple 3 : La vaccination comme porte d'entrée

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec un homme lors d'une clinique de vaccination.

Portrait de l'intervention :

**Un homme vient se faire vacciner par l'intervenant
La vaccination ouvre sur une discussion à propos du sommeil et de l'alimentation du fils de la personne rencontrée
Mise en lien avec l'infirmière scolaire de l'école de son fils, connue par l'homme**

Cet exemple, apparemment anodin, met en lumière le travail de mise en lien et d'inscription des personnes dans le réseau de santé afin d'améliorer la qualité de vie des populations. Il reflète aussi bien le fait que la demande formulée soit plutôt éloignée de ce pourquoi l'infirmière est présente. Dans ce cas-ci, une clinique de vaccination qu'on pourrait penser très technique permet d'aborder des dimensions plus larges en terme de qualité de vie (sommeil plus régulier, alimentation de meilleure qualité). La mise en lien se fait avec une infirmière scolaire connue par l'homme, ce qui le rassure dès le départ :

C'est banal là, mais ça illustre bien les liens qu'on peut créer et déjà il n'y avait plus : le lien de confiance, il connaissait l'infirmière des cours pré-nataux, il l'avait déjà rencontrée à l'école parce que son fils a, j'imagine, des troubles au niveau hyper actif. Là, j'ai fait comprendre à monsieur que le manque de sommeil et le chocolat, bien, il y a de quoi à être hyper-actif aussi.

Exemple 4 : Désamorcer la bombe

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec un homme qui était anxieux en vue d'une opération. Ceci l'amène également à parler de son avant-dernier contact avec cette même personne.

Portrait de l'intervention :

**L'homme était anxieux car opération en vue
L'humour a permis de réguler l'anxiété
Un lien existait déjà. L'homme était entré en crise puisqu'il venait de recevoir une menace d'expulsion de son logement
L'intervenant a rattaché sa situation à un sujet auquel il était sensible
L'humour lui a permis de relativiser sa situation
Un travail sur l'estime de soi a été fait avec l'homme
L'intervenant note l'obtention de résultats rapidement**

À l'origine, le premier contact s'est fait dans une situation de crise et cela a permis d'accrocher la personne et de la rencontrer à plusieurs reprises dans des situations d'anxiété ou de stress, sans qu'elle soit pour autant en situation de crise. On peut penser que l'intervention a permis de désamorcer une autre situation de crise (par exemple liée à l'opération), telle que la personne l'a vécu lors de la première rencontre. Il n'y a pas de rendez-vous qui est pris. La personne se présente de son propre chef et elle joue un rôle dans la régulation de son anxiété afin d'éviter la situation de crise. L'intervenant a fait prendre conscience de la capacité de la personne à avoir une emprise sur son propre stress et à pouvoir consulter l'Équipe avant d'être dans une situation extrême de tension. L'intervenant souligne également l'importance de la co-intervention dans cet exemple. La citation suivante illustre comment l'intervenant est parvenu rapidement à rattacher une passion à la situation vécue par la personne :

Il n'était jamais venu. Et là, il fallait faire quelque chose, il était en crise. Et tout de suite, je lui ai demandé s'il avait des passions, puis il s'est mis à me parler de la course automobile. Je lui demandais comment ça se passe. Il fait des courses automobiles, il est bon conducteur. Et là je lui demandais quand on a un bon conducteur, comment ça se passe? Il dit bien « tu amènes ton auto, et tu roules le plus vite que tu peux ». Et là je lui demande « le dérapage, ça se passe comment? » Après ça je lui ai fait voir qu'on peut déraiper mais woups, il faut se reprendre.

Exemple 5 : Routine en péril

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec un homme dont le mode de vie routinier a été mis en jeu par un problème de santé.

Portrait de l'intervention :

L'homme fréquente une ressource de manière régulière et quotidienne. Sa routine et sa stabilité font partie de sa qualité de vie, de ses repères
Une infirmière en soins de pieds détecte un problème de pieds qui risque éventuellement de nuire à sa routine
L'intervenant réfère à un centre de réadaptation à Montréal
L'aide sociale refuse de couvrir son soulier
L'intervenant note la nécessité d'innover et d'utiliser les moyens du bord pour que l'homme parvienne à avoir son soulier adapté.
Un lien de confiance a été établi. L'homme revient jaser régulièrement avec l'Équipe.

La personne avait de la difficulté à réaliser ce qui lui permettait d'être bien au quotidien, de socialiser, de rencontrer des gens dans les ressources, de rompre son isolement :

s'il ne peut plus marcher, il ne peut plus sortir de chez eux. Puis c'est important cette routine-là pour nous. C'est important qu'il sorte puis qu'il puisse aller vers les autres. Son petit circuit est important.

Un travail de négociation a été réalisé auprès de l'agent d'aide sociale et d'une fondation par l'intervenant afin que l'homme puisse obtenir son soulier adapté et que les dépenses soient couvertes. On peut dire que l'intervention a permis à l'homme de conserver sa routine, et ainsi de maintenir sa qualité de vie.

Exemple 6 : Dosette et dose d'attention

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec un homme qui a une problématique de santé mentale importante et qui vient de manière régulière voir l'Équipe.

Portrait de l'intervention :

La personne vient régulièrement (une fois aux trois semaines)
La personne avec une problématique de santé mentale mais ne prend pas sa médication de manière régulière.

**Elle n'a pas de demandes précises formulées.
L'intervenant offre une écoute, mais en profite pour travailler la question de la médication.
L'homme est suivi par un psychiatre.**

Ce qui est intéressant ici, c'est que la personne rencontrée est déjà inscrite dans le réseau de santé. Elle a un suivi régulier en déficience intellectuelle et en psychiatrie . Le rôle de l'intervenant consiste alors à donner des conseils pratiques concernant la médication (dosettes, heures de prise des médicaments) et simplement à offrir une écoute sans limites de temps, avec un caractère informel. Il s'agit en quelque sorte d'une action complémentaire à celle du psychiatre puisqu'on peut imaginer que la personne ne rencontre pas ce type d'écoute dans le réseau classique et que sans la présence de l'Équipe, elle ne prendrait pas sa médication de manière régulière. Si la personne rencontre couramment l'intervenant, ce dernier n'identifie pas son intervention à un suivi, mais plutôt à un accueil :

Aux trois semaines, ce n'est pas un suivi. Il vient nous dire bonjour puis il a besoin, je pense, d'attention, de contact, de chaleur. Il va toujours nous embrasser en arrivant et en partant et puis, il veut toujours faire prendre sa tension, prendre sa glycémie, même s'il n'a pas de problèmes. Avoir sa dose d'attention. Moi, je le vois comme ça parce qu'il a un suivi pour déficience intellectuelle, il a un suivi en clinique externe en psychiatrie, il a son psychiatre. C'est mur à mur. Mais monsieur a besoin de ça donc je fais juste répondre à ces petites demandes là, ce n'est pas un suivi.

Exemple 7 : Double identité

Mise en contexte : L'intervenant raconte sa rencontre avec une dame qu'il voit de manière régulière. L'intervenant profite de son double ancrage pour faire une intervention avec ses filles en milieu scolaire.

Portrait de l'intervention :

**La dame avait besoin d'attention et de parler et venait de manière routinière rencontrer l'intervenant.
Il l'a rencontrée à quelques reprises. Un lien de confiance s'est établi progressivement. Il a travaillé son estime d'elle-même.
L'intervenant a profité de son double ancrage scolaire-Équipe Itinérante pour travailler sur le lien avec ses filles.
La dame avait des difficultés à se présenter aux rendez-vous fixés
Elle avait besoin d'accompagnement dans ses démarches avec son médecin et sa prise de médicaments**

Pour beaucoup de personnes, l'équipe fait partie de leur routine, ce qui explique que plusieurs personnes se présentent sans demande précise sur une question de santé, pour venir échanger des nouvelles. Pour d'autres, la rencontre obéit à une demande précise et ponctuelle de réponse à une question ou un problème spécifique. Pour les deux types de rencontre, on remarque que l'écoute est centrale. Pour certains, elle est suffisante mais dans la majorité des cas, l'intervenant va essayer d'aller chercher ce sur quoi il peut travailler avec la personne et quelles ressources peuvent être mobilisées.

Alors que la double appartenance des intervenants (ex. FEJ et Équipe Itinérante) peut sembler une limite en terme d'investissement dans l'Équipe, on voit ici qu'elle joue un rôle dans la mise en lien dans l'accompagnement de la personne. Elle représente une possibilité d'action supplémentaire :

On a créé un bon lien et puis à un moment donné, elle avait de la difficulté avec ses deux filles. Puis comme je suis en scolaire, je lui ai dit « est-ce que tu aimerais que je vois tes deux filles pour les aider et puis ici au CLSC on offre des camps de vacances, et puis tout ça ». Elle a accepté. Je fais un suivi avec les petites. Et elle aussi, à l'occasion, elle vient me rencontrer. J'essaie de l'outiller avec ses enfants, pour elle même.

L'intervention telle que décrite dans les exemples : synthèse

Nous avons inscrit ces différents exemples dans le schéma analytique de l'intervention de manière à illustrer plus concrètement la mise en œuvre des interventions.

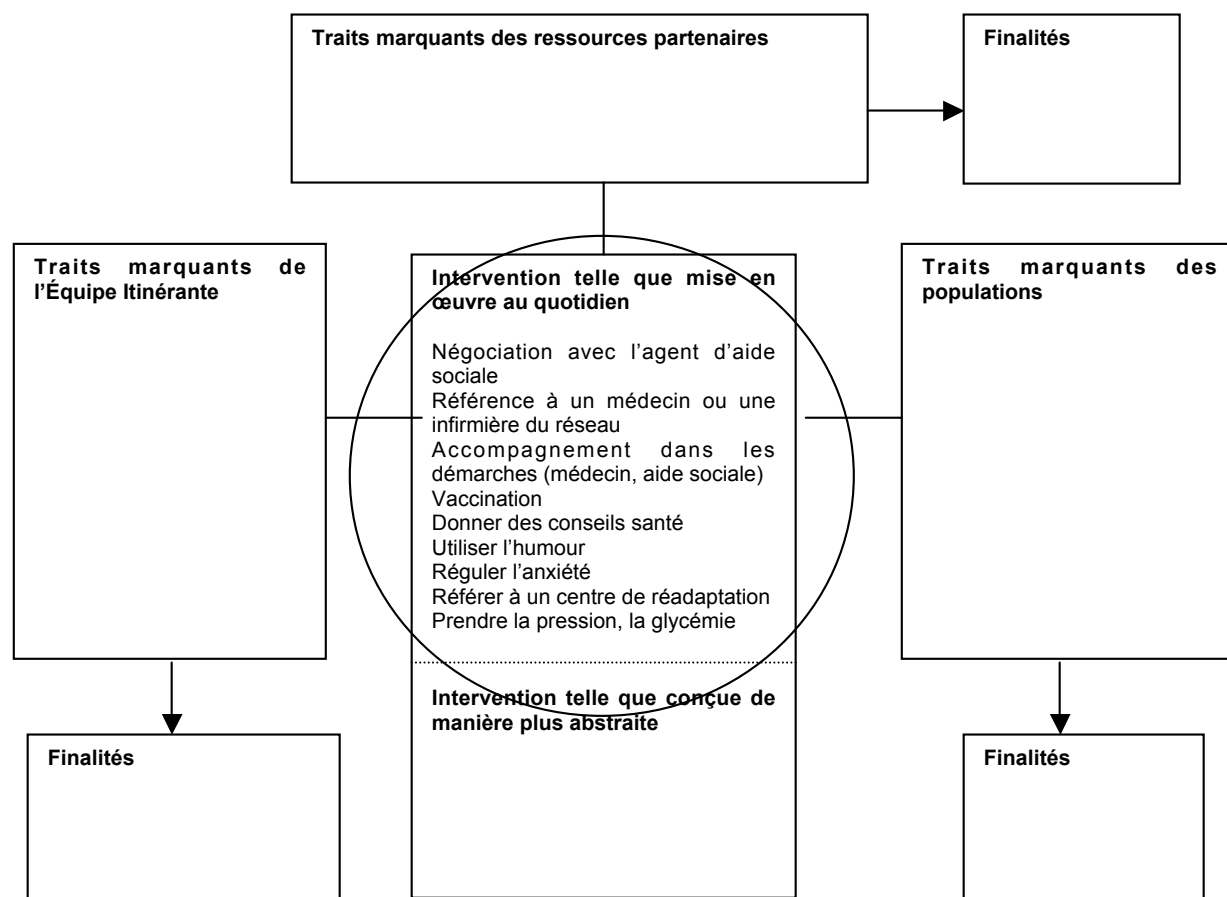


Fig. 8 : Schéma analytique de l'intervention prenant en compte l'intervention telle que mise en œuvre au quotidien par les membres de l'Équipe Itinérante.

4.4. Mise en lien : les entrevues rencontrent les écrits

Les entrevues ne sont pas le seul matériel dont nous disposons pour analyser les finalités et les traits marquants que l'Équipe s'attribue et attribue aux ressources partenaires, aux populations et aux usagers. Les documents officiels de l'Équipe (les bilans) nous renseignent également sur ces éléments. La création de l'Équipe remonte à 2001. Ses pratiques et son mandat ont depuis lors évolué. Les entrevues sont réalisées en 2006. Existe-t-il un décalage entre ces de types de sources ? Quelles sont les grandes tendances qui traversent l'existence de l'Équipe et que l'on retrouve aujourd'hui dans les propos des membres de l'Équipe ?

Plus précisément, sur l'enjeu des populations, comment les populations et les usagers sont-ils définis dans les écrits ? La caractérisation récurrente est celle de populations « à risque » d'itinérance. Comment ce risque est-il défini ?

Enfin, concernant l'intervention proprement dite, comment est évaluée la contribution de l'Équipe et son impact dans les trajectoires de vie des usagers ? Comment l'intervention s'inscrit-elle dans un espace d'intervention parmi d'autres acteurs ? Quelles sont les compétences et les pratiques que l'Équipe doit développer afin d'intervenir auprès de ses usagers ?

4.4.1. Documents officiels

À partir du matériel documentaire de l'Équipe Itinérante, essentiellement des demandes de financement IPAC 2001 et 2003 ainsi que de la mise en candidature pour le prix des Approches Prometteuses en 2006, nous avons extrait les finalités de l'Équipe qui y sont mentionnées de manière à faire le lien avec les éléments dégagés des entrevues. Nous avons mis une emphase particulière sur la place de l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie dans les finalités. Cette section apporte un regard plus ou moins convergent avec les finalités et les traits marquants de trois groupes d'acteurs présentés précédemment.

Finalités en 2001 (Projet Itinérance à Laval, 2001)

En premier lieu, l'Équipe met de l'avant la nécessité de rejoindre et de repérer la population itinérante ou « à haut risque » d'itinérance qui n'est pas prise en charge par le réseau (*reaching out*). On peut ensuite dégager deux axes d'intervention, l'un centré sur l'idée d'une intervention directe dans le milieu naturel des personnes, et l'autre centrée sur la prise en charge dans le réseau de services sociaux et de santé. La question de l'accessibilité est au cœur de la définition de l'Équipe. Cette accessibilité se situe à trois niveaux :

- ✕ L'accès aux populations par le réseau (*reaching out*)
- ✕ L'accessibilité aux ressources publiques et communautaires pour les populations en marge du système
- ✕ Au sein du réseau, la création de liens opérationnels afin de mieux prendre en charge la personne.

Sur la question de la santé, le regard est davantage porté sur les services et leur qualité (services de santé globale) et non sur la population et leur bien-être. Dans la demande de financement IPAC I (2001), l'intervention sur la santé est pensée en termes de prévention et d'atténuation de la dégradation des conditions de vie des populations fragilisées. La question de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations n'est pas abordée directement. Cette idée repose sur une conception particulière des trajectoires de vie des populations, selon laquelle les conditions de vie se dégradent progressivement et inéluctablement. Dans cette perspective, l'intervention est pensée de manière à freiner et endiguer cette dégradation afin de stabiliser la trajectoire. Cette vision de l'intervention est plutôt restreinte et laisse de côté la question du changement d'état et du redressement des trajectoires en vue non seulement d'une atténuation de la dégradation, mais surtout d'une amélioration de la qualité de vie en termes de bien-être, de santé et de conditions de vie.

Finalités en 2003 (Projet Itinérance à Laval, 2003)

En 2003, les finalités décrites en 2001 sont reprises intégralement, à la différence que la question de l'autonomie apparaît. Il faut « renforcer les mesures de soutien » destinées à accroître l'autonomie des « personnes itinérantes ou à risque ». Plus loin, dans le document, les objectifs généraux et spécifiques sont décrits. Les objectifs généraux sont surtout axés sur l'accessibilité aux services, les liens entre le communautaire et le public, la concertation et la réinsertion sociale des personnes, alors que dans les objectifs spécifiques, on mentionne l'amélioration de l'état de santé et de bien-être, la prévention, la réduction des conséquences de l'itinérance sur la qualité de vie, le soutien aux organismes communautaires, etc.

Finalités en 2006 (Formulaire de mise en candidature pour le Projet des Approches Prometteuses, 2006)

L'autonomie apparaît de nouveau en 2006 mais sa définition est cette fois-ci précisée comme « un accompagnement dans les démarches de prise en main de la santé physique et mentale à travers le réseau institutionnel et communautaire ». L'amélioration de la qualité de vie n'est toujours pas mentionnée au premier plan. Elle est plutôt abordée comme un « résultat » possible mais non comme une finalité en soi.

De 2001 à 2006 : un constat principal

Dans les trois documents, l'enjeu de la difficulté des personnes itinérantes ou à risque à accéder aux services de santé est une préoccupation majeure. Ce qui est mis de l'avant, ce sont les difficultés personnelles en termes de comportements inadéquats, de stratégies de survie inefficaces, de manque de compétence, ou de troubles de santé mentale. L'emphase est mise sur les difficultés d'adaptation des personnes aux services.

4.4.2. Le risque d'itinérance : enjeu de la définition des populations

Dans son mandat officiel, en 2001, il est écrit que l'Équipe Itinérante intervient auprès des « francophones, anglophones et allophones à haut risque d'itinérance ainsi qu'auprès des mineurs, des jeunes adultes, des hommes et des femmes en grande difficulté, des itinérants situationnels, épisodiques et chroniques » (Projet Itinérance à Laval, 2001). Le « risque » d'itinérance est mentionné mais n'est pas clairement défini. Qui sont ces populations à risque ? À partir des propos mentionnés précédemment, on peut remarquer que selon les membres de l'Équipe, le « risque » d'itinérance est surtout présent lorsqu'une personne a des problèmes individuels. Ainsi, entrent dans la catégorie des personnes à risque les personnes qui ont un problème de santé mentale, un manque d'habilités sociales, des difficultés de gestion financière, qui n'ont pas de diplômes ou qui ont eu une enfance difficile.

Cependant, si on fait un retour sur les exemples, le risque se présente parfois sous un tout autre visage, plutôt en terme de rapports au système de santé et de services sociaux, de rapport au propriétaire. On parle de personnes qui se retrouvent dans des « zones grises » vis-à-vis du système, qui sont oubliées par le réseau institutionnel, de menaces d'éviction, des difficultés à trouver un logement abordable, des cadres rigides de l'Aide sociale. Certains membres de l'Équipe parlent également de facteurs systémiques impliqués dans la création de l'itinérance :

C'est en faisant plein de liens avec ce qu'on a lu, les observations qu'on a faites, qu'on s'aperçoit qu'au fond, c'est social, politique, économique. C'est tout le changement du réseau de la santé qui va amener de l'itinérance.

De manière générale, il semble y avoir certaines imprécisions dans la définition des populations auxquelles s'adresse l'Équipe. On parle d'itinérants, qui ne sont pas des itinérants « classiques » ou « stricts » comme à Montréal, et de personnes « à risque » dont le risque d'itinérance est conçu sous un angle individuel, alors que les exemples éclairent dans certains cas ce risque sous l'angle d'un rapport social. Cette difficulté à définir les populations itinérantes et à établir un consensus sur les causes de l'itinérance n'est pas propre à l'Équipe Itinérante. De fait, elle semble plutôt généralisée dans les univers de la recherche et de l'action (Roy & Grimard, 2006).

Dans les documents officiels et les entrevues, ce qui se dégage sur la période 2001-2006 est la permanence du constat qu'il existe des populations détachées du réseau, qui n'accèdent pas au réseau et ne le fréquentent pas. L'Équipe a pour but de rejoindre cette population et de leur offrir des services sociaux et de santé. La justification de l'existence de l'Équipe repose sur le fait qu'une partie de la population n'a pas accès aux services du réseau. Cependant, on peut noter une évolution dans le type d'explication de cette rupture avec le réseau. Dans les documents officiels, ainsi que nous l'avons vu précédemment, cette explication repose sur le manque de compétences individuelles, sur la désorganisation de la personne, etc. La question de l'adaptation du réseau à ces populations, ce pourquoi l'Équipe Itinérante a été créée, est laissée de côté. En revanche, dans les entretiens, des causes à la fois individuelles, structurelles et matérielles expliquent la rupture avec le réseau :

1. Causes individuelles

- ✗ Rapport passé à l'institution (mauvaise expérience, rapport heurté à l'institution, lié à la biographie de la personne)
- ✗ Manque d'information sur les enjeux liés à sa propre situation (idée que la compréhension par la personne de sa propre situation lui permet de se prendre en main et d'enclencher des démarches)

2. Causes matérielles (transport, manque d'argent, distance, manque d'information sur les services, accès à un téléphone, internet)

3. Causes structurelles (manque de médecins, délais d'attente, contact anonyme, rigidité du rendez-vous en CLSC)

Cette évolution dans la compréhension de la rupture entre le réseau et les populations permet d'avancer que le contact avec les populations et l'expérience accumulée par l'Équipe a permis d'affiner et de préciser les objectifs et finalités de l'Équipe formulés dans les documents. Ces explications sont moins stigmatisantes en termes de responsabilité individuelle, et renvoient à des explications partageant la responsabilité. Par exemple, un intervenant aborde les difficultés des personnes marginalisées à accéder aux services ainsi :

Bien, je ne dirais pas que je constate des peurs, je parlerais plus de la crédibilité : des gens qui n'ont plus de médecin mais qui ne savent pas non plus comment en avoir un : 'Je ne suis pas itinérante puis je n'en ai pas de médecin et je n'ai aucune idée comment en trouver parce qu'il n'y en a pas de disponible'. Donc, en même temps, quand on n'a pas accès à un paquet d'affaires facilitantes comme, aussi niais qu'un téléphone... Puis essayer d'avoir les numéros, d'avoir un bottin, d'avoir Internet, d'avoir le nom des cliniques, d'avoir une auto pour se déplacer, c'est encore moins facile.

4.4.3. Une intervention à la couleur des intervenants

Les exemples permettent d'affiner la conception de l'intervention telle qu'elle est définie abstraitement dans les propos. Au travers des exemples transparaît la diversité des situations auxquelles les intervenants doivent faire face. L'éventail des interventions recouvre aussi bien les situations de crise que les interventions plus routinières.

Chaque exemple éclaire sous un aspect particulier la conception plus personnalisée de l'intervention. Les intervenants évoquent leurs interventions dans des termes qui leur sont propres et soulignent différents aspects qui leur tiennent à cœur (par exemple, hygiène de vie, théorie de l'impact et des petits pas, réseau de communication et autonomie). Pour autant, cela ne remet pas en question les pôles de l'intervention dégagés, sur lesquels il y a consensus dans l'Équipe. Il faut voir cette diversité de regards sur l'intervention comme une richesse qui reflète la diversité du bagage des intervenants (formation, expérience), leurs valeurs, et qui reflète pour certains leur double appartenance (FEJ, Santé Mentale).

Lorsque l'on regarde les documents officiels, la définition de l'Équipe est très abstraite et désincarnée. Les exemples reflètent l'expérience acquise et la capacité des intervenants à faire face aux situations imprévisibles grâce, notamment à une meilleure connaissance des services du

réseau public, communautaire et privé qui permet de mieux orienter les personnes et de travailler conjointement avec les ressources disponibles.

4.4.4. Le bien-être, la santé et la qualité de vie

La question du bien-être a surtout été abordée par le biais de l'intervention. L'aspect problématique et la face négative du bien-être ressortent donc de manière particulière. Pour autant, cela traduit quand même un certain rapport entre les intervenants et la population qui a tendance à réduire la question du bien-être à la seule question du mal-être. Les principaux éléments qui se dégagent des entrevues (schémas) s'articulent autour de la crainte (être rassurés), l'isolement (contact, attention, chaleur humaine), l'incertitude (avoir une réponse, un conseil), le dénuement matériel (nourriture, besoins de base), la toxicomanie, l'instabilité, la faible estime d'eux-mêmes et le manque de reconnaissance.

L'existence de l'Équipe se justifie par la présence de problèmes de santé et de bien-être chez ces populations précaires et les interventions se font principalement lorsqu'une situation problématique est vécue par celles-ci. Cependant, on aurait pu penser que le contact informel de l'Équipe avec des populations qui, parfois, ne viennent que pour parler de leur vie, aurait nuancé le regard des intervenants en apportant une vision plus globale de la qualité de vie de leurs clients. Dans les entrevues, les populations sont dans la majorité du temps décrites en termes de manques et de déficiences.

4.4.5. Types de connaissances et création de nouvelles pratiques

Jusqu'à maintenant, nous avons abordé les dimensions des moyens et des finalités de l'Équipe Itinérante et porté un regard sur les populations ciblées par les interventions. Cependant, une dimension reste à approfondir. De fait, les différentes conceptions de l'intervention, des finalités et des populations ainsi que la pratique des intervenants se rattachent à des convictions, des expériences antérieures, des lectures ou encore à l'expérience même au sein de l'Équipe Itinérante. Cet axe a pour objectif de préciser la place de ces différents « types de connaissances » dans la conception des dimensions liées à l'intervention et dans la création de nouvelles pratiques et connaissances.

Dans le schéma analytique de l'intervention, une case a été réservée au membre de l'Équipe à partir duquel étaient développées les différentes conceptions de l'Équipe, des populations et des organismes partenaires. Dans cet espace, nous avons inscrit les informations liées à son expérience passée, à sa formation professionnelle, à son autre équipe d'appartenance, à son expérience personnelle de pratique au sein de l'Équipe. *A priori*, il semblerait possible de distinguer trois niveaux de connaissance et de pratique :

- ✕ L'expérience et la formation professionnelle de l'intervenant avant son entrée dans l'Équipe et/ou sa deuxième équipe d'appartenance (FEJ, Santé Mentale)
- ✕ Les écrits et les objectifs définis dans le mandat officiel de l'Équipe
- ✕ L'expérience accumulée dans la pratique au sein de l'Équipe

Ici, il ne s'agit pas d'identifier ces trois types de connaissance dans les entretiens, mais plutôt de simplement questionner le matériel afin de vérifier s'il est possible de distinguer ces trois niveaux de connaissance, et de vérifier si on peut distinguer un quatrième niveau qui repose plutôt sur les valeurs et les jugements (voir annexe III).

4.5. Synthèse du regard des membres de l'Équipe sur l'espace d'intervention

En regroupant les éléments d'analyse du chapitre IV, nous avons reconstruit un schéma analytique de l'intervention. Ce schéma donne une vue d'ensemble sur l'espace d'intervention. Il embrasse autant la description des différents acteurs par l'Équipe, que les finalités qu'elle attribue à ces différents acteurs. Dans la section suivante, nous proposons un schéma similaire du point de vue des intervenants des ressources rencontrés.

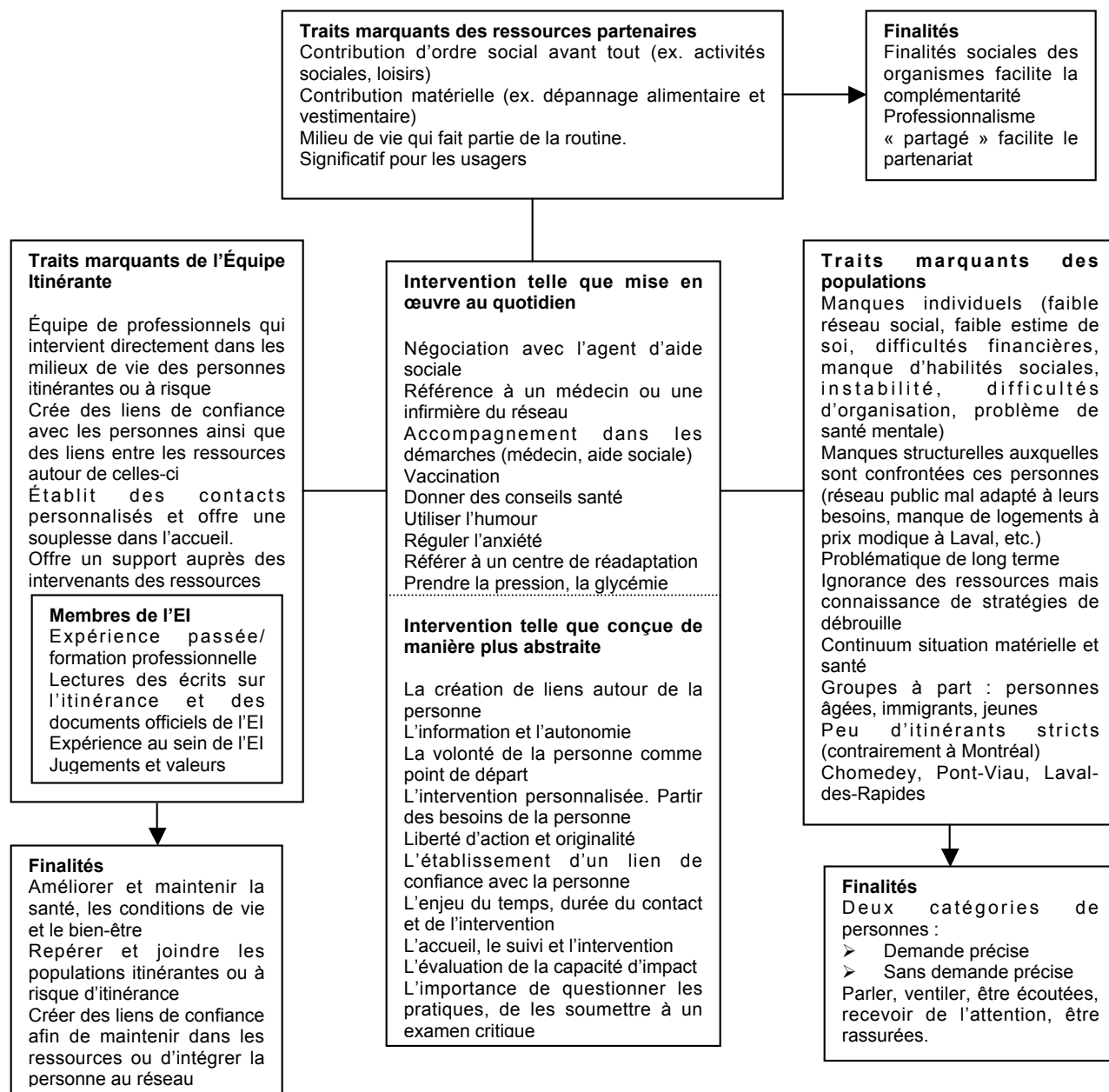


Fig. 9 : Schéma analytique complet de l'intervention construit à partir de l'ensemble de l'information recueillie dans les entrevues et dans les documents officiels de l'Équipe

-PREMIER ENTRACTE-

Vestiges de la première séance d'analyse collective

Envie d'une petite pause ? Voici un court entracte afin de vous plonger dans quelques notes prises lors du premier travail d'analyse collective réalisé avec l'Équipe Itinérante. Durant cette rencontre, les chercheurs et les intervenants étaient invités à réfléchir sur un premier document d'analyse réalisé par les chercheurs à partir des entretiens avec les membres de l'Équipe Itinérante. Chacun a pu se prononcer sur cette analyse, apporter ses critiques à son égard et enrichir la discussion par des réflexions personnelles. De plus, les chercheurs et les intervenants ont travaillé en petites équipes pour formuler des questions qui leur semblaient pertinentes. Ces questions étaient ensuite discutées en plénière.

Suite à la lecture de la première analyse faite par le CREMIS, les membres de l'Équipe Itinérante évoquent leur prise de conscience quant au décalage entre les écrits destinés à IPAC et ce que l'Équipe fait dans la pratique. Il ressort des discussions que les écrits de l'Équipe consistent bien souvent en des demandes de financement en vue d'obtenir un support financier. Ces documents ne permettent pas de mettre en valeur la richesse des interventions de l'Équipe Itinérante ainsi que la diversité des populations et des profils rencontrés. Certains se disent très conscients du fait que la réalité de l'itinérance n'est pas figée et évolue dans le temps mais que ce changement n'est pas ou peu pris en compte dans les demandes de financement.

Un chercheur soulève le caractère impersonnel des documents de l'Équipe. Les membres de l'Équipe justifient ce caractère par le manque de temps, le roulement du personnel et l'instabilité du financement. À cet égard, l'Équipe souligne le rôle que pourrait jouer la recherche à deux niveaux. Elle favorise en premier lieu, une prise de distance des intervenants vis-à-vis de leur pratique et facilite leur questionnement. Ce qui pourrait se traduire par des changements qui amélioreraient l'impact de l'Équipe sur le bien-être des populations. En second lieu, le projet de recherche aboutit à la réalisation d'un document collectif (produit par les chercheurs et les membres de l'Équipe), propre à l'Équipe et qui serait davantage représentatif de sa pratique au quotidien et de la diversité des populations rencontrées.

Un autre point soulevé par les membres de l'Équipe est le roulement du personnel, lié à la non récurrence financement. Ce roulement représente à la fois un élément négatif et positif ; négatif puisque les populations doivent constamment rebâtir des liens de confiance avec les intervenants et ceux-ci ont de leur côté de la difficulté à envisager des projets futurs pour l'Équipe ; positif en ce que les différents intervenants qui joignent l'Équipe apportent une richesse en termes d'expertise et de personnalité qui laisse des traces durables et participe de la diversité des pratiques d'intervention.

Un intervenant mentionne le fait que l'Équipe n'intervient pas majoritairement sur des itinérants mais plutôt sur des gens « à risque ». Il rend compte de la difficulté à définir ces populations et de la « zone grise » (entre l'institutionnel et le terrain) dans laquelle l'Équipe intervient. À ce sujet, une tension est soulevée entre la nécessité pour l'Équipe de s'inscrire dans cadre du CSSS sans pour autant qu'il ne devienne un carcan. Deux ans après la création de l'Équipe, le changement de nom de l'Équipe (Équipe Itinérance pour Équipe Itinérante) évoque

d'après ses membres l'idée selon laquelle elle doit nécessairement emprunter des voies parallèles et évoluer dans des zones grises pour atteindre ses objectifs.

Après une discussion en petits groupes, différentes questions sont formulées et discutées. Les questions qui émergent sont :

- a. L'écoute compréhensive est-elle une forme d'intervention en soi ? Comment caractériser l'écoute dans la pratique de l'Équipe ?
- b. En quoi la promotion et la prévention participent-elles à l'amélioration du bien-être et de la santé ainsi qu'au redressement des trajectoires ?
- c. Est-ce qu'en agissant de manière personnalisée auprès des populations marginalisées, on ne contribue pas à les marginaliser davantage ?
- d. Quels sont les atouts d'une équipe qui intervient dans des zones grises ?

Finalement, l'Équipe propose de faire une évaluation de l'impact de cette démarche participative sur leurs pratiques et sur l'Équipe en tant que telle.



Certains des éléments avancés lors de cette rencontre d'analyse collective ont été repris dans les constats de recherche énoncés dans le chapitre V de ce rapport.

CHAPITRE V : Regard des membres des ressources partenaires sur l'intervention et le bien-être

À partir des entretiens réalisés avec les intervenants des ressources partenaires, nous avons construit six schémas analytiques de l'intervention. Nous reprenons ici la méthode employée dans le chapitre IV, qui met de l'avant les finalités et les traits marquants attribués aux différents acteurs. Une attention est portée sur la spécificité de la contribution de l'Équipe selon les membres des ressources. Un seul schéma synthétique de l'intervention est présenté à la fin de ce chapitre.

5.4. Finalités et traits marquants attribués aux différents acteurs

5.4.1. Finalités et traits marquants attribués aux ressources

Finalités

À un premier niveau de lecture, les finalités repérables dans les propos des intervenants sont essentiellement propres aux différentes ressources qu'ils représentent (ex. procurer un logement pour les ressources d'hébergement). Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette spécificité :

- ✕ Les intervenants considèrent leurs interventions sous l'angle du mandat de leur ressource (regard acquis dans la pratique de l'intervention, « regard professionnel »)
- ✕ Les intervenants rencontrent des personnes qui viennent pour une demande précise, formulée en fonction des attentes qu'ils ont par rapport à cette ressource.

À l'inverse, certaines finalités sont énoncées par des intervenants mais pourraient potentiellement concerner toutes les ressources (ex. redonner de la fierté). On peut avancer que ces finalités seraient sans doute partagées par les autres intervenants qui les effleurent souvent sans les mettre véritablement en mots.

Traits marquants

Les intervenants rencontrés attribuent plusieurs caractéristiques spécifiques à leur ressource. Ces caractéristiques ne sont pas explicitement relevées ici. Il s'agit plutôt de mettre de l'avant les traits partagés par les différentes ressources, du point de vue des personnes rencontrées. Il est à noter que ces traits communs sont étroitement liés au type d'intervention réalisé dans ces ressources. Les intervenants rencontrés convergent sur deux éléments principaux. Premièrement, la majorité des intervenants mentionnent que leur ressource n'a pas pour mandat d'intervenir directement sur les trajectoires de vie et sur les problèmes des personnes rencontrées. Deuxièmement, elles offrent un suivi aléatoire et ponctuel qui, bien souvent, se limitent aux murs de leur ressource.

5.4.2. Finalités et traits marquants attribués à l'Équipe Itinérante

Finalités

La définition de l'Équipe Itinérante qui ressort de l'ensemble du matériel considéré de façon globale correspond à celle qui avait été dégagée dans les entrevues avec les membres de l'Équipe. Considéré intervenants par intervenants, cet ensemble de finalités attribué à l'Équipe Itinérante n'apparaît jamais de manière exhaustive. Chaque intervenant fait ressortir un aspect spécifique du mandat de l'Équipe (ex. amélioration de la santé). La compréhension du rôle de l'Équipe par les intervenants apparaît donc sur ce point assez fragmentée.

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer le caractère fragmenté de la compréhension du mandat de l'Équipe :

L'Équipe elle-même s'adapterait aux ressources et insisterait sur un aspect particulier de son mandat (question de l'adaptation aux ressources).

Le mandat de l'Équipe n'apparaîtrait pas clairement aux intervenants des ressources (question de la clarté du mandat de l'Équipe).

Traits marquants

Tel que mentionné dans le point précédent, dans les entretiens avec les membres des ressources, nous avons noté une certaine difficulté à caractériser le mandat de l'Équipe, surtout en ce qui a trait aux populations visées par l'Équipe. Le seul point qui ressort clairement des entretiens est le fait que l'Équipe Itinérante soit une équipe liée au Centre de Santé et de Services Sociaux de Laval qui intervient dans les milieux de vie des populations marginalisées.

5.4.3. Finalités et traits marquants attribués aux usagers

Finalités

En considérant de manière générale les discours des intervenants, on peut dégager une base commune et des spécificités dans les finalités attribuées aux populations. Premièrement, des finalités sont attribuées aux populations et partagées par les ressources, comme par exemple le besoin d'être valorisé et sécurisé. Deuxièmement, des finalités sont attribuées aux populations et propres à certaines ressources. Par exemple, pour une ressource d'hébergement, la principale finalité attribuée aux populations sera d'avoir un chez-soi.

Traits marquants

Les intervenants des ressources caractérisent leurs usagers et tentent d'expliquer ce qui motive les gens à fréquenter les ressources (l'Équipe Itinérante aussi bien que les ressources communautaires). On peut identifier dans leurs propos différents motifs de fréquentation :

Le fait d'être démunie, sans ressources

Les difficultés d'accès au réseau classique (manque d'information, moyens de déplacement, manque de médecins généralistes)

L'isolement (besoin de socialiser et de se désennuyer)

La désorganisation (besoin d'être assistés, dirigés et référés)

La réalisation d'une routine, habitudes de vie, voire mise en œuvre d'une stratégie d'utilisation des ressources

Un intervenant distingue également deux types de population du point de vue de la fréquentation des ressources. Certaines personnes font une « bonne » utilisation des ressources. Il s'agit alors clients réguliers du quartier, en majorité de personnes âgées, qui se présentent pour des besoins précis et spécifiques. Elles sont autonomes et n'occasionnent pas de troubles dans la ressource. D'autres personnes font une utilisation abusive des ressources. Ces personnes sont décrites comme étant sans repères et avec des besoins d'encadrement et de fermeté. Il est important de surveiller leur utilisation des ressources afin de limiter les abus. De plus, elles ne font souvent pas les démarches proposées par les ressources.

Au travers des motifs et des types de fréquentation, un portrait indirect des populations est dessiné. Les intervenants des ressources rencontrés se rejoignent de manière générale pour définir les populations sous l'angle du manque individuel (volonté, désorganisation). Sur ce point, on peut noter que le regard des intervenants est souvent lié au type de ressources auxquelles ils appartiennent.

5.5. L'apport spécifique de l'Équipe par rapport aux ressources

On peut avancer qu'il y a convergence sur la question du bien-être : l'Équipe et les ressources cherchent à contribuer à l'amélioration du bien-être des populations. Cependant, cette contribution au bien-être est envisagée sous des angles différents. Pour l'Équipe, elle est abordée davantage en termes médicaux alors que pour les ressources, elle est plutôt abordée en des termes psychosociaux. Sur ce point, les intervenants mettent en avant l'expertise médicale (le professionnalisme) de l'Équipe (l'emphase est particulièrement portée sur le rôle de l'infirmière). Cette expertise est définie par deux aspects principaux (dans l'intervention et le suivi) que les intervenants situent en complémentarité avec le mandat de leur ressource :

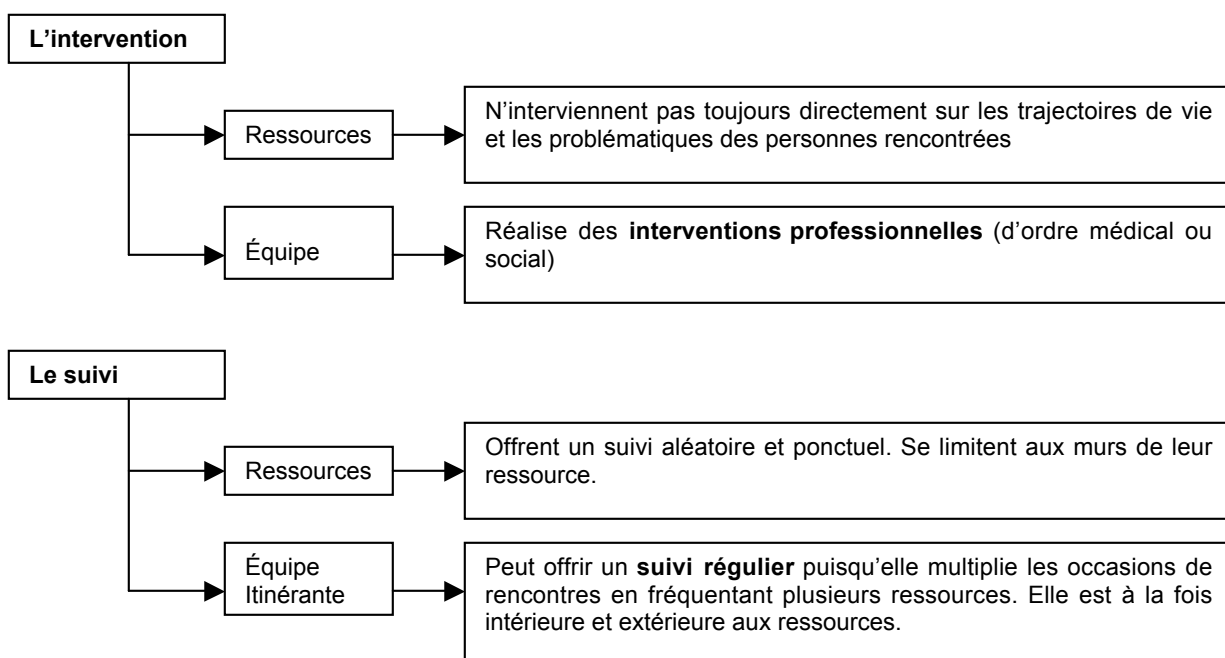


Fig. 10 : Schéma de l'apport spécifique de l'Équipe Itinérante par rapport aux ressources (point de vue des intervenants des ressources)

La citation suivante d'un intervenant d'une ressource reflète bien ces deux rôles spécifiques joués par l'Équipe :

Bon, nous ici, pour le comportement des gens, c'est nous qui intervenons avec eux. Mais nous, on n'a pas à intervenir dans leur vie privée, à l'extérieur, dans leur maison. Ce qui est à l'extérieur, nous, ça ne nous regarde pas. (...) Alors moi, c'est dans ce sens-là que je voyais davantage son rôle [travailleur social] en disant : « Nous, on est au courant, on est informé, ils viennent nous voir, ils nous en parlent ». Mais par rapport au logement, par rapport à l'extérieur, aux voisins, des choses comme ça bien je pense que le travailleur social, sur ça, lui, c'est son rôle.

5.6. Synthèse du regard des membres des ressources sur l'espace d'intervention

En regroupant les éléments d'analyse de la section B, nous avons reconstruit un schéma analytique de l'intervention. Ce schéma donne une vue d'ensemble sur l'espace d'intervention du point de vue des intervenants, de même que le faisait le schéma de la section A pour les membres de l'Équipe. La description de l'Équipe Itinérante et des ressources dressée par les intervenants des organismes partenaires place les enjeux du suivi et de l'intervention au centre. Les personnes rencontrées en entrevue étaient principalement des responsables qui ne côtoyaient pas l'Équipe au quotidien dans sa pratique. Ils avaient une vue globale du mandat de l'Équipe mais n'ont pas détaillé concrètement les interventions de l'Équipe telles qu'elles étaient mises en œuvre dans les ressources. C'est pourquoi nous n'avons pas pu compléter l'espace « intervention telles que mises en œuvre au quotidien » du schéma analytique.

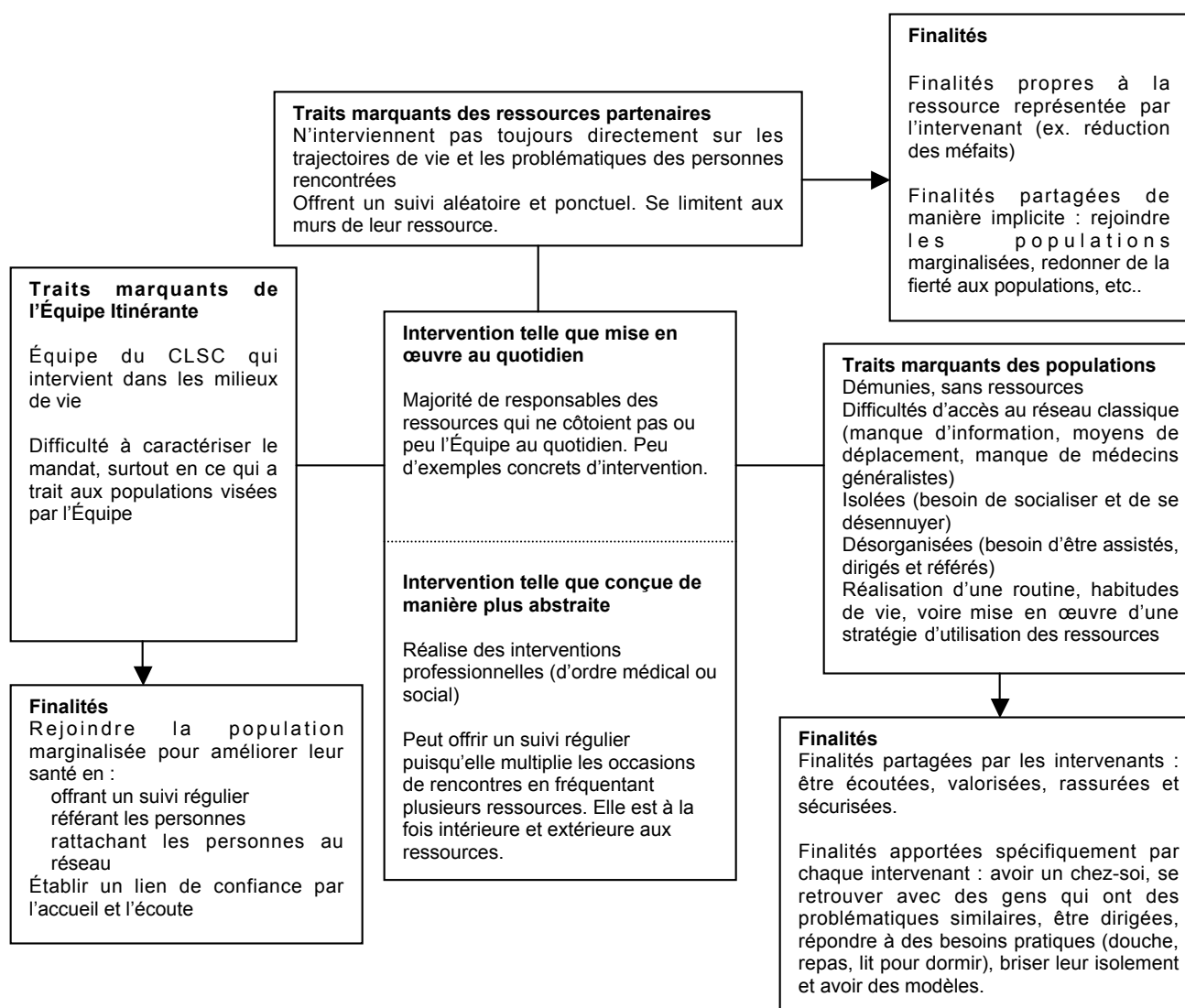


Fig. 11: Schéma analytique complet de l'intervention construit à partir de l'ensemble de l'information recueillie dans les entrevues avec les membres des ressources partenaires.

CHAPITRE VI : Regard des usagers sur l'intervention de l'Équipe Itinérante et sur le bien-être

Les trajectoires de vie réalisées avec les usagers des services de l'Équipe offrent un point de vue différent sur les interventions, l'Équipe et les ressources partenaires. Elles visent à apprécier la façon dont les différents acteurs interviennent sur le parcours des personnes et l'impact qu'ils ont dans des domaines aussi divers que la santé, les réseaux, le logement ou encore l'emploi, tout en essayant d'isoler la contribution de l'Équipe Itinérante. La façon dont nous avons analysé les trajectoires recueillies diffère du traitement des données accordé aux propos des intervenants (membres de l'Équipe et des ressources dans les chapitres IV et V en ce que nous avons présenté de manière synthétique chacune des sept trajectoires de vie.

Dans un premier temps, nous explorons la façon dont les personnes se définissent, se situent par rapport au reste des usagers de l'Équipe et caractérisent les différents acteurs (ressources publiques et communautaires) qui interviennent dans leur trajectoire de vie. Une attention particulière est portée à la place de l'Équipe, à la façon dont le contact et le lien s'est créé ainsi qu'aux interventions concrètes réalisées avec la personne. Nous avons construit un schéma descriptif de l'intervention pour chacune des personnes interviewées. Il est à noter que tous les noms ont été changés par souci de confidentialité.

Au-delà de cette diversité de profils et de parcours, qu'est-ce qui caractérise en propre les usagers des services de l'Équipe ? C'est l'enjeu du deuxième temps qui vise à définir les population et mettre en évidence ce qui les relie au-delà de leur diversité.

Dans un troisième temps, nous portons enfin notre attention sur ce qui motive les usagers à rencontrer l'Équipe. Cette question prend sens dans un questionnement plus large sur le bien-être. Quatre profils viennent illustrer des exemples de motifs de rencontre avec l'Équipe et les types de fréquentation des usagers. Nous avons identifié dans les entrevues, ce qui, selon les usagers, contribuait et nuisait à leur bien-être en termes de santé, logement, travail, vie sociale et budget. Nous avons ainsi pu bâtir une typologie du bien-être recoupant les éléments recueillis auprès de chaque usager interviewé et situer l'action de l'Équipe ainsi que sa contribution au bien-être dans ces différents domaines.

6.1. Rapport des usagers aux différents groupes d'acteurs

Exemple 1 : Denys

La nécessité d'une distance et d'un espace de liberté

Que ce soit dans son rapport aux organismes, aux personnes qui l'entourent ou au réseau de services sociaux et de santé, Denys veut garder une distance et conserver son espace de liberté. Il a déjà connu une étape de désorganisation : « J'étais un peu désorganisé quand je suis arrivé du foyer. Je n'avais plus de ménage, je n'avais plus rien, mais maintenant, je suis plus organisé. » Il s'en est sorti et ne souhaite plus fréquenter des personnes avec le genre de problèmes qu'il a vécus. Son rapport au réseau et à l'Équipe est particulièrement éclairant sur ce point. Il a rencontré l'Équipe de manière régulière pendant plusieurs années notamment sur des problèmes de poids et d'insomnie. Avec l'amélioration de son bien-être, il a espacé les rencontres avec l'Équipe et ne les rencontre plus pour leur demander des conseils comme avant. Par rapport au réseau, tout se passe comme si le réseau (médecin, CLSC) ne s'occupait que de sa santé au sens strict sans se préoccuper du reste alors que l'Équipe Itinérante envisageait plus largement son bien-être et ce, selon ses propres termes sa « vie ».

« On pouvait plus parler [aux intervenants de l'Équipe] qu'au médecin. Même si j'ai un médecin, il n'a pas le temps de parler d'insomnie et de trucs pour mieux dormir. Le médecin ça ne l'intéresse pas vraiment de savoir notre vie de ce côté-là. Il faut avoir des problèmes précis. Lui il ne s'occupe pas de l'alimentation, c'est plus 'touchy' avec le médecin. [L'Équipe] donnait beaucoup d'écoute, elle comprenait le problème ».

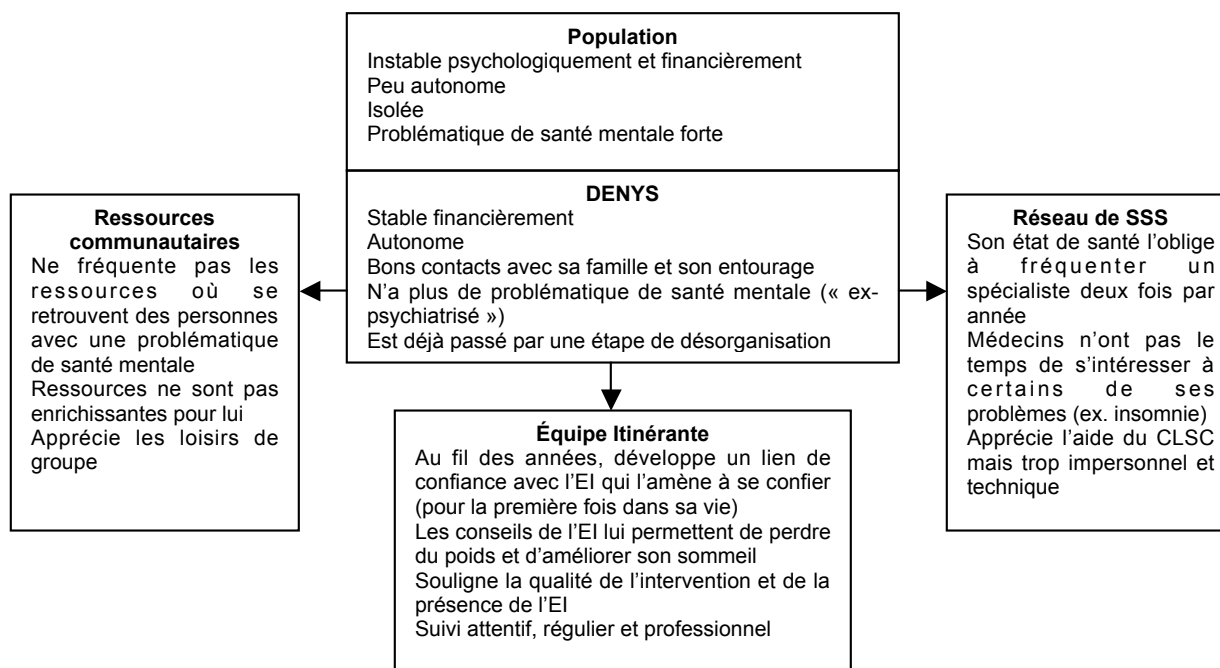


Fig. 12 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Denys.

Exemple 2 : Hugo

Quand la confiance est ébranlée

Hugo se décrit en opposition aux populations qu'il côtoie dans certaines ressources, sans pour autant couper son lien avec ces ressources. Il les utilise, mais son rapport est différent par rapport à celles-ci : il n'en dépend pas. Il y a quelques années, Hugo a subi une erreur médicale qui a entraîné une dégradation majeure de son état de santé. Sa confiance a été ébranlée. Aujourd'hui, la manière dont Hugo conçoit et utilise le réseau de santé et de services sociaux est clairement marquée par les rapports qu'il a eus avec lui dans le passé : « À l'hôpital, je ne suis plus capable. À chaque fois que j'allais à l'hôpital, il m'arrivait une 'bad luck'. Je ne veux plus y aller. » Aujourd'hui, Hugo choisit ses médecins avec vigilance et souligne l'importance de l'approche :

C'est important quelqu'un qui est sympathique et quelqu'un qui n'a pas l'air bête. Tu sais un médecin qui fait ça et qui ne t'explique rien et qui ne te parle pas, ce n'est pas qu'il n'est pas bon ce médecin-là, il est peut-être très très compétent. Mais son approche n'est pas bonne, bonsoir. C'est bien important une relation de confiance entre médecin et patient, parce que c'est ça qui aide à guérir. Si tu n'as pas confiance oublie ça.

Hugo mentionne également l'importance de ne pas être traité « comme un numéro » par le réseau. Son cas n'entre pas dans les cadres prédéterminés du système et il recherche des intervenants qui prennent en considération ses particularités, pas des « fonctionnaires ». Il a besoin d'une voie personnalisée. Ce qu'il apprécie avec l'Équipe Itinérante est justement que « le contact passe bien avec elle ». Il va consulter l'Équipe lorsqu'il a des besoins particuliers et pour un suivi régulier de sa pression et de sa glycémie, ce qui est très important pour lui étant donné la fragilité de son état de santé.

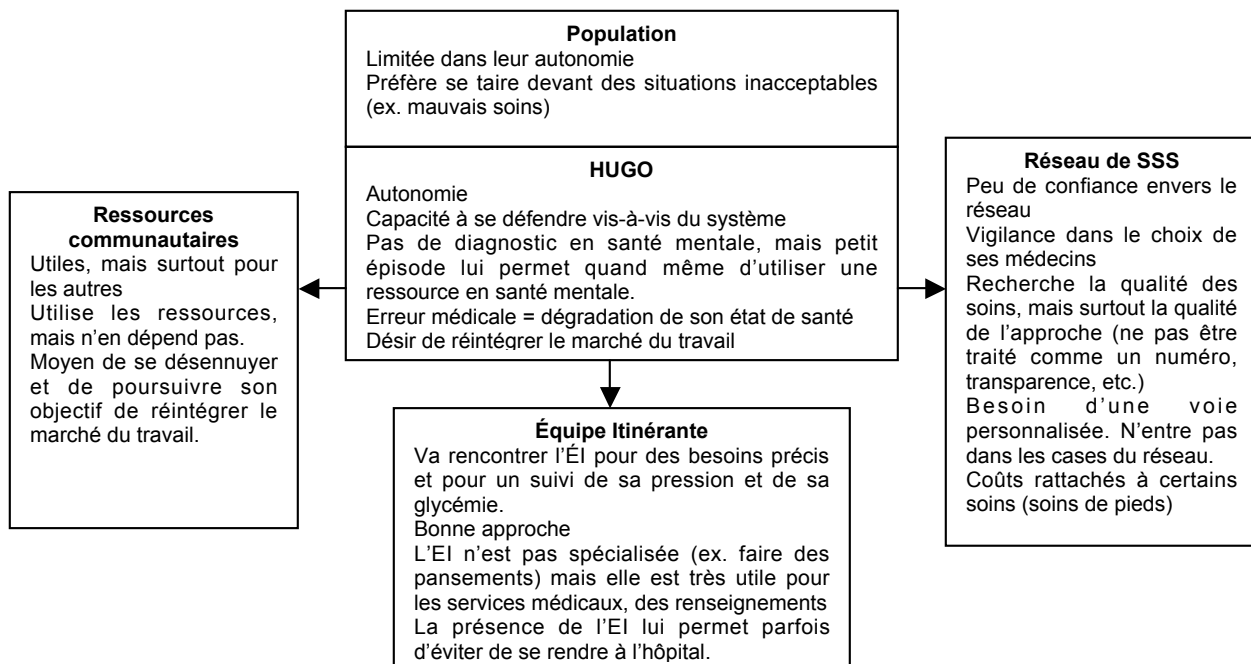


Fig. 13 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Hugo.

Exemple 3 : Janet

La recherche d'un maximum de prise en charge

Janet s'identifie aux problèmes de santé mentale et exprime sa joie à l'idée de trouver des ressources dans lesquelles elle peut rencontrer des gens qui ont le même problème qu'elle avec qui elle peut parler, sortir, faire des activités sans être jugée :

Une place où je peux aller sans me sentir jugée. Tout le monde est égal. Tout le monde, la même affaire. Tu rentres là; ok, les intervenants pas, mais le reste du monde, on est tout égal. On est tous à vivre avec quelque chose. Puis un n'est pas plus mieux que l'autre. C'est ça qui est le fun [dans la ressource]. C'est que l'autre, ton voisin qui est assis là, il n'est pas plus différent que toi. Lui aussi il vit, puis il y a des problèmes, mais moi ça m'a fait découvrir des affaires aussi.

Elle recherche une prise en charge la plus complète possible et s'appuie sur l'ensemble du réseau (communautaire, public, Équipe Itinérante). À ses yeux, les ressources qu'elle utilise sont complémentaires et chacune apporte un savoir, une compétence et une pratique également importants. Par exemple, les soins qui lui sont prodigués par l'Équipe lui permettent de combler certaines lacunes du réseau :

[L'Équipe] veut nous faire rire et nous enlever de la tête qu'on ne 'feel' pas et qu'on va rire un peu et que ça va faire du bien. Ça, je trouve ça le fun. « Allo [Janet] comment ça va » puis on sort des jokes. Ce n'est pas tout le temps sérieux. (...) C'est le fun, on peut parler sérieusement mais on peut rire aussi avec eux autres. (...) Ailleurs, tu peux pas prendre ton temps. Ici c'est moins froid.

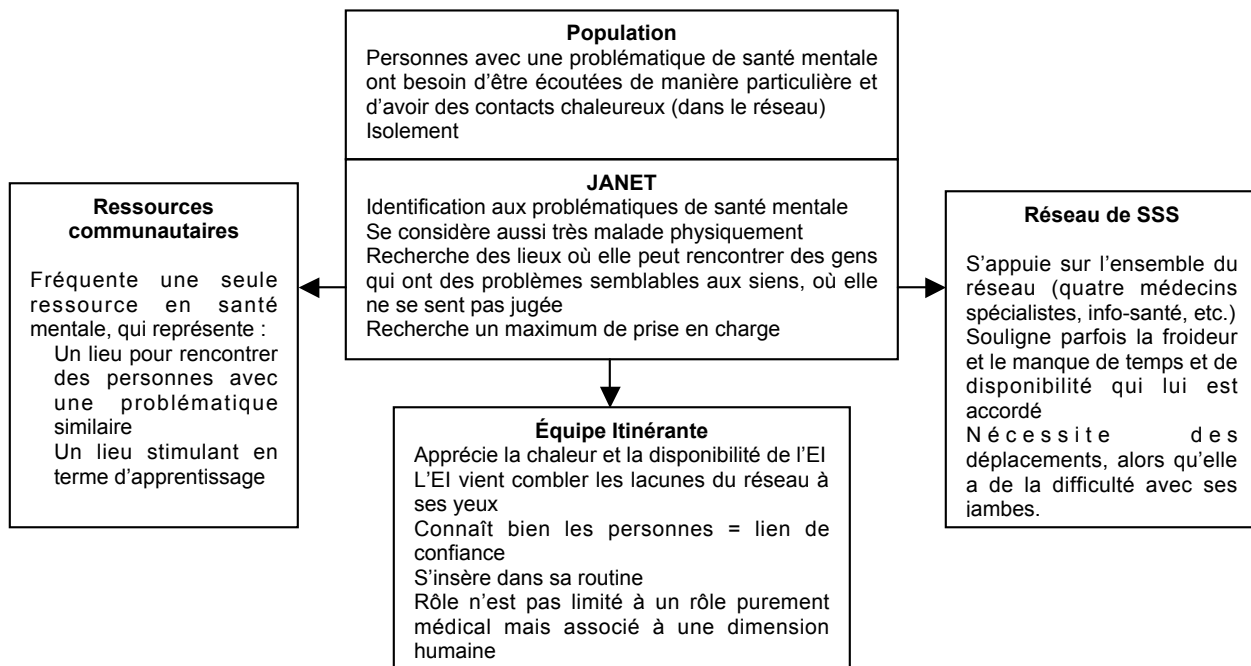


Fig. 14 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Janet.

Exemple 4 : Woody

Une identification qui n'est pas stagnation

Woody met au centre de sa définition de soi sa problématique de santé mentale mais ne perçoit pas pour autant son état comme un état fixe et définitif. Le fait notamment d'avoir eu un emploi salarié dans une ressource lui a permis d'améliorer sa confiance en lui et de se décentrer de sa maladie. Cet effet bénéfique du travail sur l'identité de Woody s'affiche en contraste par rapport certains contacts que Woody a eus avec le réseau public, où il avait souvent l'impression d'être ramené à ses limites et se sentait peu valorisé :

On dirait aussi qu'à un moment donné, dans notre tête, on n'est rien qu'une maladie. (...) Les psychiatres n'arrêtent pas de te parler de tes limites, de tes limites puis de tes limites, donc à un moment donné, tu te sens tellement limité que tu as peur. (...) Et tu as assez peur que tu en viens qu'à faire une maladie et c'est là que ça dégénère.

Aujourd'hui, Woody ne fréquente plus assidûment le réseau de santé et de services sociaux, son état de santé s'étant beaucoup amélioré. Cependant, il se sent sécurisé par le fait de savoir qu'il peut utiliser des ressources dans le réseau et y faire appel s'il en ressent le besoin. C'est le cas de l'Équipe Itinérante, qu'il rencontre à l'occasion et dont il apprécie l'extériorité :

Si t'as quelque chose qui t'opprime, tu sais qu'ils sont là. Des fois, ils sont là, mais tu ne les utilises même pas, mais de savoir qu'ils sont là, des fois c'est toi qui réponds toi-même à tes questions. Mais des fois, tu te dis 'ah tiens, je vais en parler à Lorraine. Je me demande telle affaire.' Tu te poses une question à propos. Ou même des fois, on a dit 'il faudrait demander ça à Lorraine.'

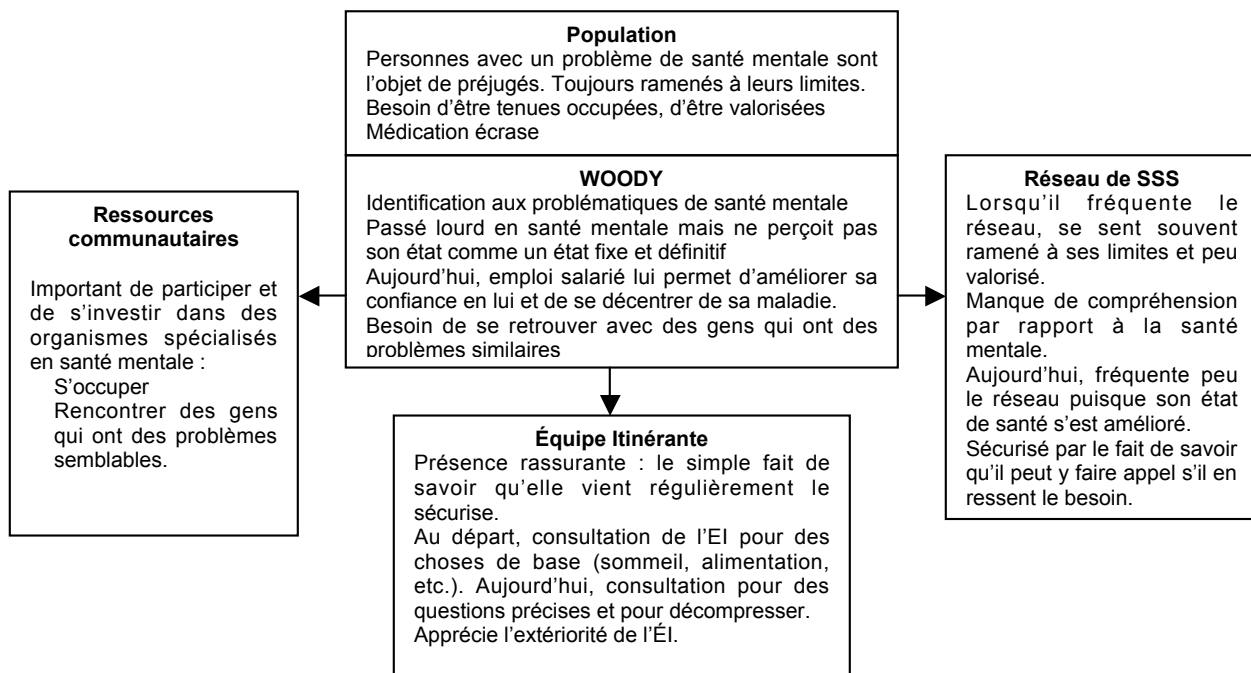


Fig. 15 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Woody.

Exemple 5 : Bob

Le soutien collectif et la volonté

Bob se définit comme un consommateur mais essaie aujourd'hui de diminuer sa consommation. Pour cela, il est entré en contact avec des ressources spécialisées en toxicomanie. De plus, il a rencontré l'Équipe Itinérante dans la caravane de l'Oasis et c'est à eux qu'il a pu parler pour la première fois de ses problèmes et de sa volonté de s'en sortir :

Je ne parlais pas vraiment à personne d'autre de ma condition. J'ai trouvé ça bien qu'ils soient là même si c'est un geste pour prendre ma pression. « Comment ça va? Je t'invite, la semaine prochaine, on a une activité ». Ils se sont intéressés à moi. (...) Mes démarches, mes désintoxications et mes thérapies, je les fais tout seul et eux, je les ai sentis comme des amis.

Bob évoque l'importance de la volonté de s'en sortir dans le rétablissement de sa situation. Il faut qu'un déclic, une prise de conscience s'effectue. Si la personne ne veut pas s'aider elle-même, les intervenants ne peuvent pas l'aider : « Il faut d'abord que le monde veule et c'est un gros effort s'en sortir de ce monde là ». Bob insiste sur le soutien collectif que les différentes ressources ont pu lui offrir. Plus spécifiquement, l'Équipe a eu un impact direct sur sa santé et sa qualité de vie. Il se sent mieux dans sa peau, a une meilleure apparence physique, est capable de s'organiser convenablement alors que cela était impossible lorsqu'il consommait de la drogue de manière démesurée :

Elle [l'infirmière de l'Équipe, dans une lettre pour son médecin] va pouvoir dire que je ne consomme quasiment plus. La santé de ma peau a changé. Mon teint, mon regard. J'avais vraiment les yeux plus veineux, plus rouges. Maintenant, ils sont plus blancs. Je m'occupe de moi. Je vais à mes rendez-vous maintenant, je ne les manque pas.

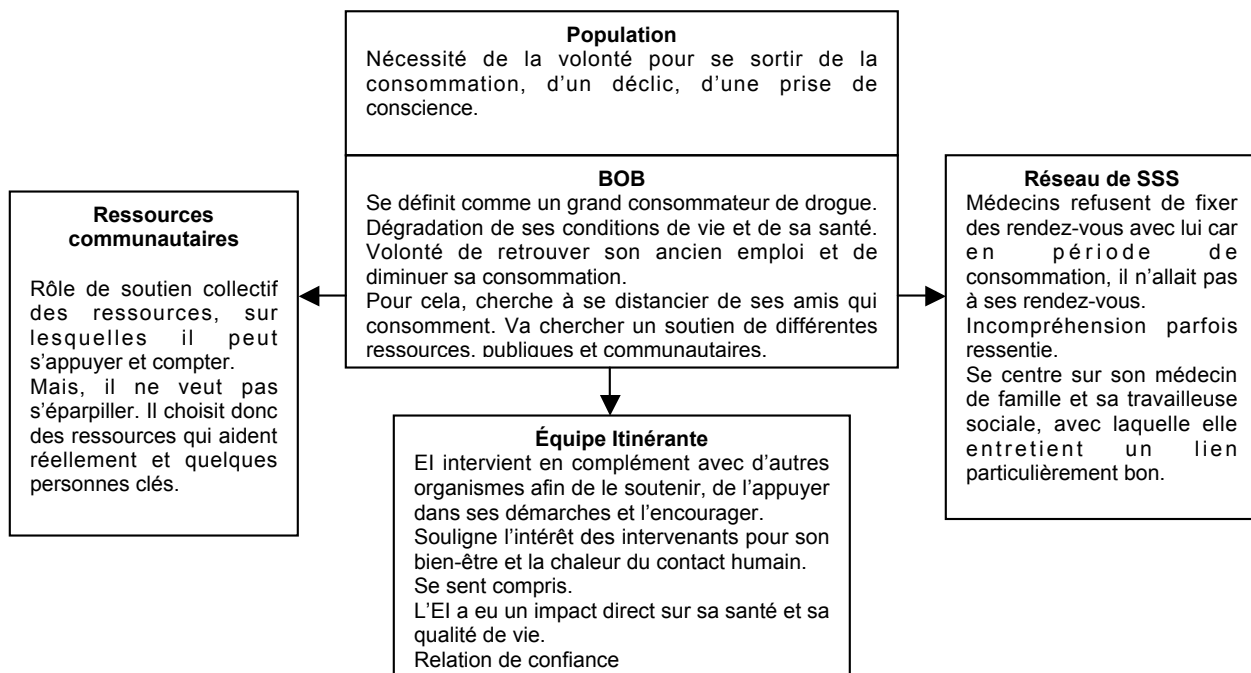


Fig. 16 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Bob.

Exemple 6 : Fidel

La présence qui fait vivre

Fidel mentionne sa difficulté à fréquenter ou à s'impliquer dans des ressources telles que les soupes populaires à cause, notamment, des personnes qui les utilisent, qui sont des « sans-espoir ». D'ailleurs, de manière générale, ses amis ne sont pas des personnes qu'il a rencontrées dans ces ressources. Cependant, il rencontre l'Équipe Itinérante de manière régulière et ces moments le font vivre : « Ça ne m'apporte rien, et ça m'apporte tout. » Concrètement, il ne parvient pas à cerner ce que ces rencontres lui apportent, mais la constance de ses visites dans la caravane suggère une appréciation des moments qu'il partage avec les intervenants. Fidel va visiter les intervenants de l'Équipe Itinérante à chaque semaine, sans avoir de demande précise : « on se dit bonjour, on jase un petit peu. Parfois on rit. Des fois, je ris, des fois je pleure. » Il s'agit d'un lieu dans lequel il se sent à l'aise de vivre ses sentiments. Il apprécie la personnalité des personnes qui y sont et le fait de pouvoir discuter de manière plus intime lorsqu'il le désire. Il se sent compris lorsqu'il discute avec les intervenants : « Elle me comprenait et moi je la comprenais, moi avec mon accident et elle, elle l'a monté aussi [une montagne]. Et elle l'a montée par le même chemin que moi. »

Contrairement à sa fréquentation de l'Équipe, Fidel utilise le réseau de santé et de services sociaux lorsqu'il a des besoins précis (ex. cataractes, maladie). Cependant, il se sent parfois incompris dans son état.

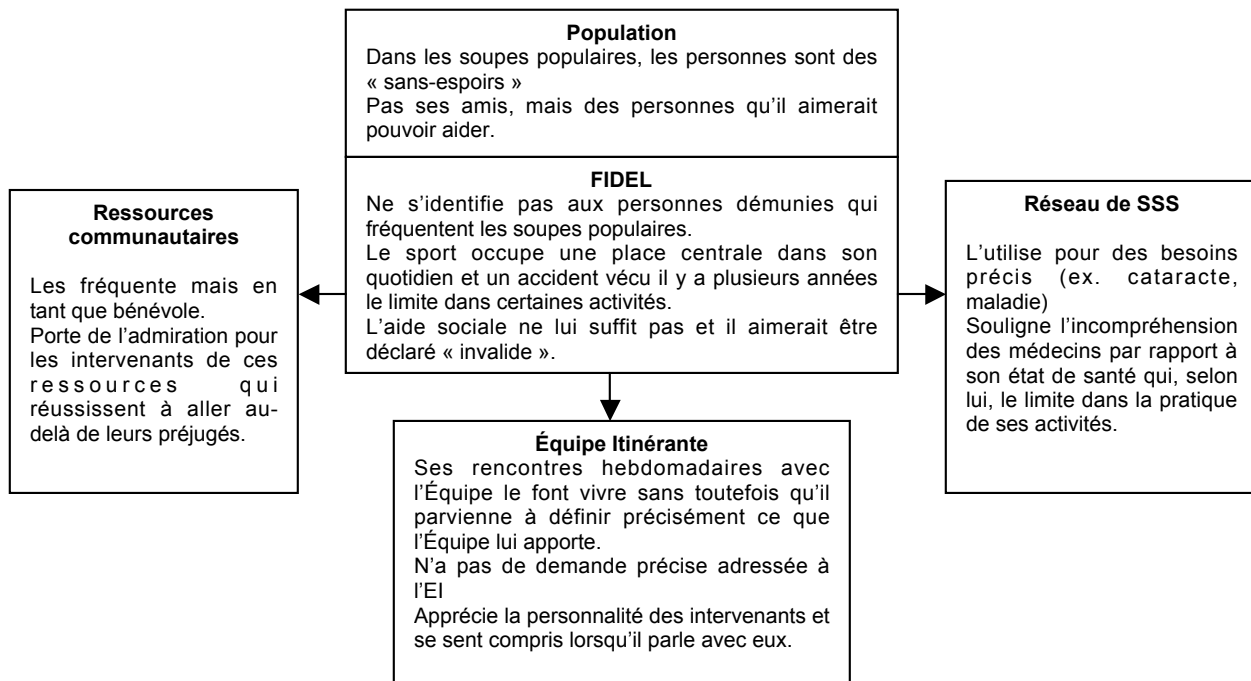


Fig. 17 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Fidel.

Exemple 7 : Christophe

« Je suis un marginal »

Christophe se considère avant tout comme un homme « marginal », marginal par son histoire de vie, marginal par les choix qu'il a faits, et marginal par son mode de vie qui dérange les autres citoyens de Laval :

Je sais que je suis marginal. Je suis marginal. Quand même que j'essaierais de changer mon « pattern », je suis marginal. (...) Des fois, mon marginal en moi dérange les gens. Ce n'est pas parce que je cherche à déranger ou que je veux de l'attention. Je suis fait de même.

De mauvaises expériences dans les hôpitaux semblent liées au fait qu'aujourd'hui, Christophe évite autant que possible d'entrer dans le réseau. Bien qu'aujourd'hui, il n'habite plus dans la chambre que lui avait trouvée l'Équipe, il affirme qu'il a beaucoup apprécié cette aide qui lui a été « proposée », et souligne que cette aide ne s'est pas limitée à un support technique, mais qu'il a pu parler et partager ses connaissances avec les intervenants :

Moi, j'aime leur parler. Bien oui! Il y a une fois, je me suis retrouvé sans une criss de cenne et ils m'ont acheté des bottes. Tu sais, j'apprécie ça. Des bottes, des bas, de la vaseline. Quand il fait froid, de la vaseline c'est le fun d'en avoir. Des affaires de même. Moi, eux autres ça ne me dérange pas de leur parler. Ça ne me dérange pas. Le petit peu que je sais aussi, j'aime le partager. Ça m'a été suggéré et ça a sa place dans ma vie. Si à travers toi, ils peuvent savoir que j'ai apprécié leur aide, que je ne me prends pas pour la gars qui peut tout faire tout seul, ça m'aide. Vraiment, quand je tombe, il n'y a rien de comique à ça. Ça m'a aidé je veux dire.

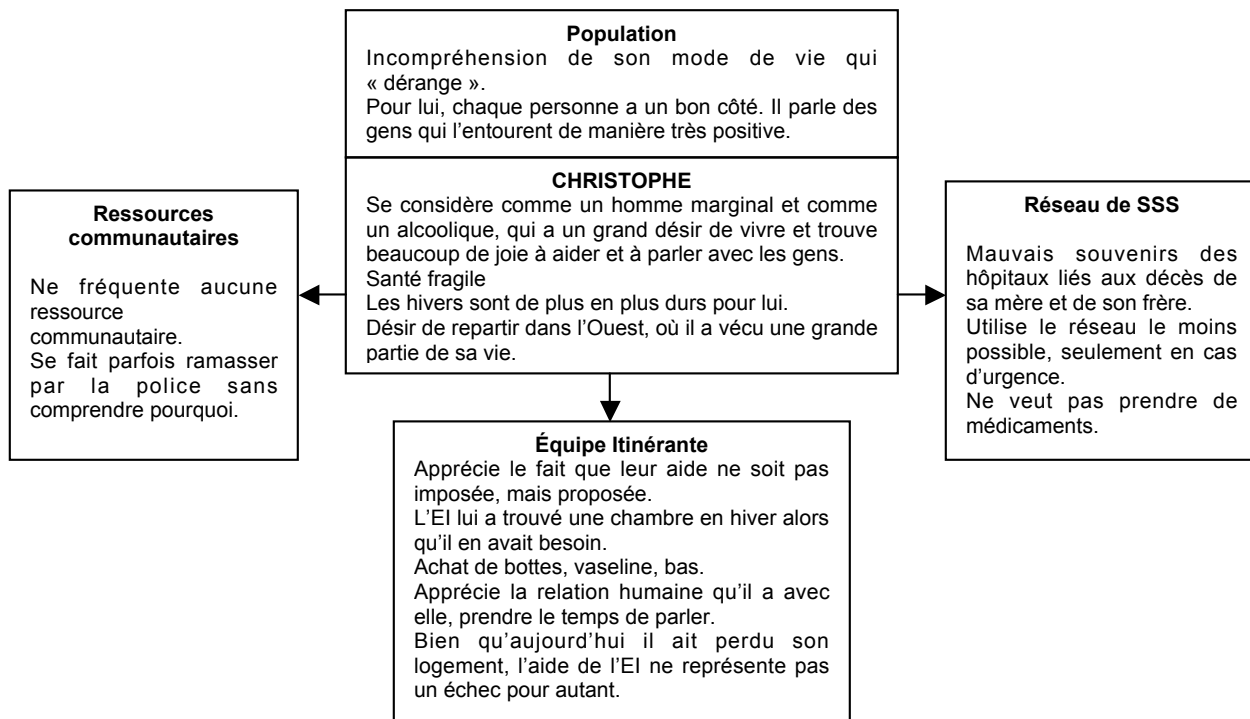


Fig. 18 Schéma descriptif des populations, des ressources communautaires, du réseau et de l'Équipe Itinérante du point de vue de Christophe.

6.2. Une diversité de profils. Quel point commun ?

Ces rapides portraits suggèrent qu'il n'y a pas un profil type parmi les personnes qui fréquentent l'Équipe mais plutôt une diversité de trajectoires, avec des besoins différents et des conceptions des soins de santé et des ressources qui leur sont propres. Certains problèmes se retrouvent chez les personnes rencontrées (santé mentale, toxicomanie, pauvreté, alcoolisme notamment). Lorsque les personnes s'y identifient (par exemple, « Nous, les gens en santé mentale »), ces caractéristiques s'inscrivent comme le fil conducteur de la trajectoire des personnes qui recherchent alors des ressources spécialisées ou cherchent à fréquenter des personnes qui ont (Woody) ou n'ont pas (Bob) une problématique similaire, dépendamment de leur stratégie. Pour autant, ces problèmes parfois lourds n'excluent pas des changements d'états (en particulier des améliorations). Lorsque les usagers se distancient de ces caractéristiques (Denys, Hugo), il s'ensuit que celles-ci constituent des obstacles à la compréhension de leur situation, leur vécu et leurs besoins. Dans ces cas-là, ils attribuent des déficiences en termes individuels aux populations (désorganisation, consommation, etc.) et s'en distinguent en mettant en avant une qualité personnelle (indépendance, autonomie, volonté de s'en sortir, etc.) que les autres ne partagent pas. De manière générale, abstraction faite de l'identification ou de la distanciation, les problèmes individuels accolés aux populations fonctionnent bien souvent comme des étiquettes stigmatisantes qui appauvrissent la compréhension des trajectoires et des besoins.

Ces caractéristiques ne sont donc pas communes à l'ensemble des personnes rencontrées. Il est également important de noter que la question de l'itinérance n'est mentionnée en aucun endroit dans les entrevues (ce qui pourrait être lié à l'échantillon de personnes rencontrées). Aucune des personnes rencontrées ne s'identifie à l'itinérance, ou encore, ne cherche à s'en distancier, même pour Christophe Colomb qui pourtant vit dans la rue. Son identité s'appuie davantage sur l'alcoolisme et sur la marginalité. Une question se pose donc :

Quel est le point commun des personnes rencontrées ?

Au moment où elles ont été rencontrées, ce qui unit les sept personnes ne se situe pas sur le plan des caractéristiques individuelles, mais plutôt sur le plan du rapport avec le réseau institutionnel et communautaire. **Ce sont toutes des personnes qui ont des besoins en termes de santé et de bien-être qui ne sont pas ou ne peuvent pas être pris en charge par le réseau classique de santé et de services sociaux et par le réseau communautaire.** À cet égard, ces personnes se situent dans une « zone grise » pour des raisons qui sont souvent clairement identifiées par les personnes elles-mêmes. Ces causes sont à la fois individuelles, matérielles, structurelles et relationnelles :

Causes individuelles :

Question identitaire : des personnes cherchent à se distancier de certains problèmes et pour cette raison, préfèrent garder une distance avec des organismes spécialisés sur ces problèmes (ex. Denys)

Rapport passé à l'institution (mauvaise expérience, rapport heurté à l'institution, lié à la biographie de la personne) qui influence le rapport présent au réseau et aux intervenants (ex. Hugo)

Exclusion délibérée (ex. Christophe)

Causes matérielles :

Difficultés à se déplacer (ex. Janet)

Contraintes financières liés à certains services, comme les soins de pieds (ex. Hugo)

Causes structurelles :

Manque de médecins, délais d'attente, intervention dans l'urgence (ex. Denys)

Contact anonyme, rigidité, standardisation des services (ex. Hugo)

Certains besoins des personnes ne peuvent pas être pris en compte ou satisfaits par le réseau public ou communautaire, comme parler, briser l'isolement (ex. Fidel)

Causes relationnelles :

Incompréhension, froideur dans certains services du réseau, comme Info-Santé (ex. Janet)

Manque d'intérêt à ce qu'ils améliorent leur situation (ex. Bob)

Les problèmes (par exemple, maladie mentale, toxicomanie, itinérance) apparaissent être un fil conducteur qui traverse et rejoint les différentes causes énoncées précédemment afin d'expliquer la localisation des populations dans une zone grise. À cet effet, on peut dégager dans les entretiens deux grands modes de définition de soi par rapport aux populations qui bénéficient des soins de l'Équipe : l'identification et la distinction.

L'identification : la définition de soi passe principalement par la mise en avant d'une problématique de santé (ex. santé mentale, toxicomanie) qui traverse l'entretien et la trajectoire de vie. Certains se définissent au travers de leur problème et s'assument de manière essentielle comme des personnes malades, ce qui ne les empêche pas pour autant d'aspirer à un changement d'état.

La distinction : à l'inverse, certains se distinguent radicalement des populations qu'ils côtoient et qui bénéficient également des soins de l'Équipe. Ils se définissent souvent en opposition aux populations qui les entourent dans les ressources ou dans leur milieu de vie et leur attribuent des caractéristiques qu'ils ne partagent pas ou plus.

La manière dont les personnes se définissent (identification ou distinction) influence le regard qu'elles portent sur les ressources, le réseau, et dans une certaine mesure, sur l'Équipe. L'identité d'une personne se joue sur trois plans et la conjonction et l'articulation de ces trois plans a un effet direct sur la façon dont la personne va se définir et vivre son identité :

1. Le regard extérieur des intervenants, de l'entourage (amis, famille) et de la population en général sur ces problématiques (préjugés, regard compréhensif, etc.)
2. La façon dont la personne vit sa problématique et assume le regard extérieur projeté sur elle (intérieurisation des étiquettes et degré de distanciation par rapport à celles-ci)
3. La marge de liberté et la capacité dont dispose de fait les personnes par rapport à leur problématique (aspect clinique : par exemple, la situation d'une personne en suivi médical lourd diffère de celle d'un ex-psychiatisé)

Sur ce point, il est intéressant de remarquer que du point de vue des personnes qui fréquentent

l'Équipe Itinérante, ce qui est avancé comme une qualité de l'intervention et des soins procurés est qu'ils sont adaptés et personnalisés contrairement au réseau de santé et de services sociaux dans lequel les soins sont standardisés et dispensés de manière plus mécanique. La proximité, la présence dans le milieu, la connaissance et le suivi de long terme des personnes sont des éléments, soulignés bien souvent par les usagers eux-mêmes, et avancés afin d'expliquer la qualité, la pertinence de ces soins et la manière dont ils contribuent à leur bien-être.

6.3. Trajectoires et types de demandes et de fréquentations

Les finalités des populations identifiables dans les entrevues réalisées ressortent avec clarté lorsqu'on les aborde sous l'angle du bien-être et, plus concrètement, sous l'angle des types de demandes et de fréquentations. Dans cette analyse, nous allons nous attarder plus précisément sur le type de demande adressées à l'Équipe Itinérante et leur mode de fréquentation de l'Équipe, en considérant globalement la trajectoire de vie des personnes. Chez les sept personnes rencontrées, nous avons identifié quatre profils, que nous avons illustrés chaque fois par un exemple.

Exemple 1 : Constance, demandes précises, et chaleur humaine

- Janet
- Se définit comme malade (problématique de santé mentale, et santé physique fragile)
- Ressent le besoin d'être prise en charge par le réseau de santé et de services sociaux au travers d'un suivi régulier afin d'être rassurée et de recevoir les soins adaptés. L'Équipe a été sa « porte d'entrée » pour avoir un suivi de médecins spécialistes.
- Fréquente l'Équipe de manière assidue pour des demandes très précises (diabète, pression et médication). Apprécie de recevoir des soins personnalisés mais aussi la qualité de la relation de soin qui contribue conjointement à son bien-être :

Moi, depuis une secousse, avec [l'Équipe] c'est régulier. Toutes les fois qu'elle vient, je suis là. Aussi, je n'appelle plus info-santé à cause de la froideur et de l'attente. Des fois, tu attends et tu ne sais pas... Mon médecin, je vais le voir tous les mois. Il faut que je me fasse suivre plus souvent. C'est elle [l'Équipe] aussi qui est ma porte ouverte pour les autres médecins spécialistes. J'ai quatre médecins spécialistes. C'est déjà arrivé que je sois allée au CLSC pour parler avec le travailleur social. Ça oui. Même que j'allais au CLSC quand j'avais besoin de pansements. Le CLSC, je n'abuse pas mais quand je peux en profiter, j'en profite. C'est là pour nous aider, je vais y aller. Pourquoi aller quelque part pour payer quand il y a le CLSC qui nous aide.

Exemple 2 : Sans demande, mais fidèle au poste !

- Fidel
- S'inscrit dans le réseau régulier de services sociaux et de santé. N'a pas de problème de santé majeur.
- Ne rencontre pas l'Équipe pour des demandes précises concernant sa santé, mais pour la qualité du contact et le bien-être que l'Équipe lui apporte. L'Équipe fait partie de sa routine et de son quotidien. Durant l'entrevue, lorsque l'intervieweur le questionne sur ses motifs de consultation, il répond : « Pour rien. Je ne sais pas si je peux dire ça comme ça. Pour rien ce n'est pas vrai. Ça me fait vivre. »

Exemple 3 : Demandes ponctuelles et confiance

- Hugo
- Connaît très bien ses besoins en termes de santé.
- S'appuie sur le réseau mais conserve une méfiance suite à de mauvaises expériences

(dégradation des conditions de santé suite à une hospitalisation et une complication médicale).

- Demandes ponctuelles au besoin adressées à l'Équipe. Fait confiance à l'Équipe et reconnaît la qualité des soins et du contact proposée. Hugo raconte son premier contact avec l'Équipe :

Un moment donné, je suis allé la voir : 'Vous êtes infirmière vous?' 'Oui oui' 'Bien moi c'est [Hugo]'. 'Bien moi c'est [nom de l'infirmière] (rires). Pas plus long que ça. Elle est vraiment gentille. Le contact se passe bien avec elle. Le premier contact, ça a bien marché.

Exemple 4 : Sans demandes, ni fréquentation

- Christophe
- Volontairement peu inscrit dans le réseau de santé et de services sociaux. Problèmes importants de santé mais hospitalisation en dernier recours : « Moi, quand ils me gardent à l'hôpital, puis ils me donnent un lunch, je prends mon lunch puis je m'en vais. (...) Je n'en veux pas de ça. Je ne veux pas blesser les gens, mais je n'en veux pas de l'hôpital. »
- Difficile à rejoindre. Ne fréquente aucune ressource.
- Contacté par l'Équipe en *outreach*. Accepte des soins s'il en a besoin et s'ils ne sont pas imposés. Apprécie la relation humaine vécue avec elle :

Moi, j'aime leur parler. Bien oui! Il y a une fois, je me suis retrouvé sans une « criss » de cenne et ils m'ont acheté des bottes. Tu sais, j'apprécie ça. Des bottes, des bas, de la vaseline. Quand il fait froid, de la vaseline c'est le fun d'en avoir. Des affaires de même. Moi, eux autres ça ne me dérange pas de leur parler. Ça ne me dérange pas. Le petit peu que je sais aussi, j'aime le partager. Ça m'a été suggéré et ça a sa place dans ma vie. Si à travers toi, ils peuvent savoir que j'ai apprécié leur aide, que je ne me prends pas pour la gars qui peut tout faire tout seul, ça m'aide. Vraiment, quand je tombe, il n'y a rien de comique à ça. Ça m'a aidé je veux dire.

La compréhension des types de demandes et de fréquentations ne peut se départir d'une compréhension des types de trajectoires. Les besoins diffèrent selon les profils, ce qui appuie, renforce et rend tangible la nécessité d'intervenir de manière personnalisée, c'est-à-dire d'apporter des contributions adaptées qui prennent sens dans le parcours de la personne afin de contribuer à son bien-être. Ce qui ressort ici est le fait que lorsque les usagers vont rencontrer les intervenants de l'Équipe Itinérante, leur finalité première est de maintenir ou d'améliorer leur bien-être. La manière dont ils l'appréhendent influence leurs types de demandes et de fréquentations. C'est sur la façon dont les personnes caractérisent ce bien-être que nous allons désormais nous arrêter.

6.4. Les interventions de l'Équipe et le bien-être des populations

Au fur et à mesure de l'avancement de l'analyse, la question du bien-être apparaît de plus en plus centrale pour la compréhension des interventions de l'Équipe et de leur impact sur les populations. Nous avons vu que selon les intervenants de l'Équipe et des ressources, les services prodigués par l'Équipe visaient d'abord l'amélioration du bien-être et de la santé des populations marginalisées. Cependant, le bien-être de ces populations demeurait une notion floue qui était souvent orientée par des critères subjectifs des intervenants ou par des critères institutionnels. Dans la partie qui suit, nous nous sommes attardés spécifiquement sur les critères de bien-être développés par les personnes rencontrées par l'Équipe Itinérante. Il s'agissait ici de partir des mots de la personne, de la façon dont elles envisagent leur bien-être dans leurs propres termes et non de plaquer des termes extérieurs plus ou moins appropriés et en rapport à leur expérience. En premier lieu, nous nous sommes questionnés à savoir comment les usagers rencontrés en entrevue caractérisent leur bien-être dans le temps.

À cet égard, nous avons schématisé les différentes trajectoires des sept usagés et tenté de retracer les états significatifs du parcours des personnes, en indiquant d'une part les changements de situation objectifs (par exemple, l'arrivée dans un nouveau logement) et d'autre part, en indiquant la façon dont ils sont vécus subjectivement par les personnes et dont ils influencent leur conception du bien-être. Par souci de confidentialité, les schémas ne sont pas présentés dans ce rapport. À titre d'exemple, en annexe V, nous présentons un cas fictif qui permet d'illustrer la place du bien-être dans la trajectoire de vie de la personne. Ces sept schémas ont ensuite permis d'extraire différents éléments qui contribuaient ou nuisaient au bien-être des usagers et de les regrouper dans une typologie du bien-être.

La contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être des populations est finalement observée à la lumière de cette typologie, qui permet entre autres d'identifier les dimensions du bien-être auxquelles les interventions de l'Équipe participent.

6.4.1. Typologie du bien-être

La typologie du bien-être regroupe en cinq thèmes les principaux événements ou changements objectifs qui ont une influence sur le bien-être (par exemple, la perte d'un emploi) et la manière dont ils sont vécus subjectivement, c'est-à-dire s'ils contribuent au mieux-être ou au mal-être. Les cinq thèmes identifiés sont : la santé, le travail, le budget, le logement et la vie sociale.

1. Santé :

a. Ce qui contribue au bien-être :

- i. Améliorer son état de santé : être bien dans son corps (ex. meilleure apparence physique, sommeil, alimentation) et dans sa tête (ex. stress, angoisse, besoin de parler).
- ii. Éviter les séjours à l'hôpital et les salles d'attente dans les cliniques.
- iii. Vivre une relation de soin de qualité, ce qui est aussi, voire plus important

- que la qualité des soins.
- iv. Être considéré comme une personne et non comme un numéro (ex. être informé des soins, être valorisé, recevoir des soins personnalisés).
- v. Que les intervenants soient disponibles et prennent le temps. Prendre le temps permet l'établissement d'une relation de confiance.
- vi. Être autonome dans ses soins et moins dépendant des interventions pour certains vs être mieux pris en charge et suivi pour d'autres.

b. Ce qui contribue au mal-être :

- i. Que les conditions de santé se dégradent, parfois de manière consécutive aux interventions mêmes.
- ii. Consommer des drogues, avoir des idées suicidaires.
- iii. Rencontrer des intervenants incompetents et recevoir des soins inadaptés.
- iv. Avoir un contact froid avec les intervenants et manquer de temps avec eux.
- v. Ne pas être informé et être tenu dans l'ignorance.

2. Travail :

a. Ce qui contribue au bien-être :

- i. Se sortir d'une situation insatisfaisante en vue d'une autre qui apparaît meilleure (travail = moteur de changement).
- ii. Améliorer la situation financière et accroître son autonomie.
- iii. Reprendre confiance en soi et de se sentir valorisé (confère une identité).
- iv. Penser à d'autres choses (se détourner de ses problèmes) et occuper son temps.
- v. Quitter son réseau de mauvaises relations
- vi. Le bénévolat est parfois vu comme substitut non rémunéré du travail. Il est présenté comme une activité valorisante.

b. Ce qui contribue au mal-être :

- i. Perdre son emploi.
- ii. Être jugé incompetent, peu productif.
- iii. Être ou ne pas être diagnostiqué « contraintes sévères à l'emploi » constitue parfois selon les cas un obstacle au bien-être.

3. Budget :

a. Ce qui contribue au bien-être :

- i. Pouvoir se nourrir et se vêtir convenablement.
- ii. Fréquenter des ressources pour certains (banque alimentaire, cantine et friperie)
- iii. Être diagnostiqué « contraintes sévères à l'emploi » améliore la situation financière (changement de barème à l'aide sociale).
- iv. Arriver dans un logement subventionné, ce qui entraîne conséquemment une diminution de la part du budget consacrée au loyer.
- v. Se permettre des petits extras (ex. livraison de repas)

vi. Certaines activités (ex. bénévolat) permettent une rémunération en nature.

b. Ce qui contribue au mal-être :

- i. Manquer d'argent pour vivre et pour satisfaire ses besoins.
- ii. Devoir surveiller constamment ses dépenses.

4. Logement :

a. Ce qui contribue au bien-être :

- i. Avoir un chez-soi, un espace privé.
- ii. Trouver le calme et la tranquillité (question du bon voisinage)
- iii. Trouver un logement subventionné qui permet d'économiser.
- iv. Vivre dans un logement avec une taille adaptée aux besoins de la personne.
- v. Vivre dans un logement décent.

b. Ce qui contribue au mal-être :

- i. Vivre en foyer (mauvaises conditions de vie)
- ii. Partager son espace et vivre en groupe sans espace pour soi.
- iii. Vivre dans un logement trop coûteux (faire un choix entre un bon logement et pouvoir manger à sa faim).
- iv. Être isolé. Vivre dans un lieu sans vie et sans activités.
- v. Être entouré de mauvais voisinage, mauvaises influences.
- vi. Être mis dehors sans préavis.
- vii. Vendre sa maison, séparer ses biens immobiliers suite à un divorce.

5. Vie sociale :

a. Ce qui contribue au bien-être :

- i. Faire des loisirs et sorties de groupe.
- ii. Être en couple, avoir un conjoint sur lequel s'appuyer.
- iii. Avoir un bon contact avec la famille et les amis.
- iv. Suivre des cours et des formations.
- v. Rencontrer des gens avec les mêmes problématiques.

b. Ce qui contribue au mal-être :

- i. Vivre dans la solitude
- ii. Subir de mauvaises influences
- iii. Avoir peu ou pas de loisirs
- iv. Perdre des amis ou des proches (deuil, ruptures)

Cette typologie met en avant la diversité et la richesse des éléments qui peuvent contribuer au bien-être comme au mal-être des personnes. L'Équipe apporte une contribution majeure qui s'insère et participe au bien-être parmi d'autres éléments et d'autres acteurs (ex. ressources, réseau, famille). On voit également que sa contribution au bien-être est diffuse et se situe dans plusieurs domaines. Elle ne se limite pas seulement à la santé (touche le logement, le travail, etc.) même si son impact s'y fait particulièrement ressentir.

6.4.2. Contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être des populations

Au travers de la lecture des entretiens avec les usagers, on peut dégager l'hypothèse selon laquelle les personnes recherchent leur bien-être. Dans cette perspective, elles ne sont pas *a priori* pour le changement ou l'immobilisme mais pour l'un ou l'autre dans la mesure où cette action contribue à leur bien-être. On pourrait dire qu'au-delà de la formulation de demandes ou non, la finalité ultime des personnes lorsqu'elles vont rencontrer l'Équipe est l'amélioration ou le maintien de leur bien-être. Nous avons vu comment les personnes rencontrées définissent ce bien-être. La contribution au bien-être par l'Équipe peut être questionnée à partir de différentes perspectives (critères du CSSS, des intervenants ou des populations). Il ne s'agit pas ici de chercher à mesurer la contribution de l'Équipe au bien-être des populations, mais plutôt de situer cette contribution dans la typologie du bien-être présentée précédemment.

En premier lieu, on peut affirmer que chez toutes les personnes rencontrées, l'Équipe a d'abord contribué à leur bien-être en ce qui a trait à la santé globale. Comme nous l'avons vu dans la typologie du bien-être, ce qui contribue au bien-être dans la sphère de la santé est envisagée de manière très large par les personnes, et comprend autant la qualité de la relation intervenant/usager que l'amélioration tangible de la santé physique et mentale.

En second lieu, la contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être des populations touche les dimensions du logement, du travail, du budget ou de la vie sociale dans la mesure où celles-ci sont au cœur de la trajectoire de la personne. Dans les entrevues avec les usagers, il est, dans la plupart des cas, possible d'identifier un fil conducteur souvent lié à une aspiration (ex. réintégrer le marché du travail), autour duquel la personne rattache ses choix/actions présents ou passés. Les expériences passées ou la situation présente de la personne sont ainsi souvent évaluées à partir de ce désir, étroitement lié au bien-être de la personne (point de vue rétrospectif). Ce qui ressort des entretiens est que l'Équipe participe au bien-être par sa contribution à la réalisation du projet respectif des personnes.

Les deux exemples ci-dessous illustrent dans l'ordre la contribution à la santé globale et la contribution au projet des personnes.

Exemple 1 : Denys

- Il y a vingt ans, Denys est hospitalisé et traité en santé mentale alors qu'il a un problème de santé physique : « Ils m'ont soigné pendant soixante jours à l'intérieur des murs d'Albert Prévost, ils m'ont bourré de médicaments. Le problème était avec l'intestin, l'estomac, ce n'était pas le mental. »
- Ses problèmes mentaux commencent selon lui à sa sortie en raison du sevrage de médicaments qui provoquaient de la confusion : « Ils m'ont obligé à prendre des médicaments, je suis resté là soixante jours et quand je suis sorti, là mes problèmes mentaux ont commencé car je faisais du sevrage de médicaments qui me manquaient et ça me faisait faire de la confusion. J'étais confus, en raison des médicaments. » On diagnostique un épisode de schizophrénie.
- Il s'éloigne du réseau et guérit lui-même ses problèmes de santé en arrêtant ses

médicaments : « Ça n'a pas d'allure tu sais. Je me suis soigné moi-même en arrêtant tout [mes médicaments], je n'allais pas travailler, je ne faisais rien. Je retirais mes rentes d'invalidité seulement. »

- Depuis lors (plus de vingt ans), il n'a jamais connu d'autres problèmes de santé mentale (aucun épisode de schizophrénie) mais entretient une distance vis-à-vis du réseau. Il n'y va qu'en cas de nécessité (cardiologue, prise de sang au CLSC).
- Il connaît l'Équipe depuis 2001. Il a développé un lien de confiance qui a favorisé l'évocation de problèmes pour lesquels il n'aurait certainement jamais fait appel au réseau de santé et de services sociaux (insomnie, alimentation). Pourtant, ces problèmes contribuaient à son mal-être. Il évoque l'approche compréhensive et l'écoute de l'Équipe qui lui ont permis de s'ouvrir et de parler de ses problèmes et de son passé.

Exemple 2 : Bob

- Suite à une séparation et une perte d'emploi, Bob tombe dans la drogue qu'il avait réussi à arrêter pendant 13 ans. Son apparence physique et sa santé se dégradent et sa situation se détériore au point de perdre son logement au printemps 2006 et d'être diagnostiqué hépatite C : « J'ai perdu mon emploi (...) j'ai tout perdu. Il y avait une faille dans mon système. Je suis tombé. Là, je suis en train de m'en sortir de tout ça. (...) J'ai pris de la coke en maudit par exemple. »
- Suite à la perte de son logement, il décide de partir s'isoler pendant six mois à la campagne pour arrêter sa consommation et prend conscience de la nécessité de quitter sa situation (il parle de « déclic »). La volonté de retrouver son ancien emploi traverse l'entretien. Son emploi signifie tout d'abord retrouver un salaire et vivre convenablement mais il représente aussi la chance de pouvoir s'évader et couper les ponts avec les mauvaises influences qui le maintiennent dans sa consommation de drogue. Enfin, il lui permettrait de retrouver une estime de soi et de se sentir en confiance car c'est un emploi valorisant à ses yeux.
- Il a rencontré l'Équipe Itinérante dans la caravane de l'Oasis et c'est à eux qu'il a pu parler pour la première fois de ses problèmes et de sa volonté de s'en sortir :

Il y a eu vraiment un changement dans ma consommation et c'est en rencontrant [l'infirmière et la travailleuse sociale de l'Équipe] et en voyant leur intérêt à ce que je m'en sorte. C'était vraiment les premiers à qui je parlais.

- Sa trajectoire est un exemple de descente avec une remontée. Il estime lui-même qu'il est « rendu à la fin du parcours » et va pouvoir bientôt retourner travailler. Dans ce parcours l'Équipe intervient en complément avec d'autres organismes afin de le soutenir, de l'appuyer dans ses démarches, de lui donner des encouragements.
- Concrètement une des actions de l'Équipe a été d'écrire une lettre à son nouveau médecin afin de tenter de trouver une solution pour aider à la reprise de son emploi. Selon elle, l'Équipe la connaît très bien et peut témoigner de sa volonté d'améliorer sa situation.

Ces deux exemples permettent d'illustrer de manière concrète comment les interventions contribuent à améliorer le bien-être. Ils mettent en évidence le fait que la contribution de l'Équipe au bien-être ne passe pas nécessairement par un changement d'état radical, mais parfois par un changement d'état plus subtil souligné en termes de chaleur humaine, d'approche personnalisée et de présence rassurante.

- DEUXIÈME ENTRACTE -

Guide d'animation de la deuxième séance d'analyse collective

2 mai 2007. CLSC du Ruisseau-Papineau. Salle 201. Les intervenants et les chercheurs se rencontrent une deuxième fois afin de réfléchir ensemble sur ce qui se dégage des informations rapportées par les chercheurs. Cerveaux en ébullition. Ce sera le moment de croiser les regards des intervenants de l'Équipe Itinérante, des intervenants des ressources partenaires et des populations rejointes par l'Équipe sur la question des interventions de l'Équipe et de son impact sur le bien-être des populations. Il s'agit de mettre en avant les nouveaux enjeux, constats ou questions qui émergent de la mise en lien des trois regards dégagés des entretiens. Pour favoriser la réflexion collective lors de cette rencontre, de courts textes et des questions ont été rédigés par l'équipe du CREMIS. Les intervenants furent invités à choisir des questions qui les préoccupaient ou encore à en formuler de nouvelles. Voici quelques extraits du petit guide d'animation qui a été concocté en vue de favoriser une participation accrue des membres de l'Équipe.

1. Quelques questionnements sur les finalités et traits marquants des différents groupes d'acteurs

1.1. Les populations

- A. Nous avons vu que l'Équipe et les ressources se rejoignent de manière générale pour définir les populations sous l'angle du manque individuel (volonté, désorganisation, etc.) et de différents problèmes récurrents (santé mentale, pauvreté, toxicomanie, itinérance). Cependant, un constat global est que l'Équipe autant que les membres des ressources ont du mal à appréhender les personnes auxquelles l'Équipe s'adresse. Dans certains cas, le flou lié à la définition des populations suscite de l'incompréhension entre les différents intervenants (membres de l'Équipe et intervenants des ressources) et nuit au partenariat.

Selon vous, en quoi les différentes trajectoires de personnes ayant bénéficié des services de l'Équipe présentées dans ce document viennent-elles éclairer ou remettre en question ces descriptions des populations ?

1.2. Les ressources

- A. Nous avons vu que les ressources avec lesquelles collaborait ou avait collaboré l'Équipe avaient des finalités qui leur étaient propres et des finalités qui étaient partagées de manière implicite par l'ensemble des organismes. En croisant les regards, il semble que l'Équipe ait bien réussi à ajuster son mandat aux caractéristiques qui sont propres aux ressources mais qu'il demeure pour autant des incertitudes quant au mandat de l'Équipe qui nuisent au bon partenariat.

Dans quelle mesure l'Équipe empiète-t-elle sur le mandat des ressources ? Comment l'Équipe peut-elle s'adapter aux caractéristiques qui sont propres aux ressources, tout en gardant et en clarifiant les spécificités de son mandat ?

1.3.L'Équipe Itinérante

- A. En croisant tous les regards sur l'Équipe Itinérante (membres de l'Équipe, intervenants des ressources et population), on peut dégager deux compétences de l'Équipe. Tout d'abord, sa capacité à procurer des soins de santé et des services sociaux de manière professionnelle (qualité des interventions). Ensuite sa capacité à assurer un contact humain et une présence qui contribue au bien-être des populations sur un plan plus général que celui de la stricte santé physique (qualité de la relation de soins et du contact) :

Le caractère frontalier de l'Équipe Itinérante (qui se situe entre le réseau et le milieu communautaire) et que l'on pourrait qualifier de « double ancrage » représente-t-il un avantage du point de vue de l'intervention et de la contribution au bien-être des populations atypiques ? Si oui, comment ?

2. L'intervention et l'impact sur le bien-être des populations

- A. Afin que les interventions telles que présentées précédemment soient possibles, les intervenants autant que les usagers ont souligné l'importance qu'un certain nombre de conditions minimales soient présentes et réalisées.

Quels sont les préalables à l'intervention évoqués conjointement par les populations et par les intervenants de l'Équipe Itinérante ? Quels sont les ingrédients d'une intervention « réussie » c'est-à-dire d'une intervention qui contribuerait à améliorer le bien-être des populations ?

- B. Finalement, dans les entretiens avec les usagers, il apparaît que les populations rejointes par l'Équipe sont satisfaites des services reçus (pratiquement aucun aspect négatif n'est mentionné) et que l'Équipe a eu un impact positif pour chacune de ces personnes en termes de bien-être.

Quelles sont les voies possibles par lesquelles l'intervention de l'Équipe contribue à améliorer le bien-être des populations ? Ces contributions sont-elles toujours quantifiables et tangibles ? En quoi l'apport de l'Équipe est-il spécifique pour ces populations ?

CHAPITRE VII : Une intervention créatrice de liens

Dans ce projet de recherche-action évaluative, nous sommes initialement partis de la question suivante : jusqu'à quel point les interventions de l'Équipe itinérante ont-elles permis d'améliorer les conditions de vie, l'état de santé et le bien-être des populations itinérantes ou à risque de le devenir vivant sur le territoire de Laval ? Nous voulions également être en mesure de cerner les interventions qui ont le plus et le moins porté fruit à cet égard et, le cas échéant, proposer des pistes pour les consolider, les étendre, les repenser ou les transformer. Nous avons également introduit une dimension temporelle, dans la mesure où le parcours de l'Équipe pouvait être pensé en trois temps : le temps 1 (avant la création de l'Équipe), le temps 2 (moment de la création de l'Équipe) et le temps 3 (existence de l'Équipe jusqu'au début du projet de recherche). On pourrait ajouter un temps 4, correspondant à la réalisation du projet de recherche-action participative évaluative.

Au cours des deux rencontres d'analyse collective, différents constats ont été avancés par l'Équipe Itinérante et le CREMIS. Les constats qui sont présentés ci-dessous résultent pour la plupart de cette réflexion collective où l'Équipe Itinérante et les chercheurs du CREMIS ont pu croiser les regards des intervenants de l'Équipe, des ressources et des personnes rejointes par les services sur le bien-être des populations. Ils sont ici repris, approfondis et complétés par l'équipe du CREMIS. Ces constats pourront servir de préalables à la formulation par l'Équipe Itinérante de propositions concrètes en vue d'améliorer l'impact de ses interventions sur les populations marginalisées.

Nous avons regroupé les constats en trois grands axes, le premier concernant l'évolution des pratiques et des connaissances par rapport aux populations marginalisées entre les temps 1 et 4, le second portant plus précisément sur ces populations rejointes par l'Équipe, et le troisième, sur la contribution de l'Équipe au bien-être de ces populations. Une petite discussion sur des thèmes recoupant ces trois axes suivra la présentation des différents constats. Cependant, avant d'aborder ces trois constats, il apparaît nécessaire de justifier la valeur représentative des sept trajectoires de vie présentées dans le cadre de cette recherche.

En effet, on peut s'interroger sur la valeur de ces cas. Est-ce que ces personnes représentent des cas marginaux rencontrés par l'Équipe ou des catégories plus largement représentées dans la population rejointe par l'Équipe ? Trois types de sources nous informent sur les profils rencontrés dans la population rejointe par l'Équipe : les catégories identifiées dans les statistiques de l'Équipe, celles évoquées dans les propos des intervenants de l'Équipe et enfin les profils dégagés des trajectoires de vie avec les usagers. Pour répondre à la question de la valeur et de la représentativité des profils dégagés, nous avons effectué une triangulation en croisant les trois types de sources mentionnés qui sont autant de regards qui se complètent, se chevauchent, et se recoupent parfois. À la lumière de cette triangulation, plus explicitement décrite en annexe IV, nous pouvons conclure que les sept portraits d'usagers ont une valeur de représentativité théorique.

7.1. Une approche et des pratiques innovatrices en termes de santé et de bien-être : création de l'Équipe Itinérante et adaptation aux populations

Tout au long de l'analyse, une attention particulière a été portée sur le caractère innovateur de l'Équipe Itinérante en matière de pratiques alternatives auprès des populations marginalisées et sur le développement et l'accumulation de nouvelles connaissances au cours de ses six années d'existence. À la lumière de l'ensemble de l'analyse réalisée, on peut distinguer deux niveaux d'innovation, qui correspondent à la création de l'Équipe Itinérante et à l'évolution de ses pratiques et connaissances au contact des populations.

7.1.1. Création d'une Équipe destinée aux populations en marge du réseau

À une échelle plus régionale, l'Équipe Itinérante représente une innovation en ce sens qu'elle apporte une compétence nouvelle sur le territoire lavallois en termes d'action auprès des populations marginalisées. En 2001, lors de sa création, l'Équipe Itinérante se donne pour mandat d'intervenir auprès des personnes « itinérantes ou à haut risque d'itinérance ». Selon l'État de situation de l'itinérance réalisé en 2000 par Jean-Pierre Fortin (en prévision de l'avènement d'un budget spécialement consacré à l'itinérance, l'Initiative de Partenariat en Action Communautaire (IPAC)), ces personnes ont des besoins sociaux et de santé qui ne sont pas pris en charge par le réseau public et communautaire (temps 1). De fait, l'inventaire des ressources communautaires adressées à cette population en 2000 permet de constater que les services sont surtout orientés vers des besoins psychosociaux (réinsertion sociale, réseaux d'entraide, suivi individuel, etc.) et des besoins d'urgence (hébergement, alimentation, vêtements, services de crise, etc.). De plus, le réseau de contacts entre le milieu communautaire et public est peu développé, ce qui complexifie les références du secteur communautaire vers le secteur public en ce qui a trait aux besoins liés plus spécifiquement à la santé. Quant au réseau public de santé et de services sociaux en 2000, son rôle auprès des populations marginalisées semble limité puisque selon Fortin et certains intervenants de l'Équipe et des ressources, aucun projet ou programme n'est spécifiquement adressé à ces populations « itinérantes ou à risque d'itinérance ».

Initialement, lors de sa création, l'Équipe définit l'itinérance et le risque d'itinérance principalement à partir de ce même état de situation réalisé par Fortin. Il y affirme que les groupes à risque d'itinérance à Laval sont surtout des personnes avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie, des jeunes adultes sortant d'institution ou de la résidence familiale, des femmes en difficulté, des personnes sortant de prison ou d'hôpitaux psychiatriques et des « chambreurs ». Cet état de situation met l'accent sur l'action en amont de l'itinérance, étant donné qu'il y a peu d'itinérants à Laval. L'Équipe prend donc pour acquis qu'il est possible d'identifier les individus ou les groupes d'individus plus fragiles afin d'agir en amont de l'itinérance et ainsi, de prévenir ce phénomène. Comme milieu d'intervention, elle cible des ressources spécialisées en santé mentale, des soupes populaires, des habitations populaires et une ressource mobile d'intervention, qui s'adresse surtout à des jeunes en difficulté.

En ce sens, l'initiative de créer l'Équipe Itinérante est innovatrice puisqu'elle rend plus accessibles des services à des populations coupées du réseau. Cependant, au départ, d'après les documents officiels, cette rupture avec le réseau est expliquée par les déficiences individuelles

des populations avec les caractéristiques énoncées ci-dessus. Le réseau n'est pas ou peu questionné. Ce qui est remis en question, c'est plutôt la capacité des personnes à utiliser convenablement les services dispensés par le réseau. Ainsi, en 2001, l'Équipe Itinérante se définit d'abord comme une équipe qui promeut et facilite l'accessibilité aux services du réseau par une action sur le terrain et par différents partenariats, liens avec les milieux communautaire, public et privé. L'Équipe est décrite comme un intermédiaire qui favorise la prise en charge des personnes par le réseau et qui se rend sur le terrain afin de rattacher au réseau des personnes qui en sont coupées. Cette définition du mandat de l'Équipe renvoie à une gestion technique des populations qui n'engage pas véritablement les différents acteurs (populations, ressources et Équipe).

Il n'en demeure pas moins que la création de l'Équipe représente un moment clé, en ce que le modèle de *reaching out* qu'elle a développé (inspiré de celui de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs) a permis à des intervenants d'aller sur le terrain, dans les ressources et de rencontrer ces populations coupées du réseau pour mieux connaître leurs besoins et leur expérience. Il est à noter que ce développement de pratiques alternatives aurait difficilement pu se réaliser sans le support des gestionnaires du CLSC Ruisseau-Papineau, qui ont choisi d'appuyer ce projet et, avec le temps, de lui apporter un support financier.

7.1.2. L'évolution des pratiques et des connaissances au contact des populations marginalisées

À un niveau plus régional, nous avons vu que la création de l'Équipe Itinérante avait apporté des compétences nouvelles en offrant des services de santé dans les milieux de vie des populations qu'elle identifiait comme étant « itinérantes ou à risque ». Il s'agit en quelque sorte d'un premier niveau d'innovation. Cependant, l'analyse a permis de mettre de l'avant qu'à l'intérieur même de l'Équipe, la rencontre avec les populations et l'expérience accumulée ont permis d'adapter et faire évoluer les pratiques et les connaissances afin de mieux contribuer au bien-être des populations. Il s'agit d'un second niveau d'innovation.

Le terrain mis par écrit. Échos des bilans d'intervention

Les bilans écrits de l'Équipe décrivent les interventions réalisées au quotidien depuis sa création. La description des interventions faites dans les premiers bilans vient nuancer certains propos qui avaient été avancés initialement, surtout en ce qui a trait aux populations rejointes et au mandat de l'Équipe. De fait, dans ces premiers bilans de l'Équipe, les interventions sont présentées comme un « assouplissement du cadre de fonctionnement du réseau » et une manière de « pallier les failles du réseau ». L'Équipe évoque à plusieurs reprises le rôle de « négociation » qu'elle doit jouer auprès des différentes ressources pour que les personnes puissent accéder aux services dont elles ont besoin. Confrontée aux populations, il ne s'agit plus simplement de favoriser l'accès au réseau.

L'équipe veille à assouplir les critères d'admission des services afin que les personnes, souvent en marge de la société, puissent y avoir davantage accès. Les interventions consistent surtout en : accompagnement et information concernant une interruption de grossesse, favoriser des ententes avec des propriétaires de foyers d'hébergement, aide pour

recevoir un revenu, soutien à la communication avec l'équipe soignante, information à la famille sur une problématique de santé, etc. Accompagnement et démarchage. (2002)

Durant cette période, les exemples de cas mettent en valeur la diversité des situations auxquelles l'Équipe doit faire face et soulignent la polyvalence des membres de l'Équipe qui sont sollicités pour des questions aussi diverses que la toxicomanie, la prostitution, la régulation des situations avec les propriétaires, la santé mentale, la médication, etc., et qui font face à des publics de tous les âges allant de jeunes adultes jusqu'aux personnes âgées avec chacun leur trajectoire et des situations sociales, psychologiques et économiques très variées. Ces exemples sont centraux dans la description et la compréhension de l'intervention. Ils placent les populations et leur qualité de vie au centre des préoccupations de l'Équipe.

À titre d'illustration, les exemples de cas suivants sont rapportés par l'Équipe lors des réunions de service en 2002 :

- Sensibiliser une propriétaire de maison de chambres à la maladie d'un résident pour éviter son expulsion
- Aider un parent dans sa relation avec son enfant atteint d'une maladie mentale
- Référer un homme séparé en désintoxication pour qu'il puisse revoir sa fille
- Aider un homme âgé vivant des épisodes d'itinérance pour qu'il prenne sa médication et contact avec le propriétaire afin que celui-ci lui laisse son logement tant qu'il le paie malgré ses absences prolongées.

Le contenu de ces bilans porte à penser qu'au contact des populations et au travers de sa pratique, l'Équipe a été amenée à changer son regard et à adapter ses interventions aux différentes réalités vécues par les usagers de ses services. Les entretiens réalisés avec les intervenants et les usagers permettent de mieux comprendre comment la rencontre des intervenants avec les populations sur le terrain a pu entraîner certains réajustements au sein de l'Équipe.

L'intervention comme espace de rencontre : une adaptation réciproque

Les différents schémas analytiques de l'intervention qui ont été réalisés à partir des entretiens permettent de penser l'intervention comme un espace de rencontre entre deux acteurs principaux, l'intervenant et la personne qui vient fréquenter l'Équipe, chacun étant doté d'une trajectoire qui lui est propre : celle de l'intervenant avec son expérience au sein de l'Équipe, sa formation, ses valeurs et ses propres conceptions ; celle de la personne rencontrée avec sa propre situation, son vécu et ses besoins. Les intervenants de l'Équipe Itinérante et les populations doivent ainsi s'adapter réciproquement dans une rencontre à chaque fois unique et personnalisée. Bien que l'intervention soit à chaque fois envisagée de manière personnalisée, contrairement à un modèle d'intervention standardisé, les intervenants et les populations s'entendent pour dire que certains préalables sont nécessaires à une intervention qu'on pourrait qualifier de « réussie ».

Premièrement, autant chez les usagers que chez les intervenants, le préalable d'une intervention réussie repose sur la volonté de quitter une situation vécue comme insatisfaisante au

profit d'une autre qui serait plus satisfaisante en termes de bien-être et de qualité de vie. Il faut donc à la fois être en accord sur la fin (améliorer le bien-être), mais également sur la définition de cette fin. À cet égard, les intervenants mentionnent parfois qu'ils doivent susciter, déclencher ce désir chez leurs clients. De leur côté, les personnes rencontrées évoquent à maintes reprises l'importance que l'intervenant manifeste son intérêt à ce qu'elles améliorent leur situation. Cette volonté partagée constitue la base d'un engagement réciproque, souvent implicite, où intervenant et usager acceptent d'entrer dans la relation de soin proposée.

Pour parvenir aux fins précédemment énoncées, il importe que les intervenants et les personnes se mettent d'accord sur les moyens à utiliser. Ces moyens sont de deux types. Les premiers ont un caractère davantage technique et un aspect médical prononcé. Ils consistent par exemple en actes médicaux et en conseils pratiques (par exemple, conseils sur l'alimentation, prise de glycémie, prise de pression, médication). Ils sont les plus visibles, quantifiables et s'inscrivent dans les pratiques énoncées par le cadre normatif du CSSS. Les seconds concernent la façon dont ces soins pratiques vont être effectués en vue de parvenir à ces fins. Ils sont collectifs dans la mesure où ils n'engagent pas seulement l'Équipe et la personne, mais prennent plus globalement appui sur le réseau de santé et de services sociaux et les autres ressources. On peut par exemple penser à la question du suivi, qui peut se faire de manière plus formelle (ouverture d'un dossier) ou encore de manière informelle et ponctuelle.

Finalement, la question de la qualité du lien est au centre des entretiens tant des intervenants que des usagers. Beaucoup suggèrent même que la qualité du lien et de la relation de soin est aussi, voire plus importante que les soins eux-mêmes. Bien souvent, l'intervention s'établit dans le temps et la confiance naît d'un suivi régulier et d'un contact chaleureux. Sur ce point, l'Équipe se différencie de manière particulièrement forte du réseau, qui est présenté dans les propos des usagers comme froid et distant. La qualité du contact humain n'apparaît pas comme une simple adaptation de l'Équipe à des populations qu'on pourrait dire isolées ou marquées par plusieurs rejets. Il s'agit d'une exigence et d'une attente formulée par les personnes elles-mêmes à l'égard des services dispensés par l'Équipe.

Cette rencontre sur le terrain au cœur de laquelle est déjà nécessaire un certain degré d'adaptation, soulève chez les intervenants des questionnements, notamment en ce qui a trait à l'adaptation des pratiques d'intervention dans le temps et l'espace et à leur efficacité.

L'adaptation dans l'espace et dans le temps

On remarque dans les propos des intervenants que le questionnement des pratiques est au centre. À titre d'exemple voici quelques questionnements soulevés par les intervenants eux-mêmes : Comment joindre les populations ? Quels sont les horaires et les ressources les plus adaptés ? C'est tout l'enjeu de la pertinence de la présence dans les ressources et de la forme de l'intervention afin d'être le plus efficace possible. À ce sujet, les intervenants citent l'exemple d'une ressource où les cliniques santé se sont successivement tenues à l'intérieur de celle-ci puis à l'extérieur. Ces ajustements sont des fois contraints par la situation (qualité de la collaboration et des rapports avec les ressources) mais font en soi l'objet d'un questionnement de la part de l'Équipe. Dans l'exemple cité de manière récurrente par les intervenants, la question portait particulièrement sur la confidentialité. Comment les informations peuvent-elles rester

confidentielles si les cliniques sont tenues dans des ressources où il n'y a pas d'espace spécifique prévu pour les rencontres et où l'on ne cherche pas forcément à en avoir car on veut rester visible et accessible vis-à-vis des personnes ? De même, un intervenant met en question les horaires qui seraient les plus adaptés pour rejoindre les jeunes. Selon lui, l'Équipe peut difficilement rejoindre cette catégorie de la population car ils se rassemblent le soir ou à la tombée de la nuit dans des parcs par exemple. On voit ici que les intervenants sont clairement conscients de certains enjeux liés tout à la fois à l'efficacité de leurs interventions et aux limites de celles-ci.

L'importance d'un temps de réflexion, de discussion et d'échanges entre les membres de l'Équipe doit être ici soulignée. La pratique des intervenants permet d'acquérir de l'expérience et des connaissances qui demeurent sans conséquences majeures sur les pratiques et sur le bien-être des populations si elles ne sont pas partagées et discutées avec les autres membres de l'Équipe. Depuis sa création, les membres de l'Équipe se rencontrent aux deux semaines afin de discuter collectivement de certains cas, de difficultés rencontrées et, si nécessaire, de réajuster leurs interventions. Cela leur a permis d'intégrer des changements de pratique et d'améliorer son impact sur le bien-être des populations, notamment en rejoignant un plus grand nombre de personnes. Les statistiques montrent en effet que le nombre d'interventions réalisées par l'Équipe est passé de 88 par mois en 2002, à 256 par mois en 2006. Deux hypothèses complémentaires peuvent expliquer cette hausse : 1) l'Équipe rejoint une diversité plus grande de personnes, 2) les mêmes personnes reviennent la fréquenter de manière plus régulière.

Ce qui transparaît dans les quelques points précédemment soulevés, c'est que la présence de l'Équipe sur le terrain a dû, dès le départ, être innovatrice et se rendre souple par rapport à ce qui était offert dans le réseau classique de manière à se rendre elle-même accessible à ces populations et à créer des « voies d'accès » au réseau public de santé et de services sociaux. Ainsi, elle a mis de l'avant:

- Une intervention directe dans les milieux de vie des personnes (organismes, rue, motels, maisons de chambres, etc.)
- L'établissement de liens de confiance avec les personnes par une présence régulière et sur le long terme
- Des contacts personnalisés et une souplesse dans l'accueil.

Ces quelques exemples illustrent un changement de perspective qui s'est opéré au contact des populations, par rapport à ce qui était proposé initialement par l'Équipe. De fait, dans sa pratique, l'Équipe n'agit pas comme un simple intermédiaire qui renvoie des clients coupés du réseau vers les services appropriés. L'intervention peut parfois se limiter à une référence vers un médecin, ou un propriétaire de maison de chambres (lien entre la personne et les ressources du réseau) mais la simple référence est un exemple d'intervention parmi une multitude d'autres. Elle travaille collectivement avec la personne et les différents acteurs qui l'entourent afin de créer un réseau approprié autour d'elle qui lui permettra de recevoir de manière adéquate les soins dont elle a besoin (créatrice de lien autour et avec la personne). Cette deuxième idée renvoie à l'idée d'autonomie et de complémentarité. Mais qui sont ces personnes que l'Équipe rejoint dans sa pratique ? La réponse à cette question constitue le deuxième grand constat que ce projet de recherche permet d'établir.

7.2. Les « risques » de s'adresser à des populations itinérantes ou « à risque »

Nous avons vu que dans la définition officielle de son projet, l'Équipe Itinérante s'adresse à des populations « itinérantes ou à risque ». Elle a développé un modèle de *reaching out* afin de rejoindre particulièrement ces populations. Cependant, en allant intervenir directement dans les ressources et en offrant des services de proximité qui n'étaient pas restreints aux personnes que l'Équipe identifiait comme étant « itinérantes ou à risque de le devenir », l'Équipe a été amenée à intervenir auprès d'une multitude de personnes, avec des profils, des vécus et des besoins très variés. Aujourd'hui, les entretiens avec les intervenants de l'Équipe et des ressources, ainsi que les sept trajectoires de vie soulèvent certains questionnements par rapport à la pertinence de l'appellation « itinérants ou à risque d'itinérance ».

Chez les intervenants de l'Équipe, on remarque un malaise et une difficulté à appréhender les populations rejointes. De fait, la conception des populations par les intervenants se limite souvent à une énumération de caractéristiques individuelles et de problématiques. On parle d'itinérants, qui ne sont pas des itinérants « classiques » ou « stricts » comme à Montréal, et de personnes « à risque » dont le risque est conçu sous un angle individuel, alors que les exemples d'intervention évoqués par les membres révèlent dans certains cas ce risque sous l'angle du rapport social. Sur le strict plan de l'intervention (technique), cette caractérisation paraît suffisante en elle-même. D'ailleurs, les intervenants n'ont pas toujours la possibilité d'aller chercher des informations autres (par exemple, les rapports passés avec les institutions) et cela ne s'inscrit pas nécessairement dans leur mandat direct.

Cependant, cette imprécision dans la définition des populations auxquelles s'adresse l'Équipe amène certains intervenants des ressources partenaires à questionner la pertinence de la présence de l'Équipe dans leur ressource. Ces intervenants ne conçoivent pas leur « clientèle » ou leurs « membres » comme une population à risque d'itinérance, ce qui entraîne des incompréhensions qui nuisent au bon partenariat. Il est à noter que ces intervenants soulignent quand même l'apport très positif de l'Équipe sur le bien-être et la santé de leurs membres. Les chercheurs avaient quant à eux lancé l'hypothèse selon laquelle l'utilisation du terme « populations itinérantes ou à risque » comme catégorie visée pouvait agir comme une étiquette stigmatisante et occulter des profils fort différents.

Même si elles ne sont qu'au nombre de sept, la reconstitution des trajectoires d'utilisateurs sont éclairantes sur le point des populations, en ce qu'elles permettent de mettre de l'avant la question des rapports entretenus avec le réseau institutionnel et communautaire. En effet, au-delà des caractéristiques individuelles et du risque ou non d'itinérance, ce qui unit ces sept personnes est avant tout le fait qu'elles ont des besoins en termes de santé et de bien-être qui ne sont pas ou ne peuvent pas être pris en charge par le réseau classique de santé et de services sociaux et par le réseau communautaire pour des raisons à la fois individuelles, matérielles, structurelles et relationnelles.

Ainsi, en développant un modèle d'intervention dans le milieu qui propose une alternative à la rigidité, l'anonymat et la froideur parfois rencontrés dans le réseau, l'Équipe a rejoint non seulement les personnes itinérantes, mais également une multitude de personnes dont les besoins ne seraient pas comblés autrement. Les problématiques accolées aux populations (itinérance,

santé mentale, pauvreté, etc.) peuvent donc en effet agir comme des étiquettes stigmatisantes qui appauvrissent la compréhension des trajectoires et des besoins. Ces enjeux liés au bon partenariat avec les ressources ainsi qu'aux risques de stigmatisation des populations rejointes ne sont pas les seuls à devoir être pris en compte dans un questionnement par rapport à l'appellation des populations visées par l'Équipe. Des enjeux politiques, financiers et de visibilité ont également été soulevés dans l'analyse et dans les propos de l'Équipe.

7.3. Le bien-être des populations et les interventions de l'Équipe

Dans ce projet, le bien-être des populations rejointes par l'Équipe constitue l'objet principal de recherche. S'intéresser d'abord au bien-être des populations, et non aux services dispensés par l'Équipe, implique de placer au centre les populations et de se décentrer de l'Équipe Itinérante en considérant ses interventions comme des rencontres parmi d'autres, qui peuvent agir positivement ou négativement sur le parcours de vie des usagers. Il faut donc élargir le regard et s'intéresser aux différents acteurs en présence dans l'espace d'intervention : les usagers, les ressources et l'Équipe Itinérante. Ces trois groupes d'acteurs représentent trois positions à partir desquels les critères de bien-être des populations rejointes par l'Équipe peuvent être définis et projetés. L'analyse réalisée a permis de croiser ces différents regards sur le bien-être et de mieux comprendre la contribution de l'Équipe à celui-ci. Voici quelques constats qui se dégagent de cette analyse.

7.3.1. Agir sur le mal-être ou agir pour le bien-être ?

L'analyse réalisée a permis de mettre de l'avant le fait que les intervenants de l'Équipe ont tendance à définir le bien-être des populations en termes de mal-être et de déficiences individuelles (par exemple, désorganisation, dépression, incapacité à se projeter dans le futur, instabilité). Dans ses interventions, l'Équipe travaille d'abord sur le mal-être et l'existence de l'Équipe se justifie d'ailleurs par la présence de problèmes de santé et de situation de mal-être chez ces populations précaires. Sur ce point, les membres de l'Équipe sont donc tributaires d'un biais de l'intervention, puisque les personnes se présentent souvent lorsqu'elles ont un « problème » à régler auxquels ils doivent apporter une « solution ». Ce rapport d'intervention, centré sur ce qui ne va pas, a tendance à réduire la question du bien-être au seul mal-être.

Or, les entretiens réalisés avec sept usagers des services de l'Équipe ont permis d'envisager le bien-être de manière plus large et, notamment, de dresser une typologie qui présente l'éventail de ce qui contribue ou nuit selon eux à leur bien-être. Le bien-être des personnes ne se limite pas à la seule satisfaction des besoins de base, comme se nourrir, avoir un lieu décent de vie et des vêtements. Ces critères sont les plus communément repris pour définir les besoins de base. Or ils apparaissent très restrictifs au regard de la vision que les personnes ont de leur propre bien-être. Celui-ci s'inscrit dans des expériences quotidiennes que la personne vit positivement ou négativement, dépendamment de son vécu, de sa situation et de sa conception de ce qui contribue ou nuit à son bien-être. Ainsi, par rapport à la santé, ce qui contribuait au bien-être des personnes rencontrées allait au-delà de l'amélioration tangible de leur état de santé, et touchait également des dimensions plus large, comme vivre une relation de soin de qualité et être traité dignement. Les trajectoires de vie reconstituées ont donc donné corps et sens à la notion de bien-être qui,

sinon, demeure une notion flottante parfois déconnectée de ce que vivent les personnes dont on prétend assurer le bien-être. Lors de l'analyse collective, les chercheurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle envisager le bien-être plus largement et surtout, envisager le bien-être tel qu'il est défini par la personne, pourrait permettre d'améliorer l'impact de l'Équipe sur les populations. Dans cette perspective, agir sur le mal-être se réduirait à vouloir freiner la dégradation de l'état de la personne. Agir pour le bien-être reviendrait davantage à viser l'amélioration de la qualité de vie de la personne, appréhendée selon ses propres critères.

7.3.2 Contribution de l'Équipe Itinérante au bien-être

La question de l'impact des interventions de l'Équipe était centrale dans ce projet. Nous avons vu que les données statistiques de l'Équipe ne permettaient pas de quantifier cet impact, puisque l'Équipe ne tient pas de dossier personnalisé de ses clients, mais effectue plutôt un suivi informel, ce qui permet aux clients d'éviter de tomber dans des cadres trop rigides qui ne leur conviendraient peut-être pas. De plus, l'Équipe doit respecter les règles de confidentialité liées aux questions de santé et à leur présence dans les ressources communautaires.

Les sept trajectoires de vie ont permis de constater que dans ces cas, et possiblement pour les autres personnes que rencontre l'Équipe, la contribution au bien-être se fait principalement par une contribution à la santé globale (qui comprend le bien-être envisagé plus largement et la santé physique et mentale envisagée d'un point de vue plus médical) et une contribution au projet respectif des personnes (ex. retourner au travail, arrêter de consommer). En croisant les regards des intervenants et des personnes rencontrées, on peut identifier deux voies possibles d'amélioration du bien-être des populations.

Le changement d'état

Il y a des cas où un changement d'état ou de situation de la personne se produit. Il peut correspondre, par exemple, à une amélioration tangible de la santé, à une perte de poids, à une diminution du nombre d'hospitalisation, au fait de trouver un logement, etc. Ce changement se rapporte aux interventions pratiques, ou plus techniques, de l'Équipe et peut être appréhendé sous deux angles. Le premier, qui cadre davantage avec les critères institutionnels du CSSS plus objectifs et quantifiables. Le second, plutôt subjectif, qui correspond aux critères de la personne. De fait, un changement de situation peut être vécu ou non comme une réelle amélioration du bien-être de la personne, dépendamment de sa trajectoire (son vécu, ses besoins) et de ce qu'elle envisage comme participant de son bien-être.

La qualité du contact humain

La seconde voie par laquelle l'Équipe contribue au bien-être des populations est unanimement évoquée par les usagers dans les termes suivants : lien de confiance, contact personnalisé, chaleur humaine, valorisation, prendre le temps de parler, être écouté, etc. Cette contribution est difficilement quantifiable et se rapporte à une conception du bien-être plus large. Cette compétence, qu'on pourrait qualifier de « qualité de la relation de soins et du contact », peut être partagée avec le réseau public et communautaire, mais caractérise en propre l'Équipe

Itinérante. Cependant, dans les propos des usagers, l'Équipe est souvent opposée au réseau de santé et de services sociaux. La plupart considèrent le réseau comme étant efficace et répondant à des besoins précis auxquels l'Équipe ne peut et n'a souvent pas le mandat de répondre mais le définissent également comme étant froid, rigide, anonyme, bureaucratique, et excessivement standardisé. La compréhension de cet apport central de l'Équipe au bien-être des populations n'aurait pas été possible sans la réalisation d'entretiens avec les usagers des services et si, dans le cadre de cette recherche, le bien-être avait été limité à la santé et aux conditions de vie (objectives, quantifiables et/ou qualifiables).

7.4. Discussion

À la lumière des trois grands constats énoncés ci-haut, différents éléments méritent d'être discutés, notamment l'idée de complémentarité et d'autonomie de l'utilisateur, ainsi que la « zone grise » dans laquelle évolue l'Équipe, qui semble nécessaire à son action auprès des populations marginalisées.

7.4.1. Complémentarité, compétences et implication de l'utilisateur

En décentrant le regard de l'Équipe Itinérante et des services qu'elle dispense, ce projet de recherche a permis de mettre en valeur l'apport respectif des différents acteurs en présence dans l'espace d'intervention (Équipe Itinérante, réseau public et communautaire, populations). Certains intervenants ont mis de l'avant la notion de complémentarité, en ce sens que chacun apporte un savoir, une pratique et une compétence également importants du point de vue de l'intervention. Plus précisément, à la lumière du projet de l'Équipe, la complémentarité pourrait être définie comme une action collective qui vise à créer un réseau autour de la personne avec sa participation active, afin qu'elle reçoive de manière adéquate les soins dont elle a besoin. Elle s'appuie donc sur la considération de l'autonomie de la personne. La notion de complémentarité semble plus porteuse et représentative de l'action de l'Équipe que la notion de référence, où l'Équipe serait considérée comme un simple intermédiaire qui renvoie les personnes vers différents services. L'Équipe a des compétences qui lui sont propres (par exemple, une action concertée dans les milieux de vie, des interventions professionnelles, une présence chaleureuse et un contact personnalisé) et son rôle ne se réduit pas à un rôle d'appoint du réseau.

7.4.2. La nécessité d'être frontalière : l'Équipe Itinérante et le réseau public de santé et de services sociaux

Aux dires des intervenants, l'Équipe évolue dans une « zone grise » qu'ils ont parfois du mal à qualifier. La rencontre avec les intervenants des ressources et les usagers permet de préciser, éclairer et affiner la compréhension de l'espace où évolue l'Équipe. L'Équipe possède une double compétence qui lui permet à la fois de joindre des personnes inscrites dans le réseau et des personnes qui se situent en périphérie (voir annexe VI). Cette double compétence est due à son statut, puisqu'elle est une équipe du réseau (CSSS) qui intervient dans le milieu et les ressources communautaires. On peut donc parler d'un double ancrage qui, bien loin de constituer une faiblesse, constitue une force. En allant plus loin, on peut même avancer qu'afin d'améliorer le

bien-être des populations qu'elle rencontre, l'Équipe a besoin d'être frontalière et de bénéficier d'une marge de liberté et de manœuvre. Ce double ancrage constitue la spécificité de l'Équipe, qui n'a pas simplement un rôle d'appoint du réseau classique de santé et de services sociaux, même si par ailleurs elle peut parfois jouer ce rôle. Elle apporte une compétence nouvelle et répond à des besoins qui ne sont pas pris en charge par le réseau.

L'action et la présence de l'Équipe sont d'autant plus justifiées que le réseau est destiné au plus grand nombre selon le principe de l'universalité. Pour parvenir à leurs objectifs, les intervenants en CLSC mettent en œuvre et appliquent des interventions de type plus standardisé qui laissent parfois peu de place aux besoins spécifiques de certaines personnes. Ces dernières ont tendance à être marginalisées du réseau et cette marginalisation est parfois attribuée à des déficiences individuelles (incompétences psychologiques et sociales des usagers). Sur ce point, ce qui se dégage des entrevues et des documents est que l'Équipe réussit à repérer et rejoindre ces populations marginalisées (détachées ou faiblement raccrochées au réseau, qui se situent dans une « zone grise ») et à prendre en compte leur spécificité au moyen de deux stratégies : le travail avec la personne dans son milieu de vie en collaborant avec les ressources du milieu et la négociation d'un parcours individualisé au sein du réseau lui-même.

CONCLUSION

En conclusion, le projet de recherche, réalisé au cours de l'année 2006 – 2007 a permis d'avancer trois grands constats par rapport à l'Équipe Itinérante et à son impact sur le bien-être des populations. 1) L'Équipe Itinérante est innovatrice par le fait qu'elle apporte une compétence nouvelle à Laval en termes d'action auprès des populations marginalisées et qu'au fil du temps, à travers la rencontre avec les populations, son approche a évolué de manière à placer au centre de l'intervention l'écoute, la chaleur humaine, la souplesse et le bien-être de ces personnes. 2) Au-delà de l'étiquette « itinérantes ou à risque », les personnes rejointes par l'Équipe peuvent d'abord être définies par le fait que certains de leurs besoins de santé et de bien-être ne sont pas comblés par le réseau public et communautaire à Laval pour des raisons à la fois individuelles, matérielles et structurelles. Ces personnes gravitent dans une zone grise et nécessitent des interventions différentes en termes d'approche et de moyens. 3) L'Équipe Itinérante apporte une contribution majeure qui s'insère et participe au bien-être parmi d'autres éléments et d'autres acteurs (par exemple, le réseau communautaire, la famille). Sa contribution ne se limite pas à la santé au sens plus médical du terme, mais touche globalement le bien-être des personnes et se fait ressentir dans plusieurs domaines, comme le logement et le travail.

À la lumière de ces constats et de l'ensemble de la démarche réalisée, différents aspects méritent d'être abordés afin de pousser un peu plus loin notre réflexion.

1. L'impact de la recherche sur les pratiques

Dans le premier constat énoncé ci-dessus, nous avons mentionné que l'innovation dans l'Équipe Itinérante avait été observée à deux niveaux, soit celui de la création de l'Équipe et celui de son évolution au contact des populations. On pourrait en définir et en ajouter un troisième, correspondant à la réalisation collective du projet de recherche-action participative. À cet égard, les chercheurs ont mis l'accent sur le processus de recherche et ses effets sur les pratiques : jusqu'à quel point la recherche a-t-elle permis et permettra-t-elle d'influencer les pratiques de l'Équipe ? Trois pistes de réponse peuvent être avancées.

- 1) D'abord, tout au long du processus de recherche, un espace de discussion a été créé par le biais des différentes rencontres qui réunissaient les chercheurs du CREMIS et les membres de l'Équipe. Cet espace de discussion était différent des rencontres bi-mensuelles de l'Équipe, puisqu'il était alimenté à la fois par l'expérience et les connaissances des intervenants, par les connaissances des chercheurs et leur rencontre avec les différents acteurs, et indirectement par l'expérience et le vécu des populations (par l'intermédiaire des entretiens). Aux dires des intervenants, cet espace a permis de prendre une distance critique vis-à-vis de leur pratique, et de leur regard d'intervenant.
- 2) En second lieu, plusieurs propositions ont été apportées par chacun des groupes d'acteurs, *via* les entretiens, afin d'améliorer les services qui sont offerts aux populations. Les usagers, notamment, adressaient des critiques claires au réseau de santé et de services sociaux, et identifiaient bien ce que l'Équipe leur apportait. Les

intervenants des ressources proposaient quant à eux des pistes afin d'améliorer le partenariat avec l'Équipe qui méritent d'être considérées sérieusement. Une question se pose alors : comment faire converger ces propositions? Y aurait-il lieu de créer un espace de discussion qui réunirait des usagers, des intervenants des ressources et des membres de l'Équipe afin que ces propositions puissent être discutées et, si nécessaire, intégrées aux services de l'Équipes Itinérante ?

- 3) Finalement, les constats qui ont été faits collectivement pourront éventuellement se traduire en changements de pratique dans le but d'améliorer l'impact sur le bien-être des populations. De fait, le but principal de la recherche-action participative est d'abord l'amélioration des conditions de vie d'une population particulière à travers l'action sociale. Dans le contexte d'évaluation, l'action sociale apparaît comme une remise en question des pratiques et, le cas échéant, une transformation ou consolidation de celles-ci en vue d'accroître leur impact sur les populations. Il appartient à l'Équipe d'apporter les changements qu'elle désire à ses pratiques et son approche, si elle le juge pertinent.

2. Placer le bien-être au centre du projet : quel impact sur la recherche ?

Si ce projet de recherche-action participative a permis à l'Équipe Itinérante de questionner ses pratiques et ouvrira possiblement la porte à d'éventuelles transformations ou consolidations, il en est de même pour les chercheurs du CREMIS qui, au courant de ce projet, ont été amenés à se questionner par rapport à l'académisme actuel de la recherche, et aux formes administratives d'évaluation, courantes aujourd'hui dans les services publics. Ces questionnements qui ont émergé au courant de la réalisation du projet de recherche ont découlé entre autres du fait d'avoir posé le bien-être des populations comme objet principal, plutôt que les services de l'Équipe Itinérante elle-même. Poser le bien-être des populations rejointes par l'Équipe comme objet principal de recherche a entraîné de fait, un détournement par rapport aux formes plus conventionnelles de faire la recherche et plus particulièrement les évaluations.

S'intéresser au bien-être des populations impliquait de se décentrer de l'Équipe Itinérante et de considérer ses interventions comme des rencontres parmi d'autres, qui peuvent agir positivement ou négativement sur le parcours de vie des usagers. Il fallait donc élargir le regard et s'intéresser aux différents acteurs en présence dans l'espace d'intervention (populations, ressources, Équipe Itinérante). Ainsi, dès le départ, cette ouverture se démarquait des évaluations plus conventionnelles, ou administratives, qui se centrent davantage sur les services offerts, questionnent leur efficacité, mais tiennent peu ou pas en compte les populations auxquelles ils sont adressés. Décentrer le regard de l'Équipe Itinérante a également ouvert la possibilité de sa participation à sa propre évaluation. Il est important de noter que cette participation a aussi été favorisée par le fait que la demande du projet de recherche émane de l'Équipe elle-même, et que l'Équipe démontre une réelle volonté de s'approprier les résultats de recherche et de consacrer du temps à la réalisation de ce projet.

Ainsi, poser la question du bien-être a permis de développer un modèle alternatif de recherche évaluative qui, aujourd'hui, vient remettre en question les manières plus conventionnelles de faire les évaluations et la recherche académique, surtout en termes de répartition du pouvoir et de

reconnaissance des différentes formes de savoirs. Ce projet représente donc non seulement un quatrième niveau d'innovation pour l'Équipe, mais il a également amené les chercheurs à innover sur le plan de la recherche et de l'évaluation.

3. La présence de la recherche dans les milieux de pratique

En dernier lieu, nous avons vu que le rapport intervenant/usager amenait souvent les intervenants à « problématiser » les personnes qu'ils rencontrent. La définition des populations en termes de types de demande, de modes de fréquentation des ressources (Équipe, réseau communautaire et public) et de bien-être, se limitait dans bien des cas à une énumération de caractéristiques individuelles et de problèmes. Sans nier ces caractéristiques, la rencontre de quelques usagers des services de l'Équipe au travers de cette recherche a permis de les nuancer en mettant de l'avant, notamment, les rapports sociaux qui marquent les parcours de vie de ces personnes, et la diversité des éléments qui peuvent contribuer au bien-être comme au mal-être des personnes.

Dans les entretiens, les usagers ont manifesté sans équivoque leur satisfaction à l'égard des services reçus. Cependant, on peut penser qu'une meilleure compréhension des rapports sociaux qui marquent le parcours de vie des usagers de l'Équipe Itinérante favoriserait des interventions qui prennent davantage de sens dans ces parcours et contribuent plus efficacement à leur bien-être. Plus loin, la présence de la recherche dans les milieux de pratique peut jouer un rôle clé en ce qu'elle permet de rencontrer les populations dans un contexte autre que celui de l'intervention, et d'apporter un éclairage nouveau sur leurs besoins entre autres grâce à une meilleure compréhension des rapports sociaux dans lesquels elles s'inscrivent.

RÉFÉRENCES

- Barel, Y. (1982). *La marginalité sociale*, PUF, Paris.
- Bernoux, J.-F. (2004). *L'évaluation participative au service du développement social*, Dunod, Paris.
- Brassard, R. et Cousineau, M.-M. (2000). « Vitimisation et prise en charge des itinérants : entre aide et contrôle », dans Laberge, D. (Dir.). *L'errance urbaine*, Éditions MultiMondes, Ste-Foy, pp. 361-376.
- Campeau, P. (2000). « La place des facteurs structurels dans la production de l'itinérance », dans Laberge, D. (Dir.). *L'errance urbaine, L'errance urbaine*, Éditions MultiMondes, Ste-Foy, pp. 49-69.
- Castel, R. (1991). « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle » dans Donzelot, J. (Dir.). *Face à l'exclusion. Le modèle français*, Esprit, Paris, pp. 137-168.
- Comité des sans-abris de la Ville de Montréal (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abris*, Ville de Montréal, Montréal.
- Cornwall, A. et R. Jewkes (1995). « What is participatory research? », *Social Sciences and Medecine*, 41 (12) : 1667-1676.
- Damon, J. (2002). *La question SDF. Critique d'une action publique*. PUF, Paris.
- De Gaulejac, V. et Taboada Leonetti, I. (1994). *La lutte des places : insertion et désinsertion*, EPI, Hommes et perspectives, Paris.
- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J., Choquet, M. (2000). « La pratique *outrreach* auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes », *Santé mentale au Québec*, 25 (2), pp. 178-193.
- Duchastel, J. et Laberge, D. (1999). « La recherche comme espace de médiation interdisciplinaire », dans *Sociologie et Sociétés*, 31 (1), pp. 63-76.
- Équipe Itinérante- CSSSL, *Rapport IPAC, 29 novembre 2004 au 30 juin 2006*. Document inédit.
- Équipe itinérante du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau (2002). *Implantation et suivi de gestion du plan d'action régional sur l'itinérance*. Rapport d'activité avril à novembre 2002.
- Fals Borda, Orlando (2001). « Participatory (Action) Research in Social Theory: Origins and Challenges », dans Reason, P. et H. Bradbury. *Handbook of action research. Participative Inquiry and Practice*, SAGE Publications, Londres, pp. 27-37.
- Fontaine, M. (2000). « Les besoins et les services : les paradoxes », dans Laberge, D. (Dir.), *L'errance urbaine*, Éditions MultiMondes, Ste-Foy.
- Fortin, J.-P. (2000). *L'itinérance à Laval. État de situation 2000*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Laval, 33 pp.
- Fournier, L. et Mercier, C. (1996). *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Éditions du Méridien, Montréal.
- Gélineau, L. (2001). *Fondements pour une « théorie ancrée » de la conscientisation dans le cadre de la recherche-action participative et de l'éducation dans une perspective mondiale*, Thèse présentée à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophica Doctor (Ph.D) en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- Grell, P. et Wery, A., (1981), « Problématiques de la recherche-action », *Revue internationale de l'action communautaire*, 5 (45).

- 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), pp.27-44.
- Harris, Richard et Robert Lewis (2001). « The geography of North American cities and suburbs : 1900-1950 », *Journal of Urban History*, 27 (3), pp. 262-292.
- Laberge, D. et Morin, D. (1995). « The Overuse of Criminal Justice Dispositions. Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (4), pp. 389-414.
- Laberge, D., Poirier, M. et Charest, R. (1998). « Un étranger dans la cité : la présence de l'itinérant et la représentation de l'itinérance », *Nouvelles pratiques sociales*, Montréal, 11(1), pp. 19-24.
- Laberge, D. (2000). (Dir.), *L'errance urbaine*, Éditions MultiMondes, Ste-Foy.
- Laberge, D. et Roy, S. (2002). « Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public », dans *Sociologie et Sociétés*, 33 (2), pp. 115-131.
- Le Bot, Irène (2002). *Portrait de territoire. La Région de Laval*. Centraide du Grand Montréal.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- McKeown, T., et Plante, M-C. (2000). « L'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs de Montréal », dans Laberge, D., (Dir.). *L'Errance urbaine*, MultiMondes, Ste-Foy, 2000, pp. 391- 402.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., Gilliland, J. (1996). « Outreach to homeless mentally ill people: Conceptual and clinical considerations », *Community Mental Health Journal*, 32, pp. 261-274.
- MSSS (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, Québec.
- MSSS (2004). *Projet clinique- cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, 25 pp. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-07.pdf>
- Park, Peter (2001). « Knowledge and Participatory Research », dans Reason, P. et H. Bradbury. *Handbook of action research. Participative Inquiry and Practice*, SAGE Publications, Londres, pp. 81-90.
- Peyrot, M. (1982). Caseload Management : Choosing Suitable Clients in a Community Health Clinic Agency. 30 (2), pp. 157-167.
- Poirier, H., Bonin, J.-P., Lesage, A., et D. Reinharz (2000). « Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach », *Santé mentale au Québec*, 25 (2), pp. 195-215.
- Projet itinérance à Laval (2001). *Demande de support financier pour un projet de partenariat en action communautaire concernant la problématique de l'itinérance à Laval*, CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, 24 septembre 2001.
- RAPSIM (2003). *Comprendre l'itinérance*, 20 p.
- Rhéaume, J., « La recherche-action : un nouveau mode de savoir ? », *Sociologie et Société*, 14(1), avril 1982, pp. 44-50.
- Ridde, V., Baillargeon, J., Ouellet, P., et Roy, S. (2003), « L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue », *Service social*, vol. 50, pp. 263-279.
- Roy, S. et C. Grimard (2006). *L'itinérance : une question complexe. Survol de la littérature scientifique*. Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.

Roy, S., Morin, D., Lemétayer, F. et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, CRI-UQÀM, Montréal.

Ville de Laval (2001). *Profil socio-économique des ex-municipalités*, Bureau du budget, Laval.
http://www.ville.laval.qc.ca/wlav2/docs/folders/documents/cartes_de_la_ville_et_statistiques/profil_socio_econo/ex_municipalite/PROF-EXV2001.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : La recherche-action participative : aspects théoriques

ANNEXE IA : Quelques fondements de la recherche-action participative (RAP)

ANNEXE 1A : Quelques fondements de la recherche-action participative

Nous avons retenu sept principes qui fondent selon nous la recherche-action participative (RAP) et sur lesquels nous allons nous attarder plus longuement. Beaucoup de ces principes s'érigent en opposition à la recherche universitaire traditionnelle dont la RAP constitue une critique épistémologique et méthodologique.

Le but principal de la RAP est l'amélioration des conditions de vie d'une population particulière à travers l'action sociale (Park, 2001).

La recherche-action participative est une recherche des citoyens pour les citoyens (Park, 2001). Elle doit éviter de tomber dans une logique bureaucratique visant l'efficacité de l'action avant l'évaluation de son impact réel sur les conditions de vie des populations. La RAP se construit d'abord à partir de la prise de conscience critique d'après laquelle la vie peut s'améliorer et selon laquelle l'être humain ne doit pas s'adapter au monde social, mais plutôt s'y insérer comme acteur. Contrairement aux recherches classiques, le changement est au cœur de la démarche de la RAP et non un développement secondaire et extérieur à celle-ci. Pour autant, elle n'est pas « normative dans ses conclusions » (Grell & Wery, 1981) et les changements ou les propositions de changements sont décidés en accord et collaboration avec les participants.

La RAP naît des besoins et des intérêts des citoyens. Elle rejette la tradition académique dans laquelle la recherche est souvent utilisée pour l'avancement de la carrière du chercheur (Fals-Borda, 2001).

La RAP n'est ni imposée ni orientée en fonction des intérêts du chercheur. Elle commence avec la connaissance du quotidien des gens, la conscience qu'ils ont de leurs besoins, la familiarité qu'ils ont avec leur environnement et leur savoir en tant que membres d'une communauté. Son principal rôle est de développer des connaissances et des actions utiles pour ce que les acteurs et les chercheurs estiment être des causes valables (Fals-Borda, 2001). Ainsi, elle rompt avec une tradition scolastique où les besoins sont imposés de l'extérieur et non issus de la pratique. Dans une recherche traditionnelle, le chercheur élabore un rapport de recherche, avant tout destiné au monde universitaire et non aux participants de la recherche. Les retours de la recherche sont rarement pensés ou alors, on se contente d'envoyer le rapport de recherche au complet. Or il est souvent long et écrit dans un jargon laborieux pour qui n'est pas familier du langage universitaire : « (...) dans la plupart des cas, [les participants] n'auront qu'un faible écho des résultats de l'enquête : les commanditaires de la recherche et la « communauté scientifique » étant le public cible recherché lors de la diffusion des résultats (curriculum oblige) » (Grell & Wery, 2001 : 124). À cet égard, Cornwall et Jewkes notent que la question du « qui » est centrale dans la RAP et constitue un élément de distinction avec les recherches conventionnelles : « The most important distinctions centre on how and by whom is the research question formulated and and by and for whom are research finding used » (1995, p. 1668). On mesure avec cette citation le fossé qui réside entre une recherche « par et pour » le chercheur et une recherche « par et pour » les participants.

Les formes de savoirs (universitaire, professionnel, associatif) sont non-hiérarchisées et complémentaires.

La RAP propose une conception de la connaissance comme résultat d'un échange dialectique entre les participants et non comme un rapport unilatéral chercheur-participant. Traditionnellement, le chercheur est le seul acteur qui produit une connaissance scientifique, alors que dans la recherche-action participative, les participants de la recherche sont des acteurs au même titre que le chercheur. Ils collaborent et participent dans une réflexion collective à la production scientifique de la connaissance. Il s'agit d'une conception égalitaire plutôt que hiérarchisée de la connaissance et du statut des participants. En ce sens, « la recherche-action est (...) le lieu de la véritable remise en question de la division sociale du savoir et du pouvoir entre les divers partenaires impliqués » (Rhéaume, 1982 : 50).

Les participants/ informateurs/ sujets sont considérés comme des co-chercheurs. La RAP réduit la fracture entre théorie et pratique au profit d'une relation horizontale sujet/sujet entre le chercheur et les participants (Fals-Borda, 2001).

La RAP valorise une conception étendue de la connaissance. Elle considère qu'il est contreproductif de dissocier le chercheur du participant comme s'ils étaient deux pôles antagoniques. La distance maintenue entre le chercheur et son objet dans la recherche traditionnelle permet l'objectivation et une certaine rigueur nécessaires dans la recherche, mais nuit à la compréhension du social et ne permet pas de saisir la complexité de ce que vivent les acteurs sociaux (Gélineau, 2001). La RAP vient donc réduire la fracture entre théorie (recherche) et pratique (action) au profit d'une relation horizontale sujet/sujet entre le chercheur et les participants (Fals-Borda, 2001). La dimension subjective du chercheur est, elle aussi, reconnue en tant que telle et non niée comme dans certaines recherches plus traditionnelles. À cet égard, le chercheur est invité à se faire acteur, et l'acteur, co-chercheur.

Dans un article sur la recherche participative, Cornwall et Jewkes critiquent le fait que la plupart des recherches qui se disent participatives ne le sont pas vraiment : « Much of what passes as « participatory » research goes no further than contracting people into projects which are entirely scientist-led, designed and managed » (1995, p. 1669). Il est donc nécessaire de repenser la participation effective. La participation active et collective des différents membres ne signifie pas qu'ils fassent le même travail ni qu'ils soient substituables. Tous les participants contribuent au projet de recherche et proposent, suggèrent, commentent, précisent collectivement le projet en cours mais c'est le chercheur qui prend en charge la rédaction des projets, des rapports intermédiaires et du rapport final. Il analyse (il construit et/ou emprunte à des modèles théoriques), synthétise et rapporte les différents points de vue exprimés. De même, il est en charge de l'organisation et du déroulement de la recherche (agenda, entretiens, animation ou co-animation des rencontres). Il est le garant de la rigueur méthodologique dans le recueil et le traitement des données. Pour autant, ce n'est pas parce qu'il rédige ou organise la recherche qu'il impose son point de vue ou que son avis prévaut sur celui des autres participants.

La recherche fait l'objet d'une réflexion collective à chaque étape du processus de recherche (du projet initial à la diffusion) (Ridde et al., 2003 : 270).

La définition des problématiques et des objectifs de recherche est issue d'une rencontre entre

les chercheurs et les participants et non d'après un ensemble de théories *a priori* (même si cela n'exclut pas, bien sûr, la mise en œuvre d'un cadre théorique) (Mayer & Ouellet, 1991). En plus de faire l'objet d'une réflexion collective dès sa conception, le processus de recherche est ré-évalué à chaque étape de la recherche pour s'assurer que la démarche est toujours pertinente en fonction de l'avancement du projet. À chaque étape, les acteurs et les chercheurs se rencontrent pour discuter de ce qui a été accompli et de la pertinence des étapes à venir. La démarche est progressive et flexible. Elle s'ajuste et se clarifie au fur et à mesure que le projet avance. Une emphase est donc accordée au processus même de recherche. La divulgation des buts et des méthodes de recherche aux participants n'amointrit pas la validité de l'information obtenue. Au contraire cette méthode permet de mieux représenter la réalité qu'expriment les gens. L'objectif n'est pas de les prendre en faute mais de s'assurer que l'on recueille et analyse ce que les gens pensent et veulent dire. Ils peuvent d'ailleurs tout aussi bien retirer des éléments que préciser, nuancer, valider l'information donnée. Cela établit, d'une part, un climat de confiance requis pour travailler en équipe et, d'autre part, permet de donner un contrôle relatif des participants sur leurs propres propos.

Le chercheur et les participants développent ensemble une réflexion critique sur l'information collectée et sur les conséquences en termes d'action.

La recherche-action est définie, de manière fondamentale comme « une oeuvre collective entre les différents partenaires sociaux et le chercheur ; elle s'effectue non pour eux ou par eux, mais avec eux » (Grell & Wery, 1981 : 124). Une participation authentique implique que la population ou les groupes concernés se joignent au travail d'analyse et que leurs éléments d'analyse soient considérés au même titre que ceux du chercheur. Il s'agit ici de confronter différents points de vue pour ensuite discuter des résultats et échanger avec les participants de la recherche. Plusieurs auteurs (Gaventa, 1988 ; Hall, 1993 ; Fals-Borda, 2001) identifient trois dimensions dans la RAP: la production d'un savoir, l'appropriation des savoirs et l'action. La démarche doit donc unir dans un processus de coopération des activités d'analyse et d'action (Grell & Wery, 1981). Cette réflexion collective permet une meilleure appropriation des résultats et contribue au processus de changement social puisque les gens sont amenés à se rassembler, à réfléchir ensemble et à développer des liens de solidarité.

Tout au long de la recherche, les participants gardent le contrôle de l'information qu'ils fournissent.

La RAP vise à répartir de façon plus équitable le contrôle sur le savoir, en permettant notamment aux personnes participant à la recherche un accès aux informations qu'ils fournissent et un droit de retrait et de modification de certaines informations. Dans les recherches traditionnelles, les enquêtés sont uniquement considérés comme des sources d'information et « (...) leurs pratiques deviennent [un] pur objet, le sujet étant uniquement le chercheur » (Grell & Wery, 1981 : 123). Ils ne sont pas intégrés au processus de recherche et y participent ponctuellement selon les besoins de la recherche. Ils livrent une information dans des entretiens et/ou des questionnaires mais ne peuvent ensuite accéder aux informations données alors que cela leur revient de droit : « Quelle que soit la méthode choisie, les personnes directement concernées par l'enquête n'ont que rarement l'occasion de prendre connaissance de la démarche suivie (cela pourrait d'ailleurs biaiser leurs réponses) ; leur rôle consiste uniquement à fournir des informations les plus complètes possibles grâce au monologue, au questionnaire ou au pseudo

dialogue de l'entretien »³ (*Idem.* : 124). À l'inverse, la recherche-action fait le pari de la transparence et de la communication des informations. Les données recueillies auprès des participants restent leur propriété et ils ont un droit de regard sur celles-ci. Ce principe peut, par exemple, se traduire dans le fait de remettre le verbatim d'une entrevue à son participant afin qu'il puisse connaître l'information qui sera utilisée pour la recherche et la modifier s'il le croit nécessaire. Enfin cela garantit la valeur des propos recueillis et évite des mauvaises surprises du type (« je n'ai jamais dit cela ») lors de la remise des rapports successifs et des discussions collectives en vue du rapport final.

³ Les auteurs précisent que même l'entretien semi-directif qui se présente comme un dialogue n'en est pas un en réalité. Tout se passe « comme si » il y avait un échange alors que les règles de l'entretien et la méthodologie imposent un certain retrait au chercheur.

ANNEXE IB : L'évaluation en question

ANNEXE IB : L'évaluation en question

Dans un livre intitulé *L'évaluation participative au service du développement social* (2004), Bernoux explore les différentes influences de l'évaluation et la portée de l'évaluation dans la construction des projets sociaux. Il note que l'évaluation, qui doit répondre au besoin d'assurer la valeur/pertinence d'un projet et/ou d'une action, se limite souvent à une simple mesure de l'écart entre les objectifs et les résultats. Il critique l'inertie de l'évaluation conventionnelle, trop souvent plaquée de l'extérieur et inadaptée à la réalité de ce que vivent les personnes au quotidien : « les associations, organismes, équipes se soumettent davantage à l'obligation d'évaluer qu'ils ne s'engagent volontairement dans un processus d'évaluation » (Bernoux, 2004 : 12). L'injonction d'évaluer établit un rapport hiérarchique qui fixe les rôles entre celui qui requiert l'évaluation et celui qui s'y soumet. La valeur de l'action de l'« évalué » se trouve soumise au regard d'un évaluateur extérieur qui seul détient le pouvoir de juger de sa pertinence : « 'évaluer' dans ces conditions n'a pas pour objet de qualifier le projet, c'est-à-dire d'en renouveler le sens ou d'en comprendre l'appropriation par les acteurs, mais d'en quantifier objectivement la productivité » (*Op. cit.* : 18). L'obsession pour les résultats escomptés occulte les dynamiques qui ont porté le projet et le sens que les acteurs accordent à leur projet. De plus, ceux-ci et les populations bénéficiaires des services ont rarement leur mot à dire dans ce type d'évaluation. L'auteur nomme ce modèle d'évaluation le « modèle récapitulatif », puisqu'il se fait davantage dans une visée rétrospective que prospective. Selon lui, la finalité de ce modèle est la « validation des représentations pré-définies, moyennant la mise en place de protocoles de vérification du rapport objectif-action-résultats » (*Op. cit.* : 39).

ANNEXE II : Aspects méthodologiques

ANNEXE IIA : Trois points de vue

ANNEXE II. A. Trois points de vue

1. Le point de vue des acteurs impliqués auprès des populations rejointes par l'Équipe

L'impact de l'Équipe est abordé à la fois selon la perspective des intervenants de l'Équipe et selon celle des partenaires qui les mettent en lien avec des personnes en besoin. Ces informateurs-clés qui côtoient des populations communes ont été interviewés à partir d'une grille d'entrevue spécifique aux intervenants de l'Équipe et une grille d'entrevue spécifique aux personnes de ressources partenaires, avec quelques nuances dépendamment de son secteur de provenance (communautaire ou privé). Des entretiens individuels de type semi-directif ont été réalisés avec les six intervenants de l'Équipe Itinérante et six intervenants/bénévoles des organismes communautaires. Afin d'identifier et de choisir les six personnes en provenance des secteurs privé et communautaire, nous nous sommes fondés sur deux éléments : le dernier rapport IPAC (Initiative de Partenariat en Action Communautaire) qui présente la fréquence des interventions de l'Équipe dans les différents organismes/ressources partenaires et un entretien exploratoire avec trois intervenants de l'Équipe. Sur la base des statistiques du rapport IPAC, nous avons présélectionné un groupe d'organismes qui apparaissaient représentatifs des interventions réalisées puis l'avons soumis aux remarques des intervenants au cours de l'entretien exploratoire. Ceux-ci nous ont amenés à affiner notre choix et à le rendre plus pertinent en fonction de critères qui n'étaient pas immédiatement discernables dans le rapport IPAC (type de ressource, degré de collaboration avec les responsables, représentativité de la population...). Les organismes ou ressources sélectionnés sont : l'Oasis, l'Accueil St-Claude, le Cafgraf, les Habitations Vincent-Massey, le Motel Chez Nous et la Pharmacie de la Place St-Martin.

Les entretiens n'ont pas nécessairement été réalisés avec les responsables ou propriétaires de ressources puisque dépendamment de la taille et du fonctionnement de la ressource, ceux-ci ont une connaissance plus ou moins importante de l'Équipe et de ses clients. Certaines ressources ont plusieurs points de services (par exemple le Cafgraf). Dans ce cas, nous avons sélectionné aléatoirement un animateur dans un des points de services plutôt que le responsable. Un des organismes choisis est l'Accueil St-Claude, une ressource d'hébergement qui a fermé ses portes cette année et avec laquelle l'Équipe Itinérante entretenait un lien significatif. Ayant gardé contact avec l'ancienne responsable, il nous a été possible de la rencontrer lors d'un entretien individuel. La méthode de recrutement des personnes à interviewer devra être spécifique à chacune des ressources choisies par souci de diversité.

Avant chacune des entrevues, l'intervieweur prend un temps avec le participant pour regarder le formulaire de consentement qui l'informe de sa liberté de participer ou non à l'entrevue et explique le projet, la nature de sa participation, les mesures prises pour assurer la confidentialité et son droit de retrait en tout temps. L'intervieweur répond aux questions du participant et ensemble, il signent un formulaire de consentement.

2. Le point de vue des acteurs bénéficiant ou ayant bénéficié des services de l'Équipe

Nous avons tenté d'utiliser un autre type de collecte de données auprès des usagers par l'intermédiaire des groupes de discussion (*focus group*). Par *focus group*, nous entendons une rencontre collective sur le mode d'un café-rencontre au cours de laquelle nous aurions pu aborder l'impact de l'intervention de l'Équipe. Dans les faits, il nous a été difficile de rejoindre les

usagers de l'Équipe et de les faire participer à une discussion collective. Nous avons réalisé une entrevue collective mais il ne nous a pas été possible de répéter l'expérience. Cette entrevue collective a permis des liens qui ont facilité le recrutement de personnes pour des entretiens individuels.

Des entrevues individuelles semi-directives sont utilisées pour reconstruire, dans la mesure du possible, la trajectoire de vie de sept usagers ayant bénéficié des services de l'Équipe Itinérante au moins à deux reprises (voir Annexe 2d). Nous avons fait appel aux intervenants de l'Équipe pour diffuser cette invitation auprès de leurs clients. Lors du recrutement, nous avons veillé à conserver une diversité de profils (santé mentale, toxicomanie, itinérance). Ces entrevues tentent de reconstituer les trajectoires de vie des usagers, avant et après leur rencontre avec l'Équipe Itinérante, en fonction des événements marquants (surtout en termes d'événements liés à la situation de précarité de la personne et de rencontres avec des organismes communautaires et des services publics- aide sociale, hôpitaux, CLSC) Les trajectoires reconstituées sont analysées de façon à situer l'impact de l'Équipe Itinérante en termes de participation au bien-être et à la qualité de vie à la lumière des critères définis par les intervenants de l'Équipe (lors des entrevues individuelles et par les usagers des services eux-mêmes.

3. Le matériel documentaire

La cueillette du matériel documentaire s'est faite par l'intermédiaire des intervenants de l'Équipe itinérante qui nous ont remis tous les bilans d'activités IPAC, toutes les fiches d'intervention (contenant des éléments concernant le lieu d'intervention, la nature de l'intervention et le profil de la personne rencontrée), l'ensemble des documents rédigés par l'équipe depuis sa fondation ainsi que les rapports concernant l'itinérance à Laval en termes de plan d'action et d'état de situation. Ce matériel complète les informations obtenues par le biais des entretiens et sert à reconstruire dans la mesure du possible un historique de l'Équipe itinérante du CSSS Laval et à quantifier l'évolution du nombre de ressources, d'interventions et de personnes rencontrées par l'Équipe itinérante au cours de ses six années d'existence.

ANNEXE IIB : Étapes du processus de recherche

ANNEXE IIB : Étapes du processus de recherche

1. Initiative de réaliser un projet de recherche-action évaluative

Dans le cadre de ce projet, l'initiative de réaliser une évaluation sous la forme d'une recherche-action provient de l'Équipe Itinérante elle-même qui a ressenti le besoin de questionner ses pratiques et l'impact qu'elle a sur le bien-être et la santé des populations itinérantes ou à risque. À partir des connaissances qui émergeront de cette recherche, elle désire, si nécessaire, améliorer, repenser ou étendre ses pratiques. Cette évaluation n'a ni été imposée par la Direction du CSSS de Laval ni proposée par l'IPAC. Ainsi, l'Équipe n'est pas soumise à un « contrôle » extérieur de qualité, mais elle participe volontairement à un projet dans lequel les notions traditionnelles « d'évalués » et « d'évaluateurs » sont à repenser. Afin de l'aider à consolider et mener à terme ce projet, l'Équipe a fait appel au CREMIS.

2. Définition du projet de recherche

L'Équipe Itinérante et le CREMIS se sont rencontrés à deux reprises le 18 septembre et le 13 octobre 2006 afin de discuter des finalités de l'évaluation et de délimiter les contours de la recherche-action évaluative. De plus, un entretien exploratoire a été réalisé le 27 octobre avec quelques membres de l'Équipe afin de mieux connaître leur mission et leurs partenaires, et d'affiner les grilles d'entrevue. Dans cette perspective, les chercheurs ont accompagné les intervenants sur le terrain dans quatre milieux d'intervention.

Nous avons convenu que les finalités de la recherche-action évaluative ne se situent pas dans la quantification des résultats du projet mais davantage dans la compréhension des impacts et du sens de l'action sociale, avec comme principe de base l'amélioration des conditions de vie des populations itinérantes ou à risque. Pour comprendre cet impact, il nous semblait nécessaire de placer les populations bénéficiaires des services au centre du projet, non seulement comme objets, mais surtout comme sujets critiques. De plus, nous avons pensé que pour que cette évaluation ait un impact réel sur les pratiques et les populations, il était capital de favoriser une approche participative et de mettre l'emphasis sur le processus de recherche plutôt que sur le rapport final, bien que celui-ci demeure un outil de diffusion important.

3. Rédaction du protocole de recherche et du matériel pour les entrevues

À partir de ces différentes rencontres qui ont permis de développer une vision commune de la recherche, les chercheurs du CREMIS ont rédigé un premier document de travail contenant une revue de littérature sur les enjeux d'action et de compréhension autour de l'itinérance, les repères théoriques du projet, l'approche méthodologique, un calendrier de recherche et l'ensemble du matériel concernant les entrevues (grilles d'entretien et formulaires de consentement). Ce document a été envoyé à chacun des membres pour le soumettre à une lecture critique et le discuter lors d'une rencontre le 24 novembre. Cette rencontre a non seulement été l'occasion de compléter le document et de s'assurer que le projet était accepté et clair pour chacun des acteurs, mais également l'occasion de mieux se connaître puisque l'ensemble des acteurs impliqués dans le projet étaient présents (intervenants et chercheurs). Il est à noter que la plupart des rencontres

se sont déroulées avec une co-animation impliquant toujours un agent de recherche et un intervenant. Le document de travail résultant a été soumis à des évaluations scientifique et éthique, où il a été bien accueilli. Il était important de nous assurer de la rigueur scientifique, méthodologique et éthique du projet. Les chercheurs sont également responsables de la rédaction d'un petit bulletin de recherche qui est publié dans l'*Interface*, le journal du CSSS de Laval.

4. Réalisation des entrevues individuelles et collectives. Collecte du matériel documentaire

Durant les mois de décembre et janvier, douze entrevues ont été réalisées avec chacun des membres de l'Équipe Itinérante et cinq ressources/organismes partenaires, dont le contact a été établi par l'intermédiaire de l'Équipe Itinérante. Les entrevues de type semi-directif ont été effectuées par les agents de recherche. À chaque fois, l'objectif était de partir d'une question concrète liée à l'activité quotidienne de la personne, pour ensuite explorer différents thèmes à partir des mots de la personne interviewée. Il s'agissait ici de ne pas plaquer des questions inadaptées à l'expérience des personnes. Les verbatims des entrevues ont été remis aux participants respectifs dans le but de garantir la validité des propos recueillis et de leur permettre de retirer, si nécessaire, des propos qu'ils voudraient garder confidentiels. Nous considérons qu'il est important que les participants gardent le contrôle des informations qu'ils fournissent.

Il est à noter que les participants aux entrevues ne sont pas perçus comme de simples informateurs clés, mais également comme des sujets critiques qui furent invités à participer à un événement pour prendre connaissance et discuter des résultats de la recherche. La reconstitution des trajectoires nous permet de réfléchir sur l'action de l'Équipe dans leur parcours de vie (dans des domaines tels que la santé, le logement, le travail), sans perdre de vue que les rencontres avec l'Équipe Itinérante ne constituent qu'un élément d'un parcours qui comprend plusieurs autres rencontres, acteurs et événements.

Lorsque des entretiens individuels sont réalisés, l'agent de recherche prend du temps : du temps pour discuter de façon informelle avec les participants avant et après l'entretien, du temps pour se laisser questionner à propos de la recherche et à propos de lui, du temps pour simplement profiter de cette rencontre avec des gens dont l'expérience de vie est riche. Le fait de « prendre du temps » change le rapport avec les participants. Aux yeux des ceux-ci, le chercheur devient lui aussi « humain », avec une expérience de vie particulière et des opinions. Ceci permet de contrebalancer le fait que l'entretien semi-directif, bien qu'il s'apparente à un dialogue, impose un certain retrait du chercheur.

5. Analyse de l'information

Les informations recueillies lors des entrevues et dans le matériel documentaire ont fait l'objet d'une première analyse par l'équipe du CREMIS. Cette première analyse portait sur les entrevues des membres de l'Équipe Itinérante uniquement. Elle reposait sur la construction de schémas analytiques de l'intervention qui visaient à dégager les traits marquants et les finalités attribués par les membres de l'Équipe à l'Équipe elle-même, aux ressources partenaires et aux populations et usagers des services de l'Équipe. L'accent était mis sur la description des interventions de l'Équipe et sur des exemples concrets apportés par les membres de l'Équipe. Cette analyse a fait l'objet d'une réflexion collective lors d'une rencontre réunissant les membres de l'Équipe et les chercheurs. La discussion portait sur les principaux constats et enjeux soulevés

par l'analyse (cf. premier entracte p. 50).

Une seconde analyse concernait le reste des entrevues (usagers et membres des ressources partenaires). Conçue sur le même modèle que la première, elle avait pour but de dégager les finalités, les traits marquants qui étaient attribués réciproquement aux acteurs en présence. Enfin, cette seconde analyse proposait la mise en lien avec la première analyse, pour mettre en lien et faire jouer les convergences et les divergences entre les différents acteurs, notamment sur la question de l'intervention. C'est également au cours de cette seconde analyse que la notion de bien-être est devenue centrale et qu'elle a servi de fil conducteur pour les réflexions ultérieures autant pour les chercheurs que lors des discussions avec les intervenants lors de la deuxième grande rencontre afin de discuter des résultats de la recherche (cf. second entracte p. 76-77).

6. Diffusion des résultats et transformation ou consolidation de pratiques si nécessaire

La rédaction du rapport final s'est fait sous la forme d'un rapport assumé collectivement par les chercheurs et les intervenants. L'enjeu majeur à cette étape est de trouver des moyens de faire vivre la réflexion autrement et de réfléchir sur les conséquences du projet. Comment faire pour que les réflexions aient des conséquences en termes d'action ? Le travail à mener à ce niveau est un travail de réflexion collectif avec les intervenants sur les conséquences de ce projet, sur les transformations éventuelles des pratiques d'intervention en vue d'améliorer la qualité de vie des populations qu'ils côtoient. C'est également à ce stade de la recherche que se pose la question de la diffusion et du retour des résultats de la recherche aux participants. Dans le cadre de ce projet de recherche, le retour aux participants a pris entre autres la forme d'un événement qui a rassemblé tous les collaborateurs et participants à la recherche et qui s'est déroulé dans un organisme partenaire dans lequel l'Équipe tient une clinique trois fois par mois.

ANNEXE III : Types de connaissances et pratiques innovatrices

ANNEXE III : Types de connaissances et pratiques innovatrices

Cette annexe a pour objectif de préciser la place de ces différents « types de connaissances » dans la conception des dimensions liées à l'intervention et dans la création de nouvelles pratiques et connaissances. Il semblerait *a priori* possible de distinguer trois niveaux de connaissance et de pratique :

L'expérience et la formation professionnelle de l'intervenant avant son entrée dans l'Équipe et/ou sa deuxième équipe d'appartenance (FEJ, Santé Mentale)
Les écrits et les objectifs définis dans le mandat officiel de l'Équipe
L'expérience accumulée dans la pratique au sein de l'Équipe

1. L'expérience et la formation professionnelle de l'intervenant avant son entrée dans l'Équipe et/ou sa deuxième équipe d'appartenance (FEJ, Santé Mentale)

L'expérience et la formation professionnelle de l'intervenant ou du gestionnaire avant son entrée dans l'Équipe jouent clairement un rôle dans la façon dont sont envisagées les interventions et les populations. Elles ont permis d'accumuler un savoir et un savoir-faire qui met en jeu la créativité et la mobilisation des moyens. Du point de vue de l'Équipe, la diversité des parcours des intervenants est une richesse et est même recherchée en soi lors du renouvellement de ses membres. Par exemple, une des personnes en charge de la gestion de l'Équipe mentionne que son expérience antérieure comme infirmière lui a permis de constater que les personnes en situation de vulnérabilité ont souvent plus de problèmes de santé étant données les conditions dans lesquelles elles sont contraintes de vivre. Les intervenants font parfois référence à leur appartenance professionnelle ou à leur formation (ex. thérapie de l'impact) dans leur manière d'appréhender l'intervention. La citation suivante illustre ce fait :

Au point de vue physique, c'est de tout. Ça peut être des premiers soins, beaucoup de conseils qu'ils demandent. Moi c'est dans mon rôle de prévention, d'abord pour une infirmière c'est bien important, prévention et éducation. Ça, j'en fais beaucoup, beaucoup, beaucoup.

Dans les exemples, nous avons également vu que la **double appartenance** pouvait être une richesse du point de vue des interventions (ex. mise en lien avec l'infirmière scolaire). À un niveau plus large, l'appartenance à un réseau plus grand d'intervenants dans le CLSC permet aussi un transfert d'informations:

Il y a aussi quelques travailleuses du sexe qui consomment. Il y a aussi beaucoup de gens en transit, des villes ou des provinces, et des joueurs compulsifs qui ont tout perdu. C'est de l'information indirecte. C'est l'équipe de la clinique externe qui m'a dit ça. Je ne sais pas si c'était ici ou à Montréal.

2. Les écrits sur l'itinérance et les documents officiels de l'Équipe

En 2000, Fortin a réalisé un état de la situation de l'itinérance à Laval. L'Équipe s'est référée à cet état de situation pour développer son projet et s'y réfère toujours lorsqu'elle parle des

populations (itinérants chroniques, épisodiques et situationnels). Plusieurs membres de l'Équipe soulignent leurs lectures sur l'itinérance afin de se familiariser avec ce phénomène qu'ils connaissaient peu avant d'intégrer l'Équipe :

Donc moi, quand je suis arrivée, j'ai comme pris en route ce qui se passait là, mais je connaissais très peu l'itinérance, les problèmes, la clientèle, les risques et tout ça. [...]J'ai lu tout ce que je pouvais lire sur le sujet.

Certains font référence aux documents officiels lorsqu'ils décrivent leur pratique et notent en quoi l'intervention sur le terrain se distingue de ce qui est écrit dans les documents :

Sur les écrits, c'est de créer un lien avec le réseau. Ramener les personnes aux services du réseau. Oui, c'est ça, les amener à utiliser les services du réseau. Ça c'est dans les écrits, dans les faits, c'est ça évidemment mais moi je pense que c'est beaucoup un lien de confiance, une visibilité, ça c'est vrai, une visibilité du réseau

Un autre intervenant note certaines connaissances acquises lors de la lecture des documents de l'Équipe :

Qu'est-ce qui m'a frappée dans mes lectures? Bien, je dirais que le roulement de personnel ça m'avait frappée beaucoup. À part de ça, les ressources sont quand même restées assez stables je dirais et ce qui me frappe, en fait, c'est beaucoup la clientèle qui est toujours la même parce que je lisais des vieux rapports et c'est encore les mêmes gens qu'on rencontre dans les ressources. Donc il y a une masse, un noyau de clientèle qui reste le même. Il y a sûrement des satellites autour de ça mais il y a quand même un noyau qui est assez solide.

3. L'expérience accumulée dans la pratique au sein de l'Équipe

Le contact avec les populations au travers des rencontres et des interventions a des conséquences sur la pratique elle-même. Le savoir et le savoir-faire mis en œuvre ne sont pas figés mais plutôt des éléments dynamiques. Nous avons déjà mentionné la dimension réflexive des pratiques de l'Équipe. La capacité d'interroger les pratiques repose sur l'expérience et la compréhension des phénomènes sur lesquels on intervient.

À cet égard un intervenant mentionne que son travail dans l'équipe lui a fait changer sa conception des itinérants. Désormais, il se « questionne plus sur leurs histoires de vie », sur leurs parcours et les expériences qu'ils ont rencontrés. Son regard sur les travailleuses du sexe a également changé. Auparavant il voulait intervenir à tout prix pour les « sortir de là » et il essaie aujourd'hui de comprendre davantage leur situation et de respecter les choix de vie de certaines. Il se dit également plus conscient des « tangentes de vie » et des événements qui peuvent arriver et bouleverser une vie. La pratique et la proximité avec les populations dans leur milieu de vie ou au sein des ressources permet de porter un regard plus compréhensif que le simple regard extérieur et technique d'une intervention de type classique.

Les rencontres d'Équipe sont vues comme une occasion de réfléchir collectivement sur des situations rencontrées par les intervenants sur le terrain et de partager différentes connaissances

acquises lors de formations ou de rencontres extérieures. Il s'agit d'un lieu de création de nouvelles connaissances issues de l'expérience des intervenants. On remarque un désir d'alimenter la pratique par des concepts plus théoriques (ex. le rétablissement). Un intervenant note par exemple que lors des rencontres de l'Équipe,

on va souvent parler de cuisine, ou des choses urgentes à régler mais on ne parlera pas nécessairement tout le temps d'itinérance... puis quand on réussit à en parler, ça devient super intéressant. Tu sais, à un moment donné on a parlé de rétablissement parce qu'il y a quelqu'un qui était allé en formation sur le rétablissement puis on a pu en parler pendant une heure, une heure trente, puis c'était des questions, des questionnements. Les gens voulaient lire là-dessus, voulaient s'informer.

4. Vers un quatrième niveau ?

À la lecture des entrevues, un quatrième niveau semble se dessiner, sans toutefois qu'on puisse le cerner précisément. Il s'agit des valeurs et des jugements des membres de l'Équipe. La question des valeurs transparaît surtout lorsque la question des motivations à poursuivre le projet est abordée :

Puis je pense que ce qui nous rejoint beaucoup, c'est un goût de liberté. Beaucoup la liberté. Tu sais, le lien entre l'itinérance et la liberté. [...] Puis ça, ça nous accroche parce qu'à quelque part, cette clientèle là, elle nous rejoint dans notre grand désir de liberté. De liberté d'action, de liberté de décision. C'est sûr qu'on n'est pas dans les mêmes niveaux mais quand même. Ce serait cette partie là. Puis je pense que c'est vrai que c'est nos motivations, qu'ils peuvent vivre leur vie, mais en ayant la santé dans le fond. Cette clientèle-là a le droit de vivre à sa façon, mais en bonne santé.

Quant aux jugements, certains intervenants mentionnent l'idée selon laquelle leur entrée dans l'Équipe représentait un certain défi personnel, dans le sens où ils voyaient certaines peurs à affronter et des stéréotypes à défaire (question de l'hygiène, de la santé mentale). Un autre intervenant évoque le fait que les jugements évoluent au contact des populations et au travers des interventions. De fait, certains jugements sont confirmés, nuancés ou se révèlent infondés.

Ce niveau des jugements et des valeurs est présent dans les propos de quelques intervenants mais il apparaît difficile de clairement le cerner puisqu'il n'a pas été questionné directement. On ne peut donc pas nier la présence des valeurs et jugements engagés par les intervenants dans leur rapport aux populations (au phénomène de l'itinérance et de la grande pauvreté notamment) sans que celui-ci ait un impact déterminant pour autant.

ANNEXE IV : Valeur représentative des portraits et triangulation

ANNEXE IV : Valeur représentative des portraits et triangulation

Pour répondre à la question de la valeur et de la représentativité des profils dégagés, nous avons effectué une triangulation en croisant les trois types de sources mentionnés qui sont autant de regards qui se complètent, se chevauchent, et se recoupent parfois.

1. Profils dégagés dans les statistiques de l'Équipe Itinérante

Après chaque clinique réalisée dans les ressources communautaires, l'Équipe remplit une fiche synthèse des interventions, basée sur le cadre normatif du CSSS de Laval. Les intervenants y ont sélectionné les éléments qui pouvaient s'appliquer aux interventions réalisées par l'Équipe. Sur cette fiche sont inscrits l'âge, le sexe et le profil de la personne, ainsi que les actes posés par les intervenants pour répondre aux besoins des personnes. Aucun nom n'est inscrit sur ces fiches et pour la majorité des personnes, l'Équipe ne tient pas de dossier. Les principales causes évoquées pour expliquer cette absence de dossier sont le caractère informel du suivi (sans rendez-vous et dans les milieux de vie), les règles de confidentialité de certaines ressources et la mobilité de certains usagers, qui se promènent de ressources en ressources et peuvent donc rencontrer l'Équipe en différents endroits.

Quatre profils sont identifiés sur ces fiches d'intervention :

- ✓ Toxicomanie, alcoolisme
- ✓ Troubles graves et persistants de santé mentale
- ✓ Problèmes de santé mentale transitoires et/ou situation précaire
- ✓ Jeune de la rue

Les statistiques de l'Équipe concernant les types d'usagers ont perdu une certaine précision au fil du temps. En 2002, les statistiques permettent de distinguer les demandes liées au logement, au travail, à la santé physique ou mentale, au manque de nourriture, à des problèmes financiers alors qu'en 2007, l'emphasis est mise davantage sur les actes professionnels posés plutôt que sur les besoins des clients.

Les demandes des usagers sont regroupées en quatre catégories :

- ✓ Multiproblématique
- ✓ Prévention et éducation (soins physiques, psychosociaux et sociaux)
- ✓ Demande d'information, conseil santé
- ✓ Demande d'information, conseil social

A titre d'exemple, nous avons reproduit les données les plus récentes de l'Équipe correspondant aux fiches d'interventions des mois de janvier, février et mars 2007. Le tableau suivant représente les données moyennes mensuelles sur ces trois mois obtenues par le croisement des profils et des raisons d'intervention identifiés sur les fiches durant ces trois mois.

Raison d'intervention Profil	Multiproblématique	Prévention, éducation	Conseil social	Conseil santé	Total
Toxicomanie, alcoolisme	4	3	1	3	8
Troubles graves et persistants	20	59	4	25	108
Santé mentale transitoire/ situation précaire	12	67	35	58	172
Jeune de la rue	1	1	0	2	4
Total	37	131	39	88	292
Nombre de cliniques	22				
Nombre d'interventions	179				
Nombre de demandes	296				

Tableau de la répartition moyenne mensuelle des types de besoins en fonction des profils des usagers identifiés sur les fiches d'intervention de l'Équipe Itinérante. Janvier à mars 2007 (arrondi à l'unité).

Ces trois tableaux mettent en évidence différents éléments liés aux catégories de personnes rencontrées par l'Équipe Itinérante.

- ✓ La majorité des usagers de l'Équipe sont des personnes avec un problème transitoire de santé mentale et/ou une situation précaire.
- ✓ Ils fréquentent majoritairement l'Équipe pour des raisons d'abord préventives au niveau physique, psychosocial ou social. Il peut par exemple s'agir d'une personne avec des difficultés financières qui vient rencontrer l'infirmière pour faire prendre sa pression.
- ✓ Le nombre élevé de demandes (296) par rapport aux interventions (179) reflète le fait que certains usagers se présentent souvent avec plusieurs besoins. Un même usager peut également avoir consulté plusieurs fois l'Équipe pendant un mois, mais les statistiques ne permettent pas de prendre en compte ce facteur.
- ✓ L'Équipe ne rejoint pas ou peu les jeunes de la rue.

Ces statistiques permettent donc de mettre de l'avant certaines récurrences qui sont révélatrices des catégories d'usagers rencontrés. La description qui est faite des usagers est toutefois limitée et, par exemple, le nombre d'itinérants rencontré n'est pas comptabilisé alors qu'initialement, l'Équipe s'adressait particulièrement à cette population.

On peut toutefois relever l'importance de ces bilans. Les données recueillies servent à répondre aux exigences du Ministère, et à réaliser les rapports destinés à IPAC, le bailleur de

fonds de l'Équipe. Ils mettent également en évidence l'accroissement du nombre d'interventions de l'Équipe depuis son existence. A titre d'exemple, on peut relever dans les bilans de l'Équipe que le nombre mensuel d'interventions a presque triplé entre 2001 et 2006 en passant de près de 90 à près de 260 interventions.

2. Entretiens avec les intervenants de l'Équipe

Les propos des intervenants recueillis dans les entretiens individuels ont également permis d'identifier différents profils chez les usagers des services. Les intervenants étaient invités à caractériser les populations auprès desquelles ils interviennent et à donner des exemples concrets d'intervention et d'usagers des services de l'Équipe. Ces quelques exemples illustrent le fait que les personnes qui fréquentent l'Équipe sont principalement des personnes en situation de précarité et des personnes avec un problème de santé mentale persistant ou transitoire ayant des besoins liés à la santé (conseils psychosociaux ou sociaux et soins de santé physique afin de prévenir certains risques de dégradation de la situation). Selon les intervenants, le principal motif de fréquentation de l'Équipe est la santé, qui est d'ailleurs souvent décrite comme la porte d'entrée sur le social. Les gens se présentent avec une demande liée à la santé (par exemple, faire prendre leur pression), et ce premier contact permet par la suite à l'intervenant ou à l'usager d'aborder des questions liées par exemple au stress, à l'estime de soi, au logement ou au travail.

Comme nous l'avons vu précédemment, les propos des intervenants recueillis dans les entretiens permettaient également de dégager certaines conceptions des usagers. Les intervenants étaient invités au cours de l'entretien à se prononcer sur les principaux profils rencontrés chez les usagers. Dans les entretiens, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les usagers était unanimement évoquée par les intervenants. Cette caractéristique était souvent abordée avant la pauvreté matérielle, le manque de logement et l'isolement, qui étaient mentionnés immédiatement après et qu'on pourrait qualifier, selon les catégories normatives relevées sur les fiches d'intervention, de situations de précarité. La toxicomanie et l'alcoolisme sont également mentionnés par certains intervenants, mais non comme un profil dominant.

Les statistiques et les entretiens convergent sur le fait que les profils dominants chez les usagers de l'Équipe sont des personnes avec des problèmes de santé mentale ou vivant dans une situation de précarité et que les besoins se situent d'abord au niveau de la santé.

Les intervenants possèdent une connaissance des populations et des profils qu'ils rencontrent en des termes plus nuancés que les catégories retenues dans les bilans. Pour autant, le contexte d'intervention conduit à envisager les populations sous un angle particulier qui tend à réduire les usagers à leurs problèmes (santé mentale, toxicomanie) et aux motifs de leurs rencontres avec l'Équipe. De leur aveu, les intervenants éprouvent des difficultés à aller plus loin dans la compréhension des trajectoires de vie des personnes rencontrées. Tout se passe comme si les catégories retenues dans les bilans et le contexte d'intervention fonctionnaient comme des étiquettes qui masquaient la diversité des trajectoires et des profils en termes d'expérience, de situation et de problèmes.

3. Trajectoires de vie et triangulation

Les trajectoires de vie procurent une compréhension nuancée des usagers et soulignent la diversité des profils rencontrés par l'Équipe. Le nombre de trajectoires de vie réalisés ne permet pas d'extrapoler une quelconque valeur représentative de ces profils sur le plan statistique. En revanche, on peut s'interroger sur la valeur qu'ils possèdent au regard des deux premières sources d'information (bilan et expérience des intervenants) concernant les profils des usagers.

À la lumière des différents constats qui ont été faits précédemment, on peut conclure qu'en termes de profils et de besoins, les trajectoires reconstituées correspondent à des catégories de personnes représentées dans les statistiques et dans les entretiens réalisés avec les membres de l'Équipe. Pour nous, ces sept trajectoires n'ont pas une valeur représentative sur le plan statistique, au sens où elles ne représentent pas de manière proportionnelle les différents profils rencontrés par l'Équipe (par exemple en termes de problématiques et de types de demandes). Cependant, en croisant les trajectoires de vie, les entretiens avec les intervenants et les statistiques de l'Équipe contenues dans les bilans, on peut conclure que ces sept trajectoires ont une valeur représentative sur le plan théorique, puisqu'elles correspondent à des catégories ou des profils de personnes identifiées par les intervenants dans les entrevues, et dans les données statistiques de l'Équipe.

Il est à noter que malgré l'imprécision des profils et des raisons d'intervention identifiées dans les statistiques, certains besoins ou profils entrent difficilement dans celles-ci. On peut citer par exemple le besoin de parler et d'être écouté. De plus, alors que les trajectoires de vie indiquent que le lien avec le réseau public de santé et de services sociaux est central dans la compréhension de ces personnes, les statistiques ne permettent pas de voir si les usagers ont un suivi médical, un dossier dans une institution, ou si elles sont coupées du réseau. Cette triangulation permet de vérifier que les sept usagers appartiennent à des catégories rencontrées dans la population rejointe par l'Équipe. Elle permet également de renverser la question de la valeur et de se demander jusqu'à quel point les statistiques représentent ce qui a été recueilli dans les entretiens avec les usagers et avec les intervenants. À partir des entretiens réalisés avec les populations et de l'expérience des intervenants, serait-il possible de penser à des fiches d'intervention qui représenteraient avec plus de justesse la diversité des profils et des types de besoins qui peuvent être rencontrés dans la population ?

ANNEXE V : Schéma fictif du bien-être de Joseph

ANNEXE V : Schéma fictif du bien-être de Joseph

Avant 1990, Joseph travaille comme vendeur de balayeuses. Il est marié, il a sa maison à Montréal. Il a deux garçons et une fille.

En 1990, Joseph vit un divorce. Avec sa santé fragile, il laisse son emploi et se retrouve sur le bien-être social. Il se retrouve dans un foyer durant une semaine le temps de trouver un logement.

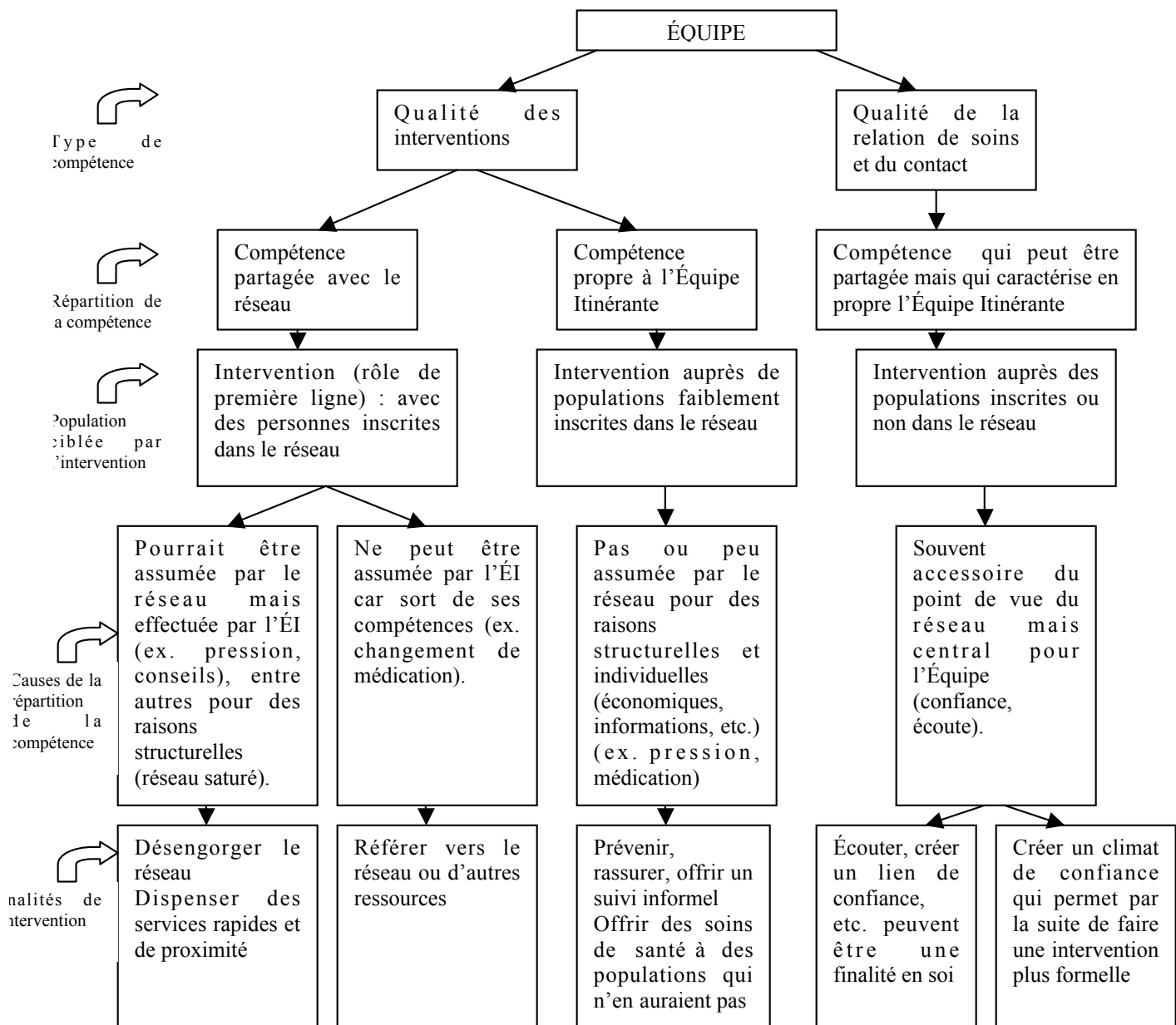
Il trouve un logement par l'intermédiaire d'un ami et il emménage dans un un et demi.

En 2002, Joseph commence à fréquenter des ressources (prévention de l'alcoolisme et Équipe Itinérante)

Recherché		Avoir un chez-soi Travailler	Travailler	Avoir un deux et demi Travailler
Bien-être +	Emploi. Salaire de 500\$ par semaine. Stabilité et horaire. A sa maison et vit avec ses enfants et sa femme		Avoir son chez-soi Autonomie	Baisse significative de sa consommation d'alcool Fréquente l'Équipe pour jaser Se fait de nouveaux amis Va à la pêche avec son fils une fois par mois
Temps				
Mal-être -	Emploi stressant et exigeant sa santé. Hypertension Divorce	Bien-être social et stigmatisation Perd ses amis après son déménagement à Laval d'alcool Promiscuité. Ne travaille plus. Ennui. Voit rarement ses enfants	Bien-être social Perd ses amis après son déménagement à Laval Consomma d'alcool Ne travaille plus. Ennui. Voit rarement ses enfants	Logement trop petit Part consacrée à son loyer trop importante dans son budget
À éviter			Retourner en foyer	Retourner en foyer Retomber dans une consommation sévère

ANNEXE VI : Schéma des compétences de l'Équipe

ANNEXE VII : Schéma des compétences de l'Équipe



ANNEXE VII : Les publications dans l'*Interface*

ANNEXE VII : Publications dans l'*Interface*

Bulletin No 2

Projet de recherche-action évaluative en partenariat avec l'Équipe Itinérante. Chronique de deux chercheurs itinérants

Par Aude Fournier et Baptiste Godrie

Habitations Vincent-Massey. Vingt-six janvier. Neuf heure quinze A.M.. Deux jeunes transis par le froid sonnent à la porte des habitations populaires. C'est nous, Baptiste et Aude, jeunes chercheurs itinérants errant de ressources en ressources, avides d'informations en lien avec l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval et, inutile de le cacher, désireux de dénicher quelque nourriture ou tasse de café à engloutir. Profiteurs? Non. Opportunistes? Peut-être. Envoyés sur le terrain pour discuter avec les gens, pourquoi ne pas le faire autour d'un bon café et d'une toast?

Armés d'une enregistreuse à pédale agonisante, de quelques papiers et d'un crayon, nous pénétrons ce lieu à la réputation un peu mythique à Laval. Déjà, l'odeur de café nous indique que le petit déjeuner communautaire qui, trois fois par semaine rassemble quelques-uns des cent résidents, est déjà bien commencé. Cette odeur nous guide jusqu'à la salle communautaire où nombreux sont ceux qui ont affronté vents et froids polaires pour venir se réchauffer autour d'un café et participer à cette mystérieuse rencontre annoncée depuis quelques temps dans les couloirs des Habitations : « c'est moins plate que de déjeuner toute seule », dit Émilie⁴. D'autres nous disent en riant qu'ils sont venus participer au procès de Lorraine, infirmière de l'Équipe Itinérante accusée de prodiguer de bons soins trois fois par mois. À notre arrivée, l'accueil que nous réservent les résidents nous déstabilise. Nous, chercheurs venus soutirer de l'information, nous trouvons soudain dans un rôle inverse : celui de répondre à leurs nombreuses questions. Ainsi, nous sommes ramenés à nos beaux principes qui, jusqu'à maintenant, étaient demeurés au stade embryonnaire de l'écrit. Prendre du temps : du temps pour discuter de façon informelle avec les participants avant et après l'entretien, du temps pour contrebalancer le fait que l'entretien semi-directif, bien qu'il s'apparente à un dialogue, impose un certain retrait du chercheur. Leurs questions portent autant sur l'origine française de Baptiste que sur les finalités de cette recherche : « Pas encore une recherche qui restera sur les tablettes, qui n'aura pas de suite? » nous dit Pierre. Non. Nous lui expliquons qu'avec l'Équipe Itinérante, nous avons pensé à un modèle d'évaluation *participatif* axé sur *l'action*.

Par « participation », nous voulons dire que cette recherche considère les participants/sujets comme des co-chercheurs, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils fassent le même travail ni qu'ils soient substituables. Les participants ne sont pas de simples informateurs, mais plutôt des sujets critiques qui sont invités à participer activement à quelques-unes des différentes étapes du processus de recherche, dépendamment de leur statut. Ainsi, la recherche-action participative (RAP) propose une conception de la connaissance comme résultat d'un échange dialectique entre les participants et non comme un rapport unilatéral chercheur-participant. La recherche fait l'objet d'une réflexion collective à chaque étape du processus de recherche (du projet initial à la

⁴ Tous les noms sont fictifs.

diffusion) et le chercheur et les participants développent ensemble une réflexion critique sur l'information collectée et sur les conséquences en termes d'action. Par « action », nous entendons que le but principal de la RAP est d'abord l'amélioration des conditions de vie d'une population particulière à travers l'action sociale. Dans le contexte d'évaluation, l'action sociale apparaît d'abord comme une remise en question des pratiques et, le cas échéant, une transformation ou consolidation de celles-ci en vue d'accroître leur impact sur les populations.

L'entretien se déroule donc dans une agréable intimité. Les participants se taquinent entre eux et nous partagent ce que représente pour eux la présence de Lorraine lors des déjeuners communautaires : « elle m'aide pour dire ce que j'ai besoin au médecin », « on se sent écouté, pas délaissé. Ça fait du bien », « ça crée une intimité, le service est plus personnalisé », « le vendredi qu'elle ne vient pas, zut, il manque quelque chose. Il faut attendre une semaine pour la voir » etc.

Chercheurs sans domicile fixe, leur prochaine destination sera la caravane de l'Oasis. À suivre...

Projet de recherche-action évaluative avec l'Équipe Itinérante

**Chronique de trois chercheurs itinérants :
Fragments de trouvailles**

Par Aude Fournier, Baptiste Godrie et Christopher McAll

Des chercheurs trouvent
D'autres ne trouvent pas
Des chercheurs pensent avoir trouvé
D'autres trouvent sans être chercheurs

Et il y a nous, chercheurs itinérants, errant entre le monde de la recherche et le « vrai » monde, en quête d'un espace où trouver n'est pas une finalité en soi ou encore un moyen pour grimper dans l'échelle des gens importants, mais plutôt une manière de participer activement à la vie sociale, à travers la créativité, la perspicacité, et une objectivité qui n'étouffe pas l'engagement. En ce sens, nous pouvons dire qu'à travers ce projet de recherche-action évaluative réalisé avec l'Équipe Itinérante, nous avons créé cet espace qui nous a permis de « trouver ». Ou plutôt de démasquer ; démasquer des personnes, des rapports, des expériences, des conceptions qui sont parfois, ici et là cachés derrière des statistiques, des problèmes, des revues de littérature ou encore, des programmes gouvernementaux.

Dans ce projet aux allures un peu mystiques, nous sommes initialement partis d'une question qui semble à première vue bien banale mais qui s'est avérée après coup diaboliquement pertinente : jusqu'à quel point les interventions de l'Équipe ont-elles permis d'améliorer la santé et le bien-être des personnes rejointes par leurs services ? Cette simple question n'en est pas moins originale dans un contexte où évaluer signifie bien souvent quantifier la productivité d'un projet ou d'une action et s'intéresser à l'efficacité des services avant d'aller rencontrer les personnes qui en bénéficient. En allant plus loin, on peut même avancer que la question du bien-être est évacuée dans ce genre d'évaluation et que si elle y trouve une place, elle y est souvent évoquée de manière à pouvoir entrer dans des cases bien définies (par exemple, les trois besoins de base identifiés couramment à savoir, avoir un logement, de la nourriture et des vêtements).

Centrement, centration et autres décentrages par des chercheurs excentriques

Poser la question du bien-être des usagers au centre de notre projet de recherche nous a menés vers des voies inattendues mais non incongrues ! Ce recentrage sur les usagers nous a à l'inverse permis de décentrer notre regard des services dispensés par l'Équipe et par conséquent de considérer ses interventions dans un espace où agissent d'autres acteurs, comme les ressources et les usagers eux-mêmes. La participation de l'Équipe à sa propre évaluation a été favorisée par ce décentrement. N'étant plus sous les « feux » de l'évaluation, elle a pu être impliquée activement dans chacune des étapes de la réalisation du projet. Mais sur quelles eaux ce bateau nous a-t-il menés ? Voici quelques fragments de trouvailles...

Je peux me permettre un petit luxe ces temps-ci. Si je restais ailleurs, je ne pourrais pas me le payer. Mais j'ai l'honneur de profiter de ce que la vie peut apporter comme matériel. Avant c'était juste humain et pas de matériel, mais là il y a du matériel et ça fait du bien. Les autres peuvent parler : « j'ai ci, j'ai ça » et là, je peux dire : « moi aussi j'ai ça. ». Tu sais, le monde est moins baveux après. Je peux te le dire.

Un usager

1. Une population qui ressemble à un « plum pouding »

Ce que nous allons vous dire à l'instant vous paraîtra peut-être farfelu, surnaturel, et digne de la plus imaginative des sciences-fictions, mais croyez-le ou non, derrière les services prodigués par l'Équipe, nous avons d'abord trouvé des gens. Des gens avec une diversité d'expériences passées et de situations présentes, alors que selon nos lectures et notre savante analyse des statistiques, nous pensions plutôt trouver une catégorie assez homogène de personnes, toutes à risque d'être à risque de risquer de dégénérer leur état. Mais ce n'est pas tout. Nous avons découvert des personnes dont la vie ne se résume pas à aller consulter des intervenants lorsqu'elles ont un problème qui nuit à leur bien-être. Comme nous, elles aiment se faire livrer de la bonne bouffe quand elles en ont les moyens, passer une nuit dans un motel pour une belle occasion, être écoutées quand elles parlent, être considérées avec dignité, critiquer leur voisin et bien plus encore. Les intervenants envisagent ces personnes dans un rapport d'intervention (les personnes viennent consulter lorsqu'elles ont un « problème » à régler) et ont de fait, tendance à définir le bien-être des populations en termes de mal-être et de problèmes. Les entretiens réalisés avec sept usagers des services de l'Équipe ont permis d'envisager le bien-être de manière plus large. Ce bien-être ne se limite pas à la seule satisfaction des besoins de base mais s'inscrit dans des expériences quotidiennes que les personnes vivent positivement ou négativement, dépendamment entre autres de leur vécu, de leur situation matérielle, de leur entourage et de leur conception de ce qui contribue ou nuit à leur bien-être.

Ce qui contribue au bien-être des personnes rencontrées va au-delà de l'amélioration tangible de leur état de santé et touche également des dimensions plus larges, comme vivre une relation de soin de qualité et être traitées dignement. Envisager le bien-être plus largement et surtout, envisager le bien-être tel qu'il est défini par la personne, pourrait permettre d'améliorer l'impact de l'Équipe sur les populations. Dans cette perspective, agir sur le mal-être se réduirait à vouloir freiner la dégradation de l'état de la personne et agir pour le bien-être viserait plutôt à améliorer la qualité de vie de la personne, selon ses propres critères et de manière concertée.

Ainsi, n'en soyez pas insultés, mais la population rejointe par l'Équipe ressemble à un « plum pouding », avec son hétérogénéité qui lui donne toute sa saveur. Mais pourquoi autant de gens (environ 250 par mois) vont-ils rencontrer une Équipe qui procure des soins de santé et de services sociaux, alors qu'on pourrait penser que des soins similaires sont dispensés à l'intérieur des murs de nos institutions publiques ?

Tout aide. L'homme qui fait tout tout seul, moi je n'y crois pas plus qu'il faut. On a besoin des autres. Il y en a qui nous aident. Il y en a qui vont nous prêter des choses qu'on n'a pas. Il y en a qui vont nous donner des bons conseils.

Un usager

2. Pourquoi pas ?

Jouons un instant à renverser la question précédemment énoncée, et plutôt que de se demander pourquoi les usagers rencontrent-ils l'Équipe, de se demander pourquoi ces personnes n'iraient-elles pas rencontrer l'Équipe. Qui refuserait en effet les services d'une Équipe qui propose une intervention directe dans votre milieu de vie, qui favorise l'établissement de liens de confiance par une présence régulière, de long terme, qui établit des contacts personnalisés, offre une souplesse dans l'accueil et un contact chaleureux ? N'est-ce pas ce à quoi plusieurs personnes rêvent pendant leurs interminables heures d'attente auxquelles elles sont parfois confrontées à l'hôpital ? Qui n'aimerait pas de droit, bénéficier de tels services ? Sur le terrain, l'Équipe apporte à la fois une **qualité de soins**, souvent évoquée par les usagers en termes de professionnalisme et d'actes plus techniques ou médicaux, et une **qualité de relation**, plutôt évoquée en termes d'écoute, de disponibilité, de chaleur humaine et de dignité. Cette seconde contribution est difficilement quantifiable et se rapporte à une conception plus large du bien-être, tel que défini précédemment. L'Équipe Itinérante n'a pas bien sûr le « monopole de la chaleur humaine », mais ce lien, ce contact chaleureux la caractérise en propre. C'est d'ailleurs souvent sur ce critère que les usagers distinguent l'Équipe du reste du réseau de services sociaux et de santé. Le réseau est considéré comme étant efficace et répondant à des besoins précis. Il est dans le même temps décrit comme étant froid, rigide, anonyme, bureaucratique, et excessivement standardisé. Ainsi, l'Équipe apporte des services auxquels bien des gens pourraient aspirer mais les destine à une partie de la population dont la caractéristique principale est d'être « à risque ». L'Équipe éprouve des difficultés à appréhender et à caractériser cette population. Ces imprécisions entraînent certaines incompréhensions qui nuisent parfois au bon partenariat avec les ressources communautaires.

3. La lampe torche des trajectoires de vie

La rencontre des sept usagers des services et les témoignages des intervenants sur les populations ont permis de mettre de l'avant la diversité des personnes rencontrées par l'Équipe en ce qui a trait aux expériences, aux situations et aux problèmes vécus. Cependant, se limiter aux caractéristiques individuelles ne permet pas de saisir ce qui unit ces personnes et qui se situe davantage sur le plan des rapports sociaux. La reconstitution des trajectoires d'usagers est éclairante sur ce point en ce qu'elle a permis de mettre l'accent sur les rapports entretenus avec le réseau institutionnel et communautaire. En effet, au-delà des caractéristiques individuelles et du risque ou non d'itinérance, ce qui unit ces sept personnes est avant tout le fait qu'elles ont des besoins en termes de santé et de bien-être qui ne sont pas ou ne peuvent pas être pris en charge par le réseau classique de santé et de services sociaux et par le réseau communautaire pour des raisons à la fois individuelles, matérielles et structurelles. Le rapport présent au réseau de santé est par exemple influencé par des mauvaises expériences passées avec le réseau, des contraintes financières liées à l'utilisation de certains services (coûts importants des soins de pieds), du

manque de médecins disponibles ou simplement du fait que certains besoins ne peuvent pas être satisfaits par le réseau public ou communautaire (être simplement écouté, qui est une critique qui ressort souvent des entretiens). Ainsi, en développant un modèle d'intervention dans le milieu qui propose une alternative à la rigidité, l'anonymat et la froideur parfois rencontrés dans le réseau, l'Équipe a rejoint une multitude de personnes dont les besoins ne seraient peut-être pas comblés autrement.

Quand je dis qu'il faut marcher avec les moyens du bord, je dis qu'il faut être original dans nos interventions. On ne peut pas tout le temps aller du point A au point B, comme on fait ordinairement. [...] On va essayer de trouver d'autres façons pour que la personne reçoive ce à quoi elle a droit, ou la défendre, ou faire avancer ses affaires avec d'autres moyens. Négocier, appeler, trouver des moyens originaux, s'utiliser soi, c'est toutes des choses comme ça qu'il faut faire.

Un intervenant de l'Équipe itinérante

4. Rencontre et bricolage

Les interventions de l'Équipe peuvent être pensées comme un espace de rencontre entre deux acteurs principaux, l'intervenant et l'usager, chacun étant doté d'une trajectoire qui lui est propre : celle de l'intervenant avec son expérience au sein de l'Équipe, sa formation, ses valeurs et ses propres conceptions ; celle de la personne rencontrée avec sa propre situation, son vécu et ses besoins. Les intervenants et les populations doivent ainsi s'adapter réciproquement dans une rencontre à chaque fois unique et personnalisée. Bien que l'intervention soit envisagée de manière personnalisée, contrairement à un modèle d'intervention standardisé, les intervenants et les populations s'entendent pour dire que certains préalables sont nécessaires à une intervention qu'on pourrait qualifier de « réussie ». Ces conditions sont d'abord une volonté partagée de quitter une situation vécue comme insatisfaisante au profit d'une autre qui serait plus satisfaisante en termes de bien-être et de qualité de vie, ensuite, un accord sur les moyens à utiliser pour parvenir à cette fin, et finalement, l'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et l'usager.

Sur le terrain, pour répondre aux besoins des usagers, l'Équipe Itinérante doit constamment sortir ses talents d'artiste et bricoler des interventions appropriées (qui peuvent parfois simplement consister à accorder une oreille attentive) ou encore dessiner des « voies d'accès » au réseau public de santé et de services sociaux, en fonction des besoins de la personne. Avec le temps, cette constante adaptation à travers la rencontre individuelle a amené l'Équipe à évoluer par rapport à ce qu'elle proposait lors de sa création. De fait, l'Équipe n'agit plus comme un simple intermédiaire qui renvoie des clients coupés du réseau vers les services appropriés. Elle travaille collectivement avec la personne et les différents acteurs qui l'entourent afin de créer un réseau approprié autour d'elle, sur lequel elle peut s'appuyer pour avancer et qui lui permettra de recevoir de manière adéquate les soins dont elle a besoin. En ce sens, l'Équipe est véritablement créatrice de lien autour et avec la personne. Elle ne se contente pas d'une simple mise en lien

même si la référence constitue un type d'intervention de l'Équipe par mi d'autres. Comprise ainsi, l'intervention renvoie à l'idée d'autonomie et de complémentarité. L'Équipe n'agit pas seule mais bien conjointement avec différents partenaires, notamment les ressources communautaires, les motels et les institutions publiques. Elle apporte une contribution qui s'insère et participe au bien-être parmi d'autres éléments et d'autres acteurs. Sa contribution ne se limite pas à la santé au sens plus médical du terme, touche le bien-être des personnes dans un sens plus global et a des effets dans plusieurs domaines comme le logement et le travail.

5. Les tablettes de M. Vermette

Lors des entretiens, plusieurs personnes nous ont fait part de leurs préoccupations quant au destin de ce projet de recherche. Finira-t-il sur les tablettes poussiéreuses de la bibliothèque de M. Vermette ? Ne sera-t-il qu'une simple ligne de plus sur le C.V des chercheurs ? Ces préoccupations étaient également partagées par l'Équipe et par les chercheurs. À cet égard, nous nous sommes questionnés afin de savoir jusqu'à quel point la recherche a-t-elle permis et permettra-t-elle d'influencer les pratiques de l'Équipe. Deux pistes de réponse ont été avancées.

- ✕ Tout au long du processus de recherche, un espace de discussion a été créé par le biais des différentes rencontres qui réunissaient les chercheurs du CREMIS et les membres de l'Équipe. Cet espace de discussion était différent des rencontres habituelles de l'Équipe, puisqu'il était alimenté à la fois par l'expérience et les connaissances des intervenants, par les connaissances des chercheurs et leur rencontre avec les différents acteurs, et indirectement par l'expérience et le vécu des populations (par l'intermédiaire des trajectoires de vie). Aux dires des intervenants, cet espace a permis de prendre une distance critique vis-à-vis de leur pratique, et de leur regard d'intervenant.
- ✕ En second lieu, plusieurs propositions ont été apportées par chacun des groupes d'acteurs *via* les entretiens, afin d'améliorer les services qui sont offerts aux populations. Les usagers notamment, adressaient des critiques claires au réseau de santé et de services sociaux, et identifiaient ce que l'Équipe leur apportait. Les intervenants des ressources proposaient quant à eux des pistes afin d'améliorer le partenariat avec l'Équipe qui méritent d'être considérées sérieusement. Comment faire converger ces propositions? Y aurait-il lieu de créer un espace de discussion qui réunirait des usagers, des intervenants des ressources et des membres de l'Équipe afin que ces propositions puissent être discutées et, si nécessaire, intégrées aux services de l'Équipes Itinérante ? Plus largement ces interrogations questionnent la place des usagers dans la définition des services qui leur sont destinés.

