

Chapitre 5

Événements stressants vécus dans la dernière année

Véronique Lapaige
Louise Fournier

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Le stress correspond à un vécu interne de danger; il constitue une réponse émotionnelle consécutive à une source de déclenchement connue, objectivable dans la réalité (Beaune et Reveillere, 1996). Le stress, qu'il soit transitoire (stress engendré par des situations de la vie courante) ou permanent (stress chronique) semble hypothéquer la santé physique et mentale des individus (Santé Canada, 1999a et 1999b). Ainsi, à l'exception de la grossesse et des états connexes, les principales causes d'hospitalisation et de décès sont associées au stress (Santé Canada, 1999a et 1999b). En effet, bien que les mécanismes pathophysiologiques ne soient pas entièrement compris à l'heure actuelle, les effets négatifs du stress paraissent altérer la réponse immune et accroître la vulnérabilité à la maladie (Cohen et autres, 1991; Cohen et Herbert, 1996). De surcroît, les efforts réalisés en vue de résister au stress peuvent provoquer des changements comportementaux ayant un effet sur la santé (Hellerstedt et Jeffery, 1997; Cohen et autres, 1991). Selon les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, l'expérience personnelle d'un stress constitue également un prédicteur de la manifestation de problèmes de santé chroniques au cours des quatre années suivant l'exposition au stress (Santé Canada, 1999a). Enfin, selon Hood et autres (1996), les personnes ayant déclaré avoir vécu au moins un événement stressant possèdent un sentiment de cohésion plus faible que la population en général.

Le stress semble également associé à l'itinérance. En effet, de nombreux travaux récents mettent en

exergue l'impact considérable des stresseurs psychosociaux quant au développement du phénomène d'itinérance. Se référant aux notions de causalité circulaire et d'adaptation biopsychosociale, Tremblay (1992) définit de tels stresseurs comme des « facteurs causaux d'inadaptation » et les distribue en trois catégories : les traumatismes physiques (accident, agression, maladie grave subite), les traumatismes psychiques désignés comme des stresseurs aigus (décès ou maladie grave d'une personne chère, divorce, perte d'emploi, perte financière) et les stresseurs chroniques (mésententes conjugales ou familiales chroniques, tensions chroniques au travail ou sur le plan social, maladie sérieuse chronique).

Les théories explicatives de l'itinérance présentent le processus d'exclusion sociale comme résultant d'une combinaison de deux grands facteurs; le premier est d'origine structurale et procède d'une détérioration du tissu socioéconomique, et le second fait référence à la vulnérabilité individuelle (Fournier et Mercier, 1996). L'interaction dynamique entre ces deux facteurs conduit à des classifications étiologiques de l'itinérance différant selon les auteurs, chaque classification établissant ses propres catégories de stresseurs psychosociaux. Trois typologies d'événements stressants sont présentées ci-après.

Selon Dufour et Garneau (2000), trois types d'explications émergent de cette dynamique factorielle : l'explication économique, l'explication psychosociale et l'explication complexe. La perspective économique présente le travail comme un moyen puissant d'intégration sociale (Snow et Anderson, 1987). Cette première explication fait

état du lien unissant pauvreté économique d'une part, désinsertion professionnelle et exclusion sociale d'autre part (Castel, 1995; Roy, 1995; Lesemann, 1994). La perspective psychosociale analyse ensuite le processus de la désinsertion sur le plan de l'interaction entre l'individu et son environnement familial ou immédiat (Baumann et Griegsby, 1988; Lamontagne et autres, 1987). La troisième perspective dite complexe considère la désinsertion sous un double aspect d'état et de processus, impliquant une interaction constante entre l'histoire familiale, les déterminants sociaux et l'action du sujet (Roy, 1995; de Gaulejac et Leonetti, 1994).

Mercier (1996) illustre par de nombreux exemples de stressés psychosociaux sa typologie des théories étiologiques de l'itinérance. Cette typologie inclut les théories de l'étiologie individuelle, les théories de l'étiologie sociale et le modèle écologique. Les théories de l'étiologie individuelle comportent la théorie des carences sociales et la théorie de la « dégringolade ». Les théories de l'étiologie sociale comprennent la théorie de la désaffiliation et la théorie de la vulnérabilité; la première se démarque par l'absence de relations amicales et sexuelles significatives, de liens familiaux, d'arrangement résidentiel conventionnel ainsi que par le retrait des rôles de parent, de travailleur et de citoyen tandis que la seconde fait référence aux facteurs structurels inhérents au contexte politico-économique et aux facteurs précipitants comme la perte du logement, la perte du revenu, la violence familiale, la perte du soutien familial, amical ou charitable. Quant au modèle écologique, les facteurs se situent à six niveaux : culturel, institutionnel, communautaire, organisationnel, de groupe, individuel.

Selon Laberge et autres (1998), trois grands facteurs participent au développement de l'itinérance : la pauvreté et le chômage, l'absence de logement social accessible et à prix modique, le cumul de problèmes relationnels. Ces trois facteurs peuvent être convertis en deux déterminants : l'accès à l'intégration et à la solidarité collective, le fonctionnement psychosocial relationnel (Davis et Kutter, 1997; Goodman, 1991; Hopper, 1990; Breakey et

Fischer, 1990). Shinn et Weitzman (1990) rappellent à cet égard le rôle combiné joué par ces deux grands déterminants afin de maintenir la personne itinérante dans une condition qui perdure.

Le but du présent chapitre est de fournir un portrait statistique des événements stressants vécus au cours d'une période de douze mois par la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. Ainsi, en fonction des caractéristiques d'âge, de sexe, de statut domiciliaire et de région, cette section se propose d'examiner les prévalences au cours de la dernière année, d'une part des stressés psychosociaux répartis en six domaines indiciaires¹ et, d'autre part, des événements perçus comme extrêmement stressants.

5.1 Méthodes

L'instrument développé pour les besoins de cette section se fonde sur un questionnaire élaboré à l'intention de personnes SDF ou domiciliées pauvres et constitué de 25 items portant sur les événements de vie (Laurin, 1998). Ce dernier était lui-même construit sur la base de trois autres instruments : celui de l'équipe de Morse (1985), celui de l'enquête Santé Québec (1988) et celui de l'enquête sur les Habitudes de vie et la santé mentale des Montréalais (Kovess et Fournier, 1990). L'instrument utilisé dans cette section comporte des questions explorant les six domaines de vie suivants : (1) le domaine professionnel et financier (congétiement ou relation conflictuelle avec l'employeur, absence d'emploi pendant un mois ou plus, faillite personnelle, diminution importante du niveau de ressources, endettement important, perte de revenu de chômage ou de l'assistance sociale), (2) le domaine des relations amoureuses (séparation ou divorce, rupture amoureuse en dehors de la séparation ou du divorce), (3) les liens socio-affectifs (perte d'un objet ayant une valeur sentimentale, décès d'un être cher,

1. L'indice d'événements stressants récents se compose de six domaines de vie comme exposé plus loin dans le texte.

maladie grave d'un être cher, difficultés interpersonnelles avec les amis ou les voisins, rupture des liens avec les enfants, rupture des liens avec la famille), (4) le domaine du logement (perte ou problèmes tels que, par exemple, démolition, incendie, coupure de l'électricité ou du chauffage; éviction), (5) la victimisation (abus physique, vol, agression sexuelle), (6) la maladie grave personnelle. L'instrument se compose de 20 questions structurées « accord-désaccord » portant sur les facteurs de stress. Cependant, la version anglaise ne comporte que 19 questions, la question relative à la faillite n'en faisant pas partie. Parce que la charge événementielle est vécue et appréciée inégalement par les personnes, le questionnaire comporte une échelle autoévaluative du degré de sévérité du stress engendré par chacun des événements vécus. Ainsi, la perception de l'intensité du stress est reliée par le client à l'un des quatre degrés suivants : « extrêmement stressant », « assez stressant », « peu stressant », « pas stressant ». Les deux premiers degrés renvoient à la présence d'un événement à haut niveau de stress tandis que les deux autres en indiquent arbitrairement l'absence.

Le taux de non-réponse partielle pour cette section du questionnaire se situe à 10 %, à l'exception de l'indicateur de la faillite pour lequel il atteint 16 %². Ce taux général élevé est explicable par le fait que cette section arrivait à la fin de l'entrevue. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale étant particulièrement nombreuses à se trouver parmi les non-répondants pour les sections arrivant à la fin du questionnaire, nous avons effectué certaines analyses pour vérifier l'impact de cette non-réponse. Au vu de ces analyses, il apparaît clairement que les personnes présentant des troubles mentaux sont proportionnellement plus nombreuses que celles n'en présentant pas à rapporter avoir vécu des événements stressants au cours de la dernière année; les différences sont significatives pour 13 des 20 événements. En conséquence, il faudra considérer que les

proportions présentées dans ce chapitre pourraient être quelque peu sous-estimées.

5.2 Résultats

5.2.1 Prévalence des événements stressants vécus au cours de la dernière année

La prévalence de chacun des événements stressants vécus au cours de la dernière année est présentée au tableau 5.1. La première colonne indique la proportion de personnes qui ont vécu l'événement alors que la seconde indique celle de personnes qui, à la fois, ont vécu l'événement et lui attribuent un haut niveau de stress. De manière générale, on constate que la majorité des personnes qui rapportent avoir vécu un événement lui attribuent un niveau élevé de stress. Sauf exception, pour éviter la redondance, nous ne présenterons que les résultats de la première colonne.

2. Ce taux plus élevé est lié au fait que la version anglaise de l'instrument ne comprenait pas la question relative à la faillite.

Tableau 5.1

Prévalence des événements et des événements à haut niveau de stress vécus au cours de la dernière année (n = 679^a)

	Événements	Événements à haut niveau de stress
	%	
Liens socio-affectifs	75,5	61,7
Perte d'un objet ayant une valeur sentimentale	32,6	22,3
Décès d'un être cher	27,8	20,2
Maladie grave d'un être cher	26,9	20,6
Difficultés interpersonnelles avec les amis ou les voisins	38,8	27,4
Rupture des liens avec les enfants	7,5 *	6,7 *
Rupture des liens avec la famille	29,9	17,2
Domaine professionnel et financier	62,1	48,7
Congédiement/relation conflictuelle avec l'employeur	9,5 *	7,7 *
Absence d'emploi pendant un mois ou plus	28,8	15,8
Faillite personnelle	2,4 **	2,4 **
Diminution importante du niveau de ressources	37,6	28,6
Endettement important	20,3	16,8
Perte du revenu de chômage ou de l'assistance sociale	18,1	11,5
Victimisation	33,5	24,5
Abus physique	10,0 *	7,8 *
Vol	29,9	20,8
Agression sexuelle	1,4 **	1,2 **
Relations amoureuses	29,2	21,0
Séparation ou divorce	3,8 **	3,4 *
Rupture amoureuse (autre que séparation ou divorce)	26,1	18,3
Domaine du logement	26,5	19,8
Perte ou problèmes divers (démolition, incendie, ...)	15,5	11,1 *
Éviction	15,6	11,1 *
Maladie grave personnelle	15,2	13,3

a. n = 679 sauf pour la faillite personnelle (n = 633).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Un pourcentage considérable de la clientèle à l'étude (76 %) rapporte avoir vécu un événement stressant intéressant globalement la vie affective et familiale. Les stressseurs socio-affectifs spécifiquement déclarés par le plus grand nombre de personnes sont les difficultés interpersonnelles avec des amis ou des voisins, la perte d'un objet ayant une valeur sentimentale et la rupture des liens familiaux. Viennent ensuite le décès d'un être cher et la maladie grave d'un être cher, événements rapportés par plus d'une personne itinérante à l'étude sur quatre. Enfin, la rupture des liens avec les enfants est un événement rapporté par environ 8 % des clients. Si ce dernier événement est plus rare, c'est que les clients des ressources pour personnes

itinérantes n'ont pas tous des enfants. Par contre, il est à noter que, lorsqu'il est rapporté, il est jugé par la plupart comme étant associé à un haut niveau de stress.

Une part substantielle de la population cible (62 %) déclare avoir vécu une expérience stressante relevant du domaine professionnel et financier. Les stressseurs de ce domaine les plus fréquemment identifiés sont la diminution importante du niveau de ressources, événement rapporté par 38 % des clients, et l'absence d'emploi pendant un mois ou plus, événement déclaré par 29 % des clients. Il est à noter que ce dernier événement semble moins souvent associé à un haut niveau de stress; la proportion diminue

presque de moitié lorsque le critère de sévérité du stress est appliqué. D'autres événements s'avèrent fréquents, touchant environ un client sur cinq : l'endettement important et la perte du revenu de chômage ou de l'assistance sociale. Ensuite, environ une personne sur dix rapporte une expérience de congédiement ou de relation conflictuelle avec l'employeur. Enfin, un dernier événement, plus rare mais rapporté par tous comme s'accompagnant d'un niveau élevé de stress, est la faillite; environ 2 % des clients en font mention.

Le tiers de la population cible déclare avoir vécu une expérience de victimisation. Trois clients sur dix font état d'une expérience de vol tandis que l'abus physique et l'agression sexuelle sont spécifiquement identifiés comme stressseurs récents par respectivement 10 % et 1 % de la population cible.

Près de 3 personnes itinérantes sur 10 rapportent un événement stressant vécu dans leur vie amoureuse. La rupture amoureuse, déclarée par plus du quart de la population à l'étude, se présente relativement plus souvent que la séparation ou le divorce, avancés par seulement 4 % des clients.

Plus d'un client sur quatre déclare avoir vécu une expérience stressante rattachée au domaine du logement. Au sein de la population à l'étude, environ une personne sur sept rapporte soit une perte de logement ou divers problèmes, soit une éviction.

Une portion substantielle des personnes à l'étude (15 %) signifie la maladie grave comme un événement vécu récemment et la plupart la définissent comme étant un événement à haut niveau de stress.

5.2.2 Prévalence des événements stressants selon les différents sous-groupes

Pour éviter la redondance, les différences entre les différents sous-groupes de la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes ont été analysées en utilisant les événements classés en catégories et en choisissant de ne pas tenir compte du niveau de stress associé. Des variations significatives ont été observées selon le statut domiciliaire, l'âge et le sexe.

Tableau 5.2

Prévalence des catégories d'événements vécus au cours de la dernière année selon le statut domiciliaire (n = 679)

	Statut domiciliaire		
	SDF actuel	Ex-SDF %	Jamais SDF
Liens socio-affectifs ¹	79,3	79,6	62,0
Domaine professionnel et financier ¹	74,8	57,2	53,5
Victimisation	38,0	36,0	22,3 *
Relations amoureuses ¹	39,2	29,8	13,7 **
Domaine du logement ¹	35,5	22,9 *	20,6 *
Maladie grave personnelle	16,2 *	16,1 *	11,9 **

1. $p < 0,05$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2*.

La proportion de clients ayant vécu des événements stressants est statistiquement associée au statut domiciliaire pour quatre des six domaines événementiels étudiés et on observe une tendance pour un cinquième domaine, celui de la victimisation (tableau 5.2). Par rapport aux deux autres groupes, les SDF actuels sont particulièrement nombreux à déclarer avoir vécu des événements reliés au domaine professionnel ou financier et ils sont dans une plus forte proportion affectés par les problèmes de logement. Pour d'autres domaines comme celui des liens socio-affectifs et celui de la victimisation ($p = 0,06$), les SDF actuels et les ex-SDF ont des prévalences similaires alors que les personnes qui n'ont jamais été SDF se distinguent par des taux plus faibles. Enfin, pour les événements se rapportant à la vie amoureuse, la proportion est relativement plus élevée chez les SDF actuels et est à son plus faible niveau chez les clients qui n'ont jamais été SDF; les ex-SDF, cette fois, se situent entre les deux.

Parmi la population à l'étude, l'âge est lié significativement à la proportion de personnes ayant vécu des événements stressants rattachés à cinq des six domaines étudiés (tableau 5.3). On note une décroissance de cette proportion en fonction de l'augmentation en âge pour les quatre domaines suivants : les liens socio-affectifs, le domaine professionnel et financier, les relations amoureuses et le domaine du logement. Ainsi, dans le domaine professionnel et financier comme

dans celui des liens socio-affectifs, les clients les plus jeunes demeurent significativement plus nombreux à rapporter des événements stressants récemment vécus. Plus de 7 sur 10 d'entre eux déclarent en effet avoir connu une expérience professionnelle ou financière stressante contre environ la moitié des clients âgés de 45 ans et plus; plus de six sur sept rapportent un stress socio-affectif contre moins des deux tiers des clients les plus âgés. La vie amoureuse apparaît aussi relativement plus stressante pour les clients de 18 à 29 ans : le taux de 58 % d'événements stressants déclarés s'oppose en effet aux 11 % rapportés par les clients de 45 ans et plus. Les clients les plus jeunes se distinguent encore par un taux relativement important d'événements stressants rattachés au logement. De tels stressés sont effectivement mentionnés par plus de 4 sur 10 d'entre eux alors qu'à peine 14 % des déclarations similaires sont émises par leurs homologues âgés. Par ailleurs, les clients âgés de 45 ans et plus avancent relativement plus souvent le fait que la maladie grave est un stressé. Ainsi, plus d'un sur cinq fait état d'un tel événement comparativement à environ un jeune client sur dix. Enfin, une tendance ($p = 0,087$) est constatée quant aux expériences de victimisation, les jeunes (18 à 29 ans) semblant relativement plus nombreux à avoir vécu des événements de ce type.

Tableau 5.3

Prévalence des catégories d'événements vécus au cours de la dernière année selon l'âge (n = 676)

	Âge		
	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%		
Liens socio-affectifs ¹	86,1	78,6	65,6
Domaine professionnel et financier ¹	71,4	66,5	51,6
Victimisation	44,6 *	31,1	30,6 *
Relations amoureuses ¹	57,7 *	30,1	11,1 **
Domaine du logement ¹	44,0 *	28,6	14,0 *
Maladie grave personnelle	11,6 **	10,9 *	22,8 *

1. $p < 0,05$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2*.

Parmi la population à l'étude, on peut parler de sexospécificité uniquement dans le cas des événements intéressant le domaine des relations amoureuses (données non présentées). Ainsi, environ 47 % des femmes rapportent une expérience amoureuse stressante contre 26 % des hommes. Pour les cinq autres domaines événementiels, aucune différence significative n'est observée entre les sexes.

Discussion

Le tableau descriptif que brosse ce chapitre pour la clientèle des ressources pour personnes itinérantes semble à la fois révélateur et inquiétant quant aux événements stressants vécus au cours de la dernière année. En effet, les résultats reflètent la précarité de la vie socio-affective, les très gros problèmes professionnels et financiers, la fréquence des ruptures amoureuses, l'importance des problèmes de logement, les fréquentes expériences de victimisation ainsi que la place prise par la maladie grave personnelle. Ainsi, au vu des données recueillies et en considérant que les proportions rapportées pourraient être sous-estimées, le mode de vie itinérant dans la dernière année semble étroitement associé au vécu d'expériences stressantes. Selon Thibeault et autres (1994), les situations de stress inhérentes à la condition de vie itinérante sont effectivement nombreuses; elles sont graves et varient en fonction du contexte sociopolitique et de la période d'étude. Il importera donc de considérer autant les conditions socioéconomiques (politiques de soutien du revenu, situation du logement et du marché du travail, soutien familial et social, violence vécue) que les conditions personnelles (maladies graves : sida, toxicomanie, maladie mentale, etc.) comme déterminantes par rapport au phénomène de l'itinérance.

Il n'existe pas d'étude épidémiologique rapportant la prévalence des événements stressants récents vécus au sein de la population en général du Québec ou du Canada. Dans la mesure où cette section apporte une information nouvelle sur la prévalence des stressseurs psychosociaux dans la population à l'étude, celle-ci demeure donc limitée sur le plan comparatif. Cependant, une

étude menée par Laurin (1998) auprès de personnes SDF mises en parallèle avec un groupe contrôle de personnes domiciliées pauvres apporte quelques éléments de comparaison par rapport à la population en général. En considérant les stressseurs relatifs aux sentiments, à l'emploi et au logement, Laurin obtient des prévalences d'événements stressants pour la dernière année plus élevées chez les SDF que chez les domiciliés pauvres. Ainsi, les stressseurs touchant aux sentiments se révèlent statistiquement 1,6 fois plus fréquents chez les SDF qu'à l'intérieur du groupe contrôle. Quant aux événements stressants concernant l'emploi et le logement, ils se rencontrent respectivement 2,6 et 3 fois plus souvent chez les SDF. Dans la présente étude, les événements stressants intéressant les domaines professionnel ou financier, des relations amoureuses et du logement sont très fréquemment déclarés par les clients actuellement SDF comparativement aux deux autres groupes. L'étude de Laurin (1998) portant sur l'avènement du phénomène de l'itinérance renforce donc nos observations. Suivant Laurin (1998), les événements stressants vécus récemment représentent une rupture de contact avec la famille ou l'entourage. Celle-ci confinerait la personne itinérante à l'isolement et expliquerait en partie l'importance de la prévalence sur les six derniers mois de la dépression chez les SDF. De plus, Laurin (1998) de même que Toro et autres (1995) identifient les différents événements de vie récents comme étant des facteurs précipitants immédiats de l'itinérance.

Parmi la population à l'étude, on ne constate aucune différence significative entre les régions de Montréal-Centre et de Québec en ce qui concerne les événements stressants. En ce qui a trait au sexe, les événements stressants associés au domaine des relations amoureuses se révèlent proportionnellement plus fréquents chez les femmes. Toutefois, les stressseurs psychosociaux se rapportant aux autres domaines événementiels ne présentent aucune sexospécificité.

Parmi la clientèle des ressources pour personnes itinérantes, on observe une variation significative du taux d'événements stressants en fonction de l'âge. De nombreux stressés psychosociaux s'avèrent proportionnellement plus fréquents chez les jeunes que chez les clients âgés de 45 ans et plus. Ainsi, les 18-29 ans sont particulièrement affectés par les problèmes de logement et les problèmes professionnels ou financiers; les problèmes amoureux ainsi que les expériences de victimisation prévalent également chez eux. Quant aux clients âgés de 45 ans et plus, ils se révèlent statistiquement plus touchés que les jeunes par la maladie grave.

La souffrance des itinérants paraît palpable, leur histoire de vie sur le plan des événements stressants et extrêmement stressants vécus récemment est douloureuse, leurs relations sociales et/ou conjugales sont fréquemment coupées, leur problème de logement est majeur. Il s'agit donc d'une pauvreté totale qui peut perdurer. Il pourrait être intéressant de chercher à mieux comprendre la dynamique psychologique qui entoure cet état d'indigence extrême, cette exclusion sociale, cela sur les plans de l'identité, de la dévalorisation, de la difficulté de s'organiser dans le quotidien, de se projeter dans le futur. Ajoutons que cette pauvreté dans les ressources financière, professionnelle, matérielle (logement...) et de soutien social constitue une pauvreté dans le capital social, la personne itinérante manquant de tout : habiletés sociales, aptitudes d'insertion, « biens éducatifs et culturels » (Hagan et McCarthy, 1997, 1998; Poirier et autres, 2000). En l'absence de politiques visant notamment le développement de logements à prix modique, le constat alarmiste des expériences vécues quotidiennement par les personnes itinérantes souligne l'importance stratégique des efforts qui doivent être faits pour mieux comprendre leurs besoins, tenir compte du contexte dans lequel elles vivent et apporter une réponse plus adéquate à leurs problèmes.

En terminant, on peut comprendre, au vu des définitions avancées par l'OMS³ (1986) et

Last⁴ (2001), que l'itinérance avec son lot de stress quotidien nuit formellement à la santé. Au terme d'une analyse approfondie de l'environnement socioéconomique, Santé Canada (1999a et 1999b) révèle, dans le cadre d'un rapport sur la santé de la population en général, plusieurs causes de mauvaise santé liées aux problèmes de logement, d'emploi et de faible revenu, de violence et de maladie. Ces causes relevant du mandat de secteurs extérieurs à la santé (logement, emploi, éducation, justice et autres), Santé Canada a proposé au secteur de la santé d'engager un dialogue intersectoriel et de collaborer aux efforts collectifs afin d'améliorer le bien-être de tous les Canadiens. Toutefois, il est à espérer que le problème de l'itinérance ne soit pas ignoré par ces politiques. Il représente en effet un problème de santé publique majeur requérant de la part des décideurs une attention immédiate et importante. Par ailleurs, les efforts concernant l'arrimage entre, d'une part, les interventions spécialisées nécessaires aux besoins des personnes itinérantes et, d'autre part, les services sociaux, juridiques, de logement et de santé, demeurent actuels.

Enfin, les résultats de cette section orientent la recherche sur l'itinérance vers des questionnements plus spécifiques. Par exemple, quelles sont les formes particulières que revêt la vulnérabilité à l'itinérance en fonction du sexe et de l'âge? Selon Koegel et autres (1995), la vulnérabilité relève de facteurs de risque personnels, situationnels, familiaux, économiques et démographiques, ceux-ci variant selon les groupes d'individus considérés. Ainsi, des combinaisons de stressés spécifiques auraient poussé des femmes, des hommes et des jeunes à devenir itinérants. Une étude plus approfondie de ces stressés et de leur rôle en fonction des groupes d'individus pourrait ultérieurement servir, d'une part, au développement de politiques de santé plus judicieuses destinées en particulier aux itinérants, et, d'autre part, à des pratiques d'intervention plus ciblées.

3. Santé : « dimension essentielle de la qualité de vie, opportunité de faire des choix et d'être satisfait de vivre » (OMS, 1986).

4. Santé : « intégrité anatomique, physiologique, et mentale, capacité à assumer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux, capacité à gérer le stress, sensation de bien-être et absence de risque de maladie ou de décès prématuré » (Last, 2001).

Bibliographie

- BAUMANN, Donald, et Charles GRIEGSBY (1988). *Understanding the homeless: from research to action*, Austin, University of Texas, Hogg Foundation for Mental Health, 35 p.
- BEAUNE, Daniel, et Christian REVEILLERE (1996). *Psychologie clinique et pathologique. Perspective bio-psycho-sociale*, Paris, Gaëtan Morin, 296 p.
- BREAKEY, W. R., et P. J. FISCHER (1990). « Homelessness: the extent of the problem », *Journal of Social Issues*, vol. 46, n° 4, p. 31-47.
- CASTEL, R. (1995). « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et politiques, RIAC*, n° 34, p. 13-23.
- COHEN, S., et T. B. HERBERT (1996). « Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspectives of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, vol. 47, p. 113-142.
- COHEN, S., D. A. TYRELL, et A. P. SMITH (1991). « Psychological stress and susceptibility to the common cold », *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, n° 9, p. 606-612.
- DAVIS, J., et C. KUTTER (1997). « Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women who are homeless: implications for future practice », *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 52, n° 1, p. 39-44.
- DE GAULEJAC, Vincent, et Isabel T. LÉONETTI (1994). *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Paris, Épi, 286 p.
- DUFOUR, R., et B. GARNEAU (2000). « Trois vilains petits canards. Étude sur la filiation de parenté et la désaffiliation sociale », dans : D. LABERGE, *L'errance urbaine*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, p.137-159.
- FOURNIER, Louise et Céline MERCIER (éds) (1996). *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, 341 p.
- GOODMAN, L. A. (1991). « The relationship between social support and family homelessness: a comparison study of homeless and housed mothers », *Journal of Community Psychology*, vol. 19, p. 321-332.
- HAGAN, John, et Bill MCCARTHY (1998). « La théorie du capital social et le renouveau du paradigme des tensions et des opportunités en criminologie sociologique », *Sociologie et Sociétés*, vol. 30, n° 1, p. 1-14.
- HAGAN, John, et Bill MCCARTHY (1997). *Mean streets. Youth crime and homelessness*, New York, Cambridge University Press, 299 p.
- HELLERSTEDT, W. L., et R. W. JEFFERY (1997). « The association between job strain and health behaviours in men and women », *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, n° 3, p. 575-583.
- HOOD, Sheila C., Marie P. BEAUDET, et Gary CATLIN (1996). « La santé. Une question d'attitude », *Rapports sur la santé, Statistique Canada*, n° 82-003 au catalogue, vol. 7, n° 4, p. 27-35.
- HOPPER, K. (1990). « Public shelter as a hybrid institution: homeless men in historical perspective », *Journal of Social Issues*, vol. 46, n° 4, p. 13-29.
- KOEGEL, P., E. MELAMID et A. M. BURNAM (1995). « Childhood risk factors for homelessness among homeless adults », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 12, p. 1642-1649.
- KOVESS, Viviane, et Louise FOURNIER (1990). « The DISSA: an abridged self-administered version of the DIS. Approach by episode », *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 25, p. 179-186.
- LABERGE, Danielle, Mario POIRIER et René CHAREST (1998). « Un étranger dans la cité. La présence de l'itinérant et la représentation de l'itinérance », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 11, n° 1, p. 19-24.

- LAMONTAGNE, Yves et autres (1987). *La jeunesse québécoise et le phénomène des sans-abri*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 77 p.
- LAST, J. (2001). « Needed : tenable values or five to ten more earth-sized planets. Interview by Desmond Avery », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, n° 9, p. 896-897.
- LAURIN, Isabelle (1998). *Facteurs de risque de la condition de sans domicile fixe. Comparaison d'une cohorte de nouveaux sans domicile fixe et d'une cohorte de domiciliés pauvres*, Thèse, Université de Montréal, Département de psychologie, 114 p.
- LESEMANN, Frédéric (1994). « La pauvreté. Aspects sociaux », dans : Fernand DUMONT, Simon LANGLOIS et Yves MARTIN (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 581-604.
- MERCIER, Céline (1996). « Les facteurs explicatifs », dans : Louise FOURNIER, et Céline MERCIER (éds), *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 25-36.
- MORSE, Gary, et autres (1985) Homeless people in St-Louis : A mental health program evaluation, field study, and follow-up investigation State of Missouri, vol. 1, Department of mental health.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). *Ottawa charter for health promotion (HPR)*. First international conference on health promotion, 21 novembre 1986, Ottawa.
- POIRIER, Mario, Raymonde HACHEY et Yves LECOMTE (2000). « L'inquiétante étrangeté de l'itinérance », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, version électronique : www.cam.org/~rsmq/editor/edit_o8.html
- ROY, Shirley (1995). « L'itinérance. Forme exemplaire d'exclusion sociale? », *Lien social et politiques, RIAC*, vol. 34, p. 73-80.
- SANTÉ CANADA (1999a). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Publications Santé Canada, version électronique : www.hc-sc.gc.ca.
- SANTÉ CANADA (1999b). *Rapport statistique su la santé de la population canadienne*, Ottawa, Publications Santé Canada, version électronique : www.statcan.ca.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, Les publications du Québec, Ministère de la Santé et Services sociaux, tome 1, 337 pages.
- SHINN, M., et B. C. WEITZMAN (1990). « Research on homelessness: an introduction », *Journal of Social Issues*, vol. 46, n° 4, p. 1-11.
- SNOW, D. A., et L. ANDERSON (1987). « Identity work among homeless: the verbal construction and avowal of personal identities », *American Journal of Sociology*, vol. 92, n° 6, p. 1336-1371.
- THIBEAULT, Raynald, et autres (1994). *Compilation et classement des actions en regard des grandes fonctions de la santé publique pour l'objectif : Itinérance*, Cahier thématique n° 5, Québec, 11 p.
- TORO, P. A., et autres (1995). « Distinguishing homelessness from poverty: a comparative study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, n° 2, p. 280-289.
- TREMBLAY, Monique (1992). *L'adaptation humaine. Un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin, 314 p.

Chapitre 6

Soutien social

Jean-Pierre Bonin

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Louise Fournier

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Être sans abri signifie plus que le simple fait de ne pas avoir d'endroit fixe pour dormir. Selon Sanders (1999), la perte d'un foyer représente aussi la perte d'une partie de soi, de son histoire lorsque les souvenirs et les relations sont laissés derrière soi. Le soutien social joue un rôle important dans la vie des personnes itinérantes. Ainsi, plusieurs auteurs considèrent que les itinérants adultes manquent généralement de liens sociaux (Bassuk, Rubin et Lauriat, 1986; Morse et Calsyn, 1985; Solarz et Bogat, 1990). De plus, on a souvent utilisé la désaffiliation des personnes itinérantes et leur nombre restreint de relations sociales comme explications à leur situation (Bahr et Caplow, 1974; Fischer, Colson et Susser, 1996). Cependant, Jahiel (1992) considère que, si on constate une évidence d'un réseau social déficient chez les personnes itinérantes, la théorie de la désaffiliation n'a pas vraiment été démontrée.

Par ailleurs, le soutien social joue un rôle important sur le plan de la santé. Ainsi, la présence d'une plus grande quantité de liens avec les autres et la qualité de ceux-ci sont reliées à une meilleure santé, à un plus grand bien-être, et à des niveaux moindres de dépression et d'autres symptômes psychologiques (Cohen et Wills, 1985). On ne sait cependant pas si le soutien social joue un rôle modérateur lors d'une situation de stress intense (*stress-buffering*) ou si cet effet est direct, indépendamment de la présence ou non de stress (Cohen et Wills, 1985; Thoits, 1995; Bates et

Toro, 1999). De plus, on suggère que les effets négatifs du soutien social joueraient aussi un rôle important; ainsi, le fait d'avoir des conflits dans le réseau serait un prédicteur puissant de résultats négatifs sur la santé (Thoits, 1995).

Le présent chapitre vise à décrire le soutien social de la clientèle rencontrée dans les ressources pour personnes itinérantes dans les régions de Montréal-Centre et de Québec lors d'une journée type.

Les caractéristiques du réseau social ont été évaluées à l'aide du *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS; Barrera, 1980). Cet instrument permet de mesurer la taille du réseau de soutien et la satisfaction du répondant face au soutien apporté. Le répondant doit fournir le prénom de personnes qui, dans le dernier mois, lui ont procuré un soutien ayant l'une ou l'autre des six fonctions suivantes : partage des sentiments personnels, assistance physique, aide matérielle, conseils, rétroaction positive et activités sociales. Le nombre de personnes nommées pour l'ensemble des fonctions représente la taille du réseau de soutien social positif. Pour cette partie, le coefficient de fidélité test-retest est de 0,88 (Barrera, 1980). Une question supplémentaire permet d'identifier, parmi les personnes déjà mentionnées, celles qui sont sources de conflits. Le coefficient de fidélité test-retest pour la taille du réseau social conflictuel est de 0,54 (Barrera, 1980). Enfin, la satisfaction face au soutien apporté est évaluée pour chacune des fonctions de soutien positif. Le coefficient de fidélité test-retest pour ce score

global est de 0,69 (Barrera, 1980). Notons que pour la présente recherche, quelques changements ont été apportés afin de réduire la durée de l'entrevue. Les questions couvrant les fonctions d'assistance physique et d'aide matérielle ont été fusionnées, tout comme celles portant sur les conseils et la rétroaction positive.

Dans ce chapitre, les membres du réseau peuvent être des individus ou des groupes identifiés apportant un soutien par rapport à l'une ou l'autre des fonctions.

La taille totale du réseau est le nombre de membres nommés pour l'ensemble des fonctions. Un maximum de 12 membres pouvaient être nommés. La taille totale sera présentée en fonction de trois catégories : 1) aucun membre ou un seul; 2) deux ou trois membres; 3) quatre membres et plus. Le résultat fourni sera la répartition de la clientèle selon ces trois catégories.

Les membres peuvent avoir une relation formelle avec le répondant, c'est-à-dire que le soutien apporté est fait dans le cadre de leur travail (par exemple une infirmière ou un intervenant d'un refuge) ou une relation informelle (par exemple un ami ou les participants à des activités des A. A.). Ainsi, on fournira la répartition de la clientèle selon la taille du réseau informel avec les mêmes catégories que pour la taille totale du réseau et selon la taille du réseau formel avec des catégories plus limitées : 1) aucun membre; 2) un seul membre; 3) deux membres ou plus.

On décrira également la composition du réseau selon le type de liens. Chaque membre du réseau est classé dans l'un des cinq types de liens suivants : 1) membre de la famille; 2) ami, connaissance ou voisin; 3) lien individuel formel; 4) lien de groupe formel; et 5) lien de groupe informel. Nous avons ensuite procédé à une estimation par le quotient pour l'ensemble des répondants, le numérateur étant le nombre total de membres d'un type de liens donné et le dénominateur, le nombre total des membres des réseaux.

La taille du réseau a également été calculée pour chacune des cinq fonctions du réseau : 1) partage des sentiments personnels, 2) assistance physique et matérielle, 3) conseils et rétroaction positive, 4) activités sociales, et 5) interactions négatives (sources de conflits). Les résultats portent sur la répartition de la clientèle selon la taille du réseau pour chacune des fonctions en utilisant les trois catégories suivantes : 1) aucun membre; 2) un seul membre; 3) deux membres ou plus.

Enfin, la satisfaction est évaluée relativement à chaque fonction du soutien social. Pour chacune de ces fonctions, le répondant devait dire : 1) s'il aurait voulu recevoir beaucoup ou un peu plus de soutien ou 2) si le soutien était suffisant.

Notons que la section de l'enquête portant sur le soutien social affiche un taux de non-réponse partielle de 10,5 % et qu'il est probable que les personnes ayant omis cette section présentent plus de troubles mentaux que les autres, puisque cette partie du questionnaire arrivait vers la fin de l'entrevue. On peut supposer, en accord avec une recension de Fournier (1996) que les personnes ayant des troubles mentaux ont un réseau social plus limité. Cependant, la présente étude n'a pas permis d'identifier de différences entre la taille du réseau des personnes atteintes de troubles mentaux et celle des personnes n'ayant pas de tels troubles.

6.1 Taille du réseau

Parmi les clients fréquentant les ressources pour personnes itinérantes lors d'une journée type, environ 40 % comptent quatre membres ou plus dans leur réseau de soutien (tableau 6.1). Par ailleurs, 22 % des clients ne nommeront aucun membre ou qu'un seul. Si l'on s'en tient uniquement aux relations informelles, ce sont près des trois quarts des clients qui se retrouvent dans cette situation et, environ le tiers de la clientèle n'a aucun membre informel sur qui compter. Les relations formelles sont donc loin d'être négligeables dans la vie de cette population et d'ailleurs, plus de 40 % des clients

mentionnent au moins un membre avec qui ils ont ce type de relation.

Les femmes semblent avoir un réseau social plus développé que les hommes. En effet, elles sont relativement moins nombreuses à présenter un réseau inexistant ou formé d'une seule personne et plus nombreuses à nommer quatre membres ou plus. On note également qu'une plus grande proportion de femmes que d'hommes nomment deux membres formels ou plus.

Plus l'âge augmente, plus le réseau social semble réduit. Par exemple, on notera la proportion relativement plus grande de jeunes (18 à 29 ans) bénéficiant d'un réseau social de quatre personnes ou plus (55 % contre 42 % et 33 % pour les personnes des autres groupes d'âge). Aucune différence significative n'apparaît selon le statut domiciliaire ou la région.

6.2 Lien avec les membres du réseau

Le réseau social de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes se compose majoritairement (59 %) d'amis, de connaissances ou de voisins (tableau 6.2); dans 18 % des cas, il s'agit de membres de la famille et dans 17 % des cas de personnes avec qui la relation est formelle. Notons toutefois que les femmes semblent avoir un réseau plus diversifié avec des proportions plus élevées de relations familiales ou de relations individuelles formelles tandis que les hommes ont des réseaux plus majoritairement (62 %) composés d'amis, de connaissances ou de voisins. Par ailleurs, on constate une différence significative entre les groupes d'âge concernant la proportion de liens familiaux, les plus jeunes ayant davantage ce type de liens.

Tableau 6.1
Taille du réseau de soutien selon le sexe et l'âge (n = 678)

	Sexe		Âge			Total
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus	
			%			
Total des membres du réseau ^{1, 2}						
0 ou 1 membre	23,5	9,7**	12,3**	21,3*	27,7	21,5
2 ou 3 membres	37,8	33,1*	32,5*	37,2	39,8	37,1
4 membres et plus	38,7	57,2	55,3	41,6	32,5	41,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Membres informels						
aucun membre	34,4	20,9*	24,3*	32,0	37,7	32,5
1 membre	38,2	47,5	39,8	39,2	40,5	39,6
2 membres et plus	27,4	31,6*	35,9	28,8	21,7*	28,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Membres formels ¹						
aucun membre	60,2	41,3	55,5	52,5	64,6	57,5
1 membre	24,1	23,8*	21,4*	29,6	18,8*	24,1
2 membres et plus	15,7	34,9*	23,1*	17,9*	16,6**	18,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. $p < 0,05$ selon le sexe.

2. $p < 0,05$ selon l'âge.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau 6.2

Lien avec les membres du réseau selon le sexe et l'âge (n = 678)

	Sexe		Âge			Total
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus	
	%					
Famille ^{1,2}	15,7	27,1	23,6	14,9	16,7*	17,7
Ami, connaissance, voisin ¹	62,0	42,3	54,3	61,8	56,7	58,6
Individu formel ¹	15,0	25,7	16,2	16,7	18,0*	16,9
Groupe formel ¹	5,9*	1,7**	4,0**	5,0*	6,6**	5,2*
Groupe informel	1,3**	3,2**	1,8**	1,5**	1,9**	1,7**

1. $p < 0,05$ selon le sexe.

2. $p < 0,05$ selon l'âge.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

6.3 Fonctions du réseau

Le tiers de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes n'a personne avec qui partager ses sentiments personnels et il en est de même lorsqu'il s'agit de recevoir des conseils ou une rétroaction positive (tableau 6.3). Sur le plan des activités sociales, ce sont près de quatre clients sur dix qui n'arrivent pas à nommer une seule personne alors que sur celui de l'assistance physique et matérielle, cela s'applique à près de la moitié de la clientèle. Après avoir mentionné un certain nombre de personnes qui leur apportent un soutien positif, 41 % des clients avoueront qu'ils ont au moins un membre avec qui ils ont également des conflits.

Comme on l'a vu, les femmes ont un réseau social plus grand que les hommes. On observe le même type de différence significative lorsqu'il est plus spécifiquement question de sentiments personnels, de conseils et rétroaction positive ou d'aide matérielle et d'assistance physique.

La proportion de clients recevant de l'aide matérielle et de l'assistance physique d'au moins un membre semble diminuer avec l'âge; elle passe de 66 % chez les 18-29 ans à 53 % chez le groupe d'âge intermédiaire et à 47 % chez les 45 ans et plus. Il en va de même pour la proportion de clients ayant au moins un membre

avec lequel ils vivent des interactions négatives : elle est d'environ la moitié chez les clients de 18 à 29 ans, de 44 % chez ceux de 30 à 44 ans et de 32 % chez ceux de 45 ans et plus.

Par ailleurs, il ressort (tableau 6.4) qu'environ 60 % des personnes jugent suffisant le soutien relié à la plupart des fonctions. La satisfaction liée aux activités sociales semble plus faible, environ la moitié de la population considérant comme suffisant ce type de soutien. Parmi les sous-groupes, une seule différence est significative : les personnes de 30 à 44 ans sont relativement moins nombreuses à juger l'assistance physique et matérielle comme étant suffisante. On observe aussi une tendance semblable par rapport aux conseils et à la rétroaction positive.

Tableau 6.3

Nombre de membres du réseau par fonction selon le sexe et l'âge (n = 678)

	Sexe		Âge			Total
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus	
	%					
Sentiments personnels¹						
aucun membre	37,3	12,7**	24,3*	36,5	36,6	33,8
1 membre	29,6	36,0*	31,2*	28,7	32,2	30,3
2 membres ou plus	33,1	51,2	44,5	34,8	31,2	35,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Assistance physique et matérielle^{1,2}						
aucun membre	49,7	27,5*	34,2*	47,2	53,1	46,5
1 membre	31,2	41,5*	33,9*	33,7	31,2	32,6
2 membres ou plus	19,2	31,0*	31,9*	19,1*	15,7*	20,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Conseils et rétroaction positive¹						
aucun membre	35,8	19,6**	22,1*	35,3	38,7	33,4
1 membre	34,3	30,6*	37,0*	33,1	32,6	33,7
2 membres ou plus	29,9	49,8	40,9	31,6	28,7	32,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Activités sociales						
aucun membre	39,5	30,0*	30,1*	36,6	44,9	38,2
1 membre	35,6	39,7*	42,0	39,3	29,6	36,2
2 membres ou plus	24,9	30,3*	27,9*	24,1	25,6*	25,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Interactions négatives²						
aucun membre	59,8	50,8	47,5	55,9	68,0	58,4
1 membre	33,8	38,5*	43,1	39,0	24,5*	34,3
2 membres ou plus	6,4*	10,7**	9,3**	5,1**	7,5**	7,3*
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. $p < 0,05$ selon le sexe.2. $p < 0,05$ selon l'âge.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau 6.4

Satisfaction relativement au réseau de soutien selon l'âge

	Âge			Total
	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus	
	%			
Sentiments personnels (n = 642)				
Voudrait plus	38,0*	35,4	35,5	35,8
Suffisant	62,0	64,6	64,5	64,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Assistance physique et matérielle (n= 633) ¹				
Voudrait plus	25,4*	41,8	26,5*	32,8
Suffisant	74,6	58,2	73,5	67,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Conseils et rétroaction positive (n = 632)				
Voudrait plus	35,3*	45,7	32,1	38,4
Suffisant	64,7	54,3	67,9	61,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Activités sociales (n = 636)				
Voudrait plus	41,1	52,1	50,5	49,1
Suffisant	58,9	47,9	49,5	50,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

1. $p < 0,05$ selon l'âge.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Discussion

Ce chapitre apporte des précisions quant à la composition du réseau de soutien social de la clientèle fréquentant les ressources pour personnes itinérantes lors d'une journée type.

Les résultats montrent que le tiers de cette clientèle n'a aucun membre informel (famille, ami, connaissance ou voisin) sur qui compter pour partager ses sentiments personnels, pour recevoir des conseils ou avoir de la rétroaction positive, pour faire des activités sociales ou pour recevoir une aide physique ou matérielle. Pour 40 % de la clientèle, il n'y a qu'un seul membre informel pouvant remplir l'une ou l'autre de ces fonctions. Ainsi, tout au moins en apparence, le soutien social d'une grande partie de cette clientèle apparaît comme extrêmement limité. Par ailleurs, on note que le réseau formel (par exemple les intervenants) y pourvoit en partie. Malgré cela, la moitié des clients souhaiteraient

avoir plus de soutien sur le plan des activités sociales et c'est également le cas du tiers des personnes par rapport au partage des sentiments, relativement aux conseils ou à la rétroaction positive et en ce qui a trait à l'aide matérielle et physique.

Les femmes itinérantes ont un réseau de soutien plus large que les hommes, et ce, pour le nombre total de membres et pour le nombre de membres formels. Par ailleurs, ce soutien apparaît plus grand chez elles particulièrement dans le domaine des sentiments personnels, celui des conseils et de la rétroaction positive et celui de l'assistance physique et matérielle. Ces mêmes types de distinctions entre hommes et femmes ont également été observés dans d'autres études (Leavy, 1983; Fournier, 1991; Turner et Marino, 1994; Goering et autres, 1992; Sanders, 1999). Par exemple, Sanders (1999) souligne que les femmes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont un plus grand réseau social, reçoivent plus

d'aide matérielle de la part des professionnels et plus d'aide de type soutien émotionnel que les hommes dans la même situation. Fournier (1991) rapportait aussi que les femmes avaient plus d'échanges de type conseils que les hommes. Le fait que le nombre de membres formels est plus élevé chez les femmes que les hommes est congruent avec celui qu'elles utilisent plus les services qu'eux (Bonin et Fournier, 2001). Enfin, les femmes de la présente étude comptent en proportion plus de contacts avec la famille que les hommes alors que ces derniers en comptent plus avec des amis. Cela concorde avec les résultats de Leavy (1983), selon lesquels les hommes itinérants ont plus tendance à avoir des amis que des membres de la famille dans leur réseau.

Un certain nombre de différences ont également été observées en fonction de l'âge des clients. Les plus jeunes (18-29 ans) par rapport aux clients des autres groupes d'âge ont un réseau social plus grand et qui est composé en moyenne d'une plus forte proportion de membres de la famille. Leur réseau comprend également un plus grand nombre de personnes pouvant leur apporter un soutien physique et matériel. Par contre, c'est chez ce groupe d'âge que l'on observe la plus forte proportion de relations conflictuelles au sein de son réseau. Fournier (1991) rapportait aussi que les moins de 30 ans comptaient significativement plus de personnes dans leur réseau que les autres groupes. Peu d'autres études se sont intéressées à ce groupe d'âge particulier. La plus forte présence de liens conflictuels dans le réseau des jeunes pourrait être associée au fait qu'ils ont plus de problèmes de drogues (Fournier, Bonin, Poirier et Ostoj, 2001). En effet, une étude récente de Galaif, Nyamathi et Stein (1999) a montré un lien entre, d'une part, la présence d'interactions négatives et, d'autre part, l'utilisation actuelle de drogues et la dépendance physique aux drogues.

Bibliographie

BAHR, Howard M. et Theodore CAPLOW (1974). *Old men drunk and sober*, New York, New York University Press, 407 p.

BARRERA, M. J. (1980). « A method for the assessment of social support networks in community survey research », *Connections*, vol. 3, p. 8-13.

BASSUK, E. L., L. RUBIN et A. LAURIAT (1986). « Characteristics of sheltered homeless families », *American Journal of Public Health*, vol. 76, n° 9, p. 1097-1101.

BATES, Debbie S. et Paul A. TORO (1999). « Developing measures to assess social support among homeless and poor people », *Journal of Community Psychology*, vol. 27, n° 2, p. 137-156.

BONIN, Jean-Pierre et Louise FOURNIER (2001). « Utilisation des services de santé mentale », dans : Louise FOURNIER, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 127-138.

COHEN, S., et T. A. WILLS (1985). « Stress, social support and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, vol. 98, n° 2, p. 310-357.

FISCHER, Pamela J., Paul COLSON et Ezra SUSSE (1996). « Homeless and mental health services », dans : W. R. BREAKEY (éd.), *Integrated Mental Health Services, Modern Community Psychiatry*, New York, Oxford University Press, p. 384-403.

FOURNIER, Louise et autres (2001). « Santé mentale », dans : Louise FOURNIER, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, p. 107-126.

FOURNIER, Louise (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*, Verdun, Québec, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 161 p. et 152 p.

- FOURNIER, Louise (1996). « Santé mentale », dans : Louise FOURNIER et Céline MERCIER, *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 119-162.
- GALAIF, Elisha R., Adeline M. NYAMATHI et Judith A. STEIN (1999). « Psychosocial predictors of current drug use, drug problems, and physical drug dependence in homeless women », *Addictive Behavior*, vol. 24, n° 6, p. 801-814.
- GOERING, P., et autres (1992). « Gender differences among clients of a case management program for the homeless », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 2, p. 160-165.
- JAHIEL, Rene I. (1992). « The definition and significance of homelessness in the United States », dans : R. I. JAHIEL (éd.), *Homelessness. A prevention-oriented approach*, Baltimore, MD, The John Hopkins University Press, p. 1-10.
- LEAVY, R. I. (1983). « Social support and psychological disorder: a review », *Journal of Community Psychology*, vol. 11, p. 3-21.
- MORSE, G., et R. J. CALSYN (1985). « Mentally disturbed homeless people in St. Louis: Needy, willing, but underserved », *International Journal of Mental Health*, vol. 14, n° 4, p. 74-94.
- SANDERS, Luella E. (1999). *Gender differences in utilization of social support among homeless individuals who have a serious mental illness*, Thèse doctorale publiée en 1999, Wichita State University, 130 p.
- SOLARZ, A., et G. A. BOGAT (1990). « When social support fails: The homeless », *Journal of Community Psychology*, vol. 18, p. 79-96.
- THOITS, P. A. (1995). « Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? », *Journal of Health and Social Behavior, (Extra Issue)*, p. 53-79.
- TURNER, R. J., et F. MARINO (1994). « Social support and social structure: a descriptive epidemiology », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, n° 3, p. 193-212.

Chapitre 7

Comportement criminel

Gilles Côté

Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal
et Université du Québec à Trois-Rivières

Louise Fournier

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Les personnes sans domicile fixe (SDF) connaîtraient plus de démêlés avec le système judiciaire que les personnes issues de la population en général (voir Fournier, 1996, pour un relevé des écrits scientifiques sur le sujet; Benda, 1990; Burt, 1992; Burt et Cohen, 1989; Floyd, 1995; Goering, Tolomiczenko, Sheldon, Boydell et Wasylenski, 2002; McGilloway et Donnelly, 2001). Toutefois, il demeure difficile de conclure sur le lien qui existe entre l'état de sans domicile fixe (SDF) et le comportement criminel, ainsi que conclut Fournier (1996). Une recherche exhaustive à partir des principales bases bibliographiques permet d'affirmer à nouveau que la situation n'a pas réellement changé depuis la parution de l'ouvrage. Dans les faits, très peu d'études portent spécifiquement sur le thème proprement dit des SDF et du comportement criminel. Les contacts avec la justice et le comportement criminel sont souvent présentés en association avec la symptomatologie ou les troubles mentaux; Stuart et Arboleda-Florez (2000) observent que le pourcentage de SDF ayant déjà été incarcérés augmente en fonction du nombre de symptômes psychiatriques. Il semble quand même reconnu que la situation même de SDF favorise la survenance d'actes criminels (McCarthy et Hagan, 1991). Sans pour autant pouvoir véritablement conclure, diverses hypothèses ont été émises pour expliquer ce fait. Trois hypothèses principales ressortent (voir la synthèse de Snow, Baker et Anderson, 1989). Leur comportement dérange (consommation d'alcool

sur la voie publique, état mental de certains d'entre eux qui les amène à vociférer, etc.), de sorte qu'une criminalisation desdites conduites permettrait de les retirer de la rue. Certains mentionnent également une stigmatisation de ces individus, ce qui amène les policiers à porter une attention particulière à ces derniers. Finalement, il appert que les conditions de vie difficiles vécues par les individus SDF amènent à l'occasion ces derniers à commettre des délits, généralement mineurs, dans un but d'adaptation à la situation. À ce chapitre, il suffit de penser au vol à l'étalage pour se nourrir ou à l'entrée par effraction dans un immeuble abandonné pour passer la nuit. En ce sens, cela peut expliquer le fait que ceux qui sont dans la rue commettent plus de délits que ceux rencontrés dans les refuges (La Gory, Fitzpatrick et Ritchey, 1990) étant donné qu'ils doivent éventuellement recourir davantage à ce type de mesures pour manger et assurer leur survie. Mais les délits ne se limiteraient pas toujours à des comportements antisociaux plus ou moins sérieux. Les comportements d'agression sont assez fréquents (North, Smith et Spitznagel, 1994). Kipke, Simon, Montgomery, Unger et Iversen (1997) observent que, dans leur échantillon de jeunes sans domicile fixe (13 à 23 ans), 25 % ont déjà attaqué quelqu'un avec un couteau et 22 % ont déjà tiré sur quelqu'un (« *having shot at someone* »).

La plupart de ces études sont américaines, quelques-unes canadiennes (Goering et autres, 2002; Stuart et Arboleda-Florez, 2000), mais qu'en est-il de la situation québécoise? Une seule étude québécoise a abordé la question

(Fournier, 1991), se limitant à identifier le pourcentage de la clientèle des missions et refuges de Montréal ayant séjourné en prison ou au poste de police dans les douze mois précédents. La présente enquête est plus large. Elle permet de cerner la prévalence des problèmes judiciaires rencontrés par la clientèle journalière type ayant fréquenté les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour recevant des personnes itinérantes entre décembre 1998 et août 1999, et ce, dans les régions de Montréal-Centre et de la Communauté-Urbaine-de-Québec.

En ce qui a trait au thème spécifique du comportement criminel, le taux de non-réponse partielle est de l'ordre de 8 %. Sur ce dernier aspect, il n'y a pas de différence statistiquement significative lorsque les comparaisons sont effectuées en fonction des variables région, statut domiciliaire, sexe et âge.

7.1 Contacts avec le système judiciaire au cours de la vie

La grande majorité de la clientèle journalière des centres d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour pour itinérants connaît des démêlés avec le système judiciaire (tableau 7.1). À un moment ou un autre de leur vie, 80 % de ces personnes ont été arrêtées. Les hommes (84 %) ont été davantage arrêtés que les femmes (58 %) (tableau C.7.1). Aucune différence statistiquement significative n'est observée en ce qui a trait au taux d'arrestation à vie considéré en fonction de la région, du statut domiciliaire ou de la catégorie d'âge.

Une proportion importante des personnes ont été arrêtées la première fois au moment de l'adolescence, soit entre les âges de 12 et 17 ans (39 %). Néanmoins, pour la majorité (53 %), cet événement se situe à l'âge adulte. Un taux d'environ 8 % est observé pour une première arrestation avant l'âge de 12 ans, alors que la loi ne permet pas encore de poursuite légale contre l'enfant.

Parmi les clients qui ont déjà été arrêtés, 85 % ont été reconnus coupables d'un délit. Une reconnaissance de culpabilité par les tribunaux est plus souvent observée chez les personnes SDF (89 %) ou ex-SDF (87 %) que chez celles qui ne l'ont jamais été (71 %). Les clients de la région de Montréal-Centre (89 %) sont relativement plus nombreux à avoir été reconnus coupables que ceux de la région de Québec (80 %). En proportion, davantage d'hommes (88 %) que de femmes (61 %) l'ont été. Enfin, la clientèle plus âgée a été davantage reconnue coupable, soit respectivement 90 % et 86 % des groupes d'âge 30-44 ans et 45 ans et plus, alors que le taux est de 75 % dans le cas des plus jeunes.

Au moins une fois, 86 % de la clientèle reconnue coupable d'un délit a été condamnée à une sentence de détention. Dans les faits, 70 % de ces personnes ont été emprisonnées plus d'une fois, voire plusieurs fois. Les sentences de détention se rencontrent davantage chez les personnes SDF (86 %) ou ex-SDF (92 %), alors qu'elles sont moins observées chez celles qui n'ont jamais été SDF (68 %). Encore une fois, ce sont surtout les hommes qui se voient attribuer pareille sanction (89 % comparativement à environ 56 % chez les femmes).

Tableau 7.1

Contacts avec le système judiciaire au cours de la vie selon la région et le statut domiciliaire

	Région		Statut domiciliaire			Total
	Montréal- Centre	Québec	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
%						
Arrestation (n = 688 ^a)						
Oui	79,8	80,8	87,2	85,8	58,2	80,2
Non	20,2	19,2*	12,8*	14,2*	41,8	19,8
Âge 1 ^{re} arrestation (n = 536 ^b)						
6-11 ans	10,7*	3,4**	10,2**	8,8**	0,5	8,0*
12-17 ans	34,4	46,4	43,6	37,9	31,3*	38,9
18-24 ans	27,8	22,5*	25,9*	27,4	20,9**	25,8
25 ans et plus	27,0	27,7*	20,3*	25,9	47,2*	27,3
Culpabilité reconnue ^{1,2} (n = 542 ^b)						
Oui	88,5	79,6	88,7	87,1	71,2	85,2
Non	11,5*	20,4*	11,3**	12,9*	28,8*	14,8
Emprisonnement ² (n = 463 ^c)						
Oui	84,6	89,6	85,6	91,9	68,0	86,3
Non	15,4*	10,4**	14,4**	8,1**	32,0**	13,7*
Nombre de fois (n = 381 ^d)						
1 fois	27,9	33,2*	16,8**	33,9	55,0*	29,9
2-3 fois	31,6	27,3*	34,5*	29,2*	18,9**	30,0
4-8 fois	24,8*	23,7*	28,6*	22,4*	19,1**	24,4
9 fois et plus	15,7*	15,9**	20,1*	14,5*	7,0**	15,8*
Durée ² (n = 386 ^d)						
0-1 mois	34,4	42,9	25,6*	39,1	71,7	37,5
2-11 mois	14,4*	18,6*	12,5**	19,6*	9,9**	15,9*
12-47 mois	25,8	25,4*	30,8*	26,1*	5,8**	25,7
48 mois et plus	25,4*	13,0**	31,1*	15,2*	12,7**	20,9

1. $p < 0,05$ selon la région.

2. $p < 0,05$ selon le statut domiciliaire.

a. Parmi l'ensemble de la clientèle.

b. Parmi les personnes qui ont été arrêtées au cours de la vie.

c. Parmi les personnes qui ont été condamnées au cours de la vie.

d. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours de la vie.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Pour une proportion importante de la clientèle ayant été reconnue coupable et incarcérée, la durée totale d'emprisonnement est limitée, soit moins d'un mois dans 38 % des cas. Il est manifeste que les clients qui n'ont jamais été SDF ont été emprisonnés pour une période plus courte de détention, 72 % l'ayant été au total pour un mois ou moins, comparativement à environ 26 % et 39 % chez les SDF actuels et les ex-SDF respectivement. Ce sont les personnes actuellement SDF qui ont accumulé la période la plus longue de détention, environ trois personnes sur dix ayant été emprisonnées entre 12 et

47 mois, et trois autres l'ayant été pour une période de 48 mois ou plus. À titre de comparaison, ces taux sont autour de 6 % et de 13 % chez les personnes qui n'ont jamais connu d'état de SDF. Sur le plan de la durée d'emprisonnement, les régions ne se distinguent pas significativement. Il en va de même pour le sexe et l'âge. Dans ce dernier cas, il importe de souligner que, étant donné qu'il s'agit de la somme des diverses périodes d'incarcération, on s'attend à ce que les participants plus âgés aient un temps d'incarcération total plus élevé.

7.2 Contacts avec le système judiciaire au cours des douze derniers mois

Jusqu'à maintenant, les données ont porté sur l'ensemble de la vie. Qu'en a-t-il été au cours des douze derniers mois? Parmi les clients qui ont déjà été arrêtés par la police, un pourcentage appréciable (40 %) l'ont été au cours de cette dernière période (tableau 7.2). Ce sont principalement les personnes qui connaissent actuellement un état de SDF qui ont été arrêtées au cours de cette période (54 %) comparativement aux individus ex-SDF (38 %) et à ceux qui n'ont jamais connu pareille situation (environ 14 %). Il est particulièrement révélateur de noter que ce sont aussi les clients plus jeunes (61 % dans la catégorie des 18-29 ans, comparativement à 41 % et autour de 27 % respectivement pour les catégories 30-44 ans et 45 ans et plus) qui ont davantage été arrêtés au cours des douze derniers mois (tableau C.7.2).

Par ailleurs, les distinctions établies sur la base de la région et du sexe n'indiquent pas de tendances significatives.

Parmi les personnes reconnues coupables et emprisonnées à un moment ou un autre, 29 % l'ont été au cours des douze derniers mois, et ce, pour une durée totale de un à sept jours dans environ 36 % des cas. Toutefois, et il s'agit d'un résultat très intéressant, près de la moitié de ces personnes, soit 47 %, ont été emprisonnées pour un mois ou plus. L'emprisonnement a principalement eu lieu chez les personnes SDF (42 %) comparativement chez les ex-SDF (environ 23 %) et, aux personnes qui n'ont jamais été SDF (autour de 10 %). Aucune différence statistiquement significative ne peut être observée selon la région, le sexe ou l'âge, et ce, que l'on considère l'emprisonnement ou la durée de l'emprisonnement.

Tableau 7.2

Contacts avec le système judiciaire au cours des 12 derniers mois selon la région et le statut domiciliaire

	Région		Statut domiciliaire			Total
	Montréal-Centre	Québec	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
			%			
Arrestation ¹ (n = 544 ^a)						
Oui	39,5	41,2	54,2	38,0	14,2**	40,1
Non	60,5	58,8	45,8	62,0	85,8	59,9
Emprisonnement ¹ (n = 389 ^b)						
Oui	28,0	30,0*	41,7	23,2*	9,5**	28,7
Non	72,0	70,0	58,3	76,8	90,5	71,3
Durée (n = 126 ^c)						
1-7 jours	36,2*	35,9**	39,2*	31,9**	36,4**	36,1*
8-29 jours	21,0**	11,5**	20,2**	14,7**	6,3**	17,4**
30 jours et plus	42,8*	52,6*	40,6*	53,4*	57,3**	46,5

1. $p < 0,05$ selon le statut domiciliaire.

a. Parmi les personnes qui ont été arrêtées au cours de la vie.

b. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours de la vie.

c. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999* – Volume 2.

7.3 Gravité des gestes antisociaux

Qu'en est-il des actes qui ont amené les tribunaux à reconnaître coupable et à emprisonner une bonne partie de la clientèle des refuges, des soupes populaires et des centres de jour pour SDF? Examinons le délit principal qui est à l'origine de leur dernier séjour en prison (tableau 7.3). La majeure partie des clients ont été emprisonnés à la suite d'un délit contre la propriété (38 %); toutefois, une proportion relativement importante l'a été à la suite d'un délit violent (22 %), soit approximativement un client emprisonné sur cinq. Mentionnons que la définition de délits violents est basée sur la classification établie par Statistique Canada (Statistique Canada, 2002). En l'occurrence, les délits regroupés concernent le meurtre, la tentative de meurtre, les voies de fait, le vol à main armée, la séquestration, le port d'armes prohibées, la bagarre, l'agression armée, etc. Certaines réponses étaient plus difficiles à

classifier, telle la « violence verbale »; sous l'angle de la menace, cela peut constituer une voie de fait. Les délits sexuels sont considérés comme des délits violents. Quant aux délits contre la propriété, il s'agit essentiellement de vols, de vandalisme, de fraude, de recel, de délits de fuite, d'incendies. Pour presque le quart de la population, l'emprisonnement est relié à une mesure dite ici administrative; celle-ci porte par exemple sur le fait de ne pas avoir payé une amende, de ne pas s'être présenté en cour, d'avoir manqué à un engagement alors que la personne était en probation, d'avoir conduit sans permis, etc. Un délit relié à la drogue est le motif d'emprisonnement dans environ 6 % des cas. Les comportements qui menacent l'ordre public constituent le motif du dernier emprisonnement dans environ 9 % des cas. Il est intéressant de noter que quelques-uns ne reconnaissent pas les faits, affirmant soit avoir été emprisonnés par erreur, soit avoir été emprisonnés parce qu'ils n'ont pas coopéré avec le corps policier, etc.

Tableau 7.3

Type de délit ayant donné lieu au dernier emprisonnement selon la région et le statut domiciliaire (n = 386^a)

	Région		Statut domiciliaire			Total
	Montréal-Centre	Québec	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
	%					
Délit violent	26,6	13,3**	27,5*	19,8*	9,7**	21,6
Délit contre la propriété	36,4	41,6	38,6	41,3	23,6**	38,3
Drogue	4,6**	9,4**	7,0**	6,2**	5,4**	6,4**
Ordre public	5,7**	13,2**	1,1**	12,0**	18,3**	8,5*
Motif administratif	24,6*	20,3*	22,5*	19,2*	43,0**	23,0
Non-reconnaissance des faits	2,0**	2,2**	3,3**	1,6**	0,0	2,1**
Délits regroupés ^{b, 1}						
De type violent	27,2	13,6**	28,4*	20,1*	9,7**	22,1
De type non violent	72,8	86,4	71,6	79,9	90,3	77,9

1. $p < 0,05$ selon la région.

a. Parmi les personnes qui ont été reconnues coupables et emprisonnées au cours de la vie.

b. Les données portant sur la non-reconnaissance des faits sont ici considérées comme des données manquantes, ce qui explique la variation des pourcentages par rapport à ce qui est présenté plus haut.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Aucune différence ne rencontre le niveau de signification statistique à ce chapitre, que ce soit au regard de la région administrative, du statut domiciliaire, du sexe ou de l'âge (tableau C.7.3). Cela n'est peut-être pas surprenant, étant donné le nombre (6) de catégories retenues pour la classification des délits. Ces données descriptives sont néanmoins utiles eu égard aux diverses théories explicatives pour rendre compte du nombre élevé de contacts des SDF avec le système policier et judiciaire, notamment en ce qui a trait à l'hypothèse de la criminalisation des actes perturbateurs de cette clientèle, d'une part, et en ce qui a trait à l'hypothèse de la faible gravité des gestes criminels posés par ces derniers, d'autre part. Si les délits non violents sont regroupés (délits contre la propriété, délits liés à la drogue, délits portant atteinte à l'ordre public, emprisonnement justifié par un motif administratif lié, par exemple, au manquement à des conditions de libération sur parole), une différence statistiquement significative est observée sur le plan des différences régionales (tableau 7.3). Chez les clients de la région de Montréal, le motif du dernier emprisonnement est plus souvent justifié par un crime violent, comparativement à ce qui est observé chez ceux de la région de Québec.

7.4 Contacts actuels avec le système judiciaire

L'analyse de cette section s'appuie sur le fait de connaître présentement des problèmes avec la justice (question C9). Toutefois, il est apparu que les sauts de question prévus dans le questionnaire posaient un certain nombre de difficultés. Ainsi, si un individu répondait non à la première question (C1: Avez-vous déjà été arrêté par la police?), le protocole prévoyait de passer immédiatement à la question C9. Un individu peut, par exemple, être recherché par la police, donc n'avoir pas été arrêté, et considérer avoir présentement des problèmes avec la justice. Par contre, il s'avère que des individus présentement en probation (C7) ou en libération conditionnelle (C8) n'ont pas répondu « oui » à la question C9. Il se peut, qu'étant en règle, ils ne considéraient

pas avoir des problèmes avec la justice. De notre point de vue, nous avons considéré l'inverse. Il a donc été décidé que, pour les fins de l'analyse, les personnes qui étaient en probation (C7) ou en libération conditionnelle (C8) connaissaient présentement des problèmes avec la justice.¹

Dans l'ensemble, près de 30 % de la clientèle journalière type des ressources pour personnes itinérantes connaissaient, au moment de l'enquête, des problèmes avec la justice (tableau 7.4). Ce sont principalement les clients SDF qui connaissaient pareils problèmes. Ainsi, 43 % des SDF actuels vivaient cette situation, comparativement à 29 % chez les ex-SDF et 12 % chez les personnes qui n'ont jamais été SDF. En ce qui a trait à l'âge, le pourcentage décroît à mesure que l'âge augmente : 44 % chez les 18-29 ans, 36 % chez les 30-44 ans et 15 % chez les 45 ans et plus (tableau C.7.4).

Parmi les personnes qui connaissaient au moment de l'enquête des problèmes avec la justice, 55 % étaient en probation ou en libération conditionnelle. À ce chapitre, aucune différence statistiquement significative au regard de la région, du statut domiciliaire, du sexe ou de l'âge n'a pu être constatée.

7.5 Comportements perturbateurs et situation de résidence

Les problèmes de comportement sont susceptibles d'affecter l'accessibilité à des ressources résidentielles. Le fait d'avoir été emprisonné risque-t-il de laisser la personne sans toit, à la rue? Le fait d'avoir un comportement perturbateur, dérangeant, provocateur, peut amener un refuge ou un centre communautaire à refuser l'accès. L'enquête conduite auprès de la clientèle des refuges, soupes populaires et centres de jour pour itinérants fournit quelques indices à ce chapitre (tableau 7.5).

1. Goering et autres (2002) considèrent le fait d'être en probation ou en libération conditionnelle comme un problème légal actuel : "current legal problems, such as probation or parole" (p. 1473).

Tableau 7.4

Contacts avec le système judiciaire selon la région et le statut domiciliaire (mesures actuelles)

	Région		Statut domiciliaire			Total
	Montréal- Centre	Québec	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
%						
Problèmes actuels avec la justice ¹ (n = 681 ^a)						
Oui	31,0	27,6	42,7	28,5	12,8**	29,8
Non	69,0	72,4	57,3	71,5	87,2	70,2
Probation/libération conditionnelle (actuellement) (n = 192 ^b)						
Oui	49,0	65,7	57,3	58,6	20,9**	54,7
Non	51,0	34,3*	42,7*	41,4*	79,1*	45,3

1. p < 0,05 selon le statut domiciliaire.

a. Parmi l'ensemble de la clientèle.

b. Parmi les personnes qui connaissent des problèmes actuels avec la justice.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau 7.5

Comportements perturbateurs et situation de résidence selon la région et le statut domiciliaire

	Région		Statut domiciliaire			Total
	Montréal- Centre	Québec	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
%						
Résidence à la sortie de prison (n = 387 ^a)						
Résidence	63,5	60,6	58,1	61,6	81,3	62,4
Sans abri	36,5	39,4	41,9	38,4	18,7**	37,6
Exclusion d'une ressource ¹ (vie) (n = 686 ^b)						
Oui	16,2*	9,6**	24,8*	10,5*	3,3**	13,8
Non	83,8	90,4	75,2	89,5	96,7	86,2
Problèmes à trouver un toit pour dormir (n = 99 ^c)						
Oui	34,9*	20,2**	32,6**	32,9**	2,0**	31,1*
Non	65,1	79,8	67,4	67,1*	98,0	68,9
Exclusion d'une ressource (actuellement) (n = 98 ^c)						
Oui	36,8*	26,3**	45,2*	18,5**	0,0	34,0*
Non	63,2	73,7*	54,8*	81,5	100,0	66,0

1. p < 0,05 selon le statut domiciliaire.

a. Parmi les personnes qui ont été reconnues coupables et emprisonnées au cours de la vie.

b. Parmi l'ensemble de la clientèle.

c. Parmi les personnes qui ont déjà été exclues d'une ressource.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Au moment de leur sortie, les personnes qui avaient été reconnues coupables et incarcérées se sont retrouvées sans abri dans une proportion de 38 %; il s'agit d'individus qui ont passé leur première nuit à l'extérieur des murs de la prison dans un refuge, dans un terminus d'autobus ou une gare de train, dans une cabane abandonnée ou, tout simplement, « à la belle étoile ». En contrepartie, 62 % ont pu bénéficier d'une résidence pour leur première nuit. Sous l'appellation « résidence », il est fait référence au propre logement de la personne, à celui d'un ami ou d'un membre de la famille, à un appartement supervisé, à une maison de transition, à une maison de thérapie, à un hôpital, voire même à un hôtel.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que les refuges et les ressources communautaires possèdent un seuil de tolérance assez élevé. Très peu de personnes (14 %) ont été exclues de l'une de ces ressources à un moment ou à un autre de leur vie. Naturellement, cet indice est peu adapté pour les personnes qui n'ont jamais connu de situation de SDF bien que, dans les faits, pareille situation soit observée. À cet égard, il est important de rappeler la définition de la clientèle, laquelle inclut les clients des soupes populaires; ces derniers auraient pu faire appel à une ressource communautaire sans pouvoir y accéder. Les personnes SDF au moment de l'étude reconnaissent dans une plus grande proportion (environ 25 %) avoir été exclues de ce type de ressources, comparativement à celles qui ont jadis connu pareille situation de SDF (autour de 11 %). Pratiquement aucune femme ne l'a été (environ 3 %), alors que le taux s'élève à 16 % dans le cas des hommes (tableau C.7.5).

Parmi les individus qui ont été exclus d'une ressource communautaire ou d'un refuge, environ le tiers faisait l'objet d'une telle exclusion au moment de l'enquête. En ce qui a trait au statut domiciliaire, on s'attend à ce que les personnes qui ne connaissent pas d'état de SDF au moment de l'enquête soient moins susceptibles de se voir refuser l'accès à un refuge ou à un centre communautaire; le résultat est lié à la définition même des sous-groupes. Aucune différence

statistiquement significative n'est ici observée en ce qui a trait aux variables région, sexe et âge.

Finalement, les personnes qui ont été exclues à un moment ou à un autre d'un refuge ou d'un centre communautaire ont connu un problème à trouver un endroit pour dormir dans environ 31 % des cas. Ici encore, il n'y a pas de différence statistiquement significative au regard de la région, du statut domiciliaire, du sexe et de l'âge.

7.6 Mesures judiciaires sur la base de l'ensemble de la clientèle

Les mesures judiciaires ont été présentées jusqu'à maintenant en référence à des sous-ensembles de personnes; ainsi, les personnes reconnues coupables ont été considérées parmi celles qui ont été arrêtées. Cette façon de procéder permet de bien saisir la procédure légale et les résultats de ladite procédure légale. Par exemple, dans le cas de la situation rapportée à la phrase précédente, cela permet de savoir dans quelle proportion l'arrestation se justifiait. Toutefois, il est intéressant de considérer les divers indices en utilisant l'ensemble de la clientèle comme dénominateur (tableau 7.6). Cette façon d'analyser les données répond à des questions différentes. Ainsi, eu égard à l'exemple retenu, il s'agit d'établir le taux général de condamnations pour l'ensemble de la clientèle. Il ne s'agit plus du suivi du processus, mais d'un tableau épidémiologique proprement dit.

Ainsi, lorsque l'on considère l'ensemble de la clientèle, 80 % des personnes ont déjà été arrêtées à un moment ou un autre au cours de leur vie et, pour 34 %, cet état de fait s'est présenté au cours des douze derniers mois. Tout près de 60 % de la clientèle a déjà été condamnée et emprisonnée alors qu'environ 17 % de celle-ci l'a été au cours des douze derniers mois. Au moment de l'enquête, 30 % connaissent des problèmes avec la justice. Dans l'ensemble, 17 % de la clientèle était astreinte à des mesures spécifiques d'encadrement liées à la probation ou à la libération conditionnelle.

Tableau 7.6

Mesures judiciaires dans la population des centres d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour pour itinérants

Variable	Ensemble de la clientèle	Sous-ensemble
	%	
Arrestation (vie)		
Oui	80,2	80,2 ^a
Non	19,8	19,8
Arrestation (12 mois)		
Oui	33,8	40,1 ^b
Non	66,2	59,9
Culpabilité reconnue		
Oui	68,2	85,2 ^b
Non	31,8	14,8
Emprisonnement (vie)		
Oui	59,0	86,3 ^c
Non	41,0	13,7 [*]
Emprisonnement (12 mois)		
Oui	17,0	28,7 ^d
Non	83,0	71,3
Problèmes actuels avec la justice ¹		
Oui	29,8	29,8 ^a
Non	70,2	70,2
Probation/libération conditionnelle (actuellement)		
Oui	16,9	54,7 ^e
Non	83,1	45,3

1. Cela inclut ici les personnes qui se disent en probation ou en libération conditionnelle : variable C9 corrigée.

a. Parmi l'ensemble de la clientèle.

b. Parmi les personnes qui ont été arrêtées au cours de la vie.

c. Parmi les personnes qui ont été condamnées au cours de la vie.

d. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours de la vie.

e. Parmi les personnes qui connaissent des problèmes actuels avec la justice.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Discussion

Le comportement criminel est très largement répandu parmi la clientèle des refuges, soupes populaires et centres de jour pour itinérants. Les taux d'arrestation et de condamnation sont tout à fait comparables à ce qui est observé dans d'autres études (Benda, 1990; Burt, 1992; Burt et Cohen, 1989; Fischer, 1992; Floyd, 1995; divers résultats rapportés par Fournier, 1996). Ainsi, 80 % de la clientèle des centres d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour pour itinérants a été arrêtée par la police au cours de sa vie. Dans la majeure partie des cas, la culpabilité a été reconnue par le système judiciaire. La très grande majorité des personnes qui ont été reconnues coupables ont,

entre autres, été emprisonnées à un moment ou un autre au cours de leur vie (86 %), ce qui représente 59 % de l'ensemble de la clientèle. Ces contacts judiciaires se rencontrent principalement chez les hommes, bien que parmi les femmes arrêtées et reconnues coupables, près de 60 % ont été emprisonnées. Pour une part substantielle des personnes ceux qui ont été condamnées et incarcérées, la durée totale de détention à vie demeure très limitée, soit un mois ou moins. À noter que cette dernière observation est particulièrement présente chez les clients qui n'ont jamais été SDF. Les pourcentages de personnes SDF et ex-SDF reconnues coupables ou incarcérées sont nettement plus élevés que ceux observés chez celles qui n'ont jamais été SDF. Cette observation tend à appuyer

l'affirmation de McCarthy et Hagan (1991) selon laquelle l'itinérance est en elle-même un facteur « criminogène ». Toutefois, avant de pouvoir conclure réellement, il importe de vérifier si les personnes qui se retrouvent en situation de SDF ne sont pas caractérisées d'emblée par des traits de personnalité antisociale.

Certes, parmi les clients arrêtés, les clients plus âgés ont été plus souvent reconnus coupables que les plus jeunes, mais la probabilité est accrue en raison de l'âge. En ne considérant que l'arrestation au cours des douze derniers mois, il appert ici que ce sont les jeunes de 18 à 29 ans qui ont davantage à vivre cette mesure judiciaire.

Les délits commis par la population concernée sont généralement non violents, ce qui s'accorde avec ce qui est rapporté dans les écrits scientifiques. Toutefois, le fait que pratiquement un client condamné ayant fait un séjour en prison sur cinq ait déjà été condamné pour un délit violent indique que les délits violents sont quand même assez fréquents parmi cette clientèle. À tout le moins, nous ne saurions mettre uniquement l'accent sur la non-gravité des délits, comme le fait Fischer (1992). Même les délits plus graves ne résulteraient pas, selon elle, d'une intentionnalité, mais davantage d'accidents de parcours lors d'un geste criminel plus anodin (ex. : incendiat dans une demeure abandonnée, alors que l'individu cherchait à se réchauffer en allumant un feu). Pour leur part, North, Smith et Spitznagel (1994) constatent que les comportements violents sont régulièrement observés parmi cette clientèle, comportements qui s'expliqueraient en partie par le contexte de vie des SDF, mais en partie également par les facteurs qui les prédisposent à devenir SDF. Parmi ceux-ci, il est fait référence au trouble de la personnalité antisociale et aux troubles liés à l'alcool et aux drogues. En ce qui a trait à la présente enquête, le pourcentage de délits violents est pratiquement identique à ce qui est rapporté par Kipke et autres (1997), soit autour de 22 %.

Le tableau général qui se dégage ici du comportement criminel observé reste limité puisqu'il porte uniquement sur les contacts judiciaires. Des analyses ultérieures devraient mettre en lien ces observations avec la présence de troubles mentaux, incluant ceux liés aux substances psychoactives et les troubles de la personnalité. Dans la littérature scientifique, il est reconnu qu'il s'agit là de facteurs associés importants.

Finalement, il est intéressant de souligner la qualité de l'accueil manifesté par les intervenants des refuges et centres communautaires. Malgré le tableau général de problèmes de comportement, 80 % des clients ayant déjà été arrêtés, très peu d'entre eux ont été refusés dans les refuges et centres communautaires. Cette dernière observation témoigne de la tolérance et de l'accueil de ces ressources.

Bibliographie

- BENDA, B. B. (1990). « Crime, drug abuse and mental illness: A comparison of homeless men and women », *Journal of Social Service Research*, vol. 13, n° 3, p. 39-60.
- BURT, Martha R. (1992). *Over the edge: The growth of homelessness in the 1980s*, New York, Russell Sage Foundation, 267 p.
- BURT, Martha R., et Barbara E. COHEN (1989). *America's homeless: Numbers, characteristics, and programs that serve them*, Washington, The Urban Institute Press, 176 p.
- FISCHER, P. J. (1992). « The criminalization of homelessness », dans : Majorie J. ROBERTSON et Milton GREENBLATT (Eds), *Homelessness: A national perspective*, New York, Plenum Press, 357 p.
- FLOYD, J. E. (1995). *A sociological portrait of the homeless population in a moderate sized city: Macon, Georgia*, Lewiston, New York, Edwin Mellen Press, 177 p.

- FOURNIER, Louise (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*, Verdun, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 161 p.
- FOURNIER, Louise (1996). « Criminalité et santé mentale », dans : FOURNIER, Louise et Céline MERCIER, *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 201-212.
- GOERING, P., et autres (2002). « Characteristics of persons who are homeless for the first time », *Psychiatric Services*, vol. 53, p. 1472-1474.
- KIPKE, M. D., et autres (1997). « Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets », *Journal of Adolescent Health*, vol. 20, n° 5, p. 360-367.
- LA GORY, M., K. FITZPATRICK et F. RITCHEY (1990). « Homeless persons: Differences between those living on the street and in shelters », *Sociology and Sociological Research*, vol. 74, p. 162-167.
- MCCARTHY, B., et J. HAGAN (1991). « Homelessness: A criminogenic situation », *British Journal of Criminology*, vol. 31, p. 393-410.
- MCGILLOWAY, S., et M. DONNELLY (2001). « Prevalence and nature of mental health problems among single, homeless people in Belfast, Northern Ireland », *International Journal of Mental Health*, vol. 30, p. 40-49.
- NORTH, C. S., E. M. SMITH et E. L. SPITZNAGEL (1994). « Violence and the homeless: An epidemiologic study of victimization and aggression », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 7, p. 95-110.
- SNOW, D. A., S. G. BAKER et L. ANDERSON (1989). « Criminality and homeless men: An empirical assessment », *Social Problems*, vol. 36, p. 532-549.
- STATISTIQUE CANADA (2002). « Statistiques de la criminalité au Canada, 2001 », *Juristat*, vol. 22, n° 6, p. 1-24.
- STUART, H. L., et J. ARBOLEDA-FLOREZ (2000). « Homeless shelter users in the postdeinstitutionalization era », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, p. 55-62.

Tableaux complémentaires

Tableau C.7.1

Contactés avec le système judiciaire au cours de la vie selon le sexe et l'âge

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Arrestation ¹ (n = 688 ^a)					
Oui	83,9	57,8	81,0	83,1	77,0
Non	16,1	42,2*	19,0*	16,9*	23,0*
Âge 1 ^{re} arrestation ² (n = 536 ^b)					
6-11 ans	8,4*	4,6**	10,4**	9,9**	4,2**
12-17 ans	39,0	38,6*	51,3	40,0	29,7*
18-24 ans	26,8	17,1**	31,9*	27,7	20,0*
25 ans et plus	25,8	39,8*	6,3**	22,4*	46,1
Culpabilité reconnue ^{1,2} (n = 542 ^b)					
Oui	87,9	61,0*	74,7	90,0	86,0
Non	12,1*	39,0*	25,3*	10,0**	14,0*
Emprisonnement ¹ (n = 463 ^c)					
Oui	88,7	56,2*	84,3	88,8	84,1
Non	11,3*	43,8**	15,7**	11,2**	15,9**
Nombre de fois (n = 381 ^d)					
1 fois	29,3	41,6**	43,0*	19,3*	37,0*
2-3 fois	30,4	22,4**	27,2**	31,9*	29,0*
4-8 fois	24,7	17,6**	25,9**	25,7*	21,7*
9 fois et plus	15,6*	18,4**	3,9**	23,0*	12,3**
Durée (n = 386 ^d)					
0-1 mois	37,5	37,7**	52,0*	28,6*	42,2
2-11 mois	16,4*	6,3**	18,3**	14,8*	16,2**
12-47 mois	25,1	37,4**	22,0**	30,8*	20,5*
48 mois et plus	21,0	18,5**	7,7**	25,8*	21,1*

1. $p < 0,05$ selon le sexe.

2. $p < 0,05$ selon l'âge.

a. Parmi l'ensemble de la clientèle.

b. Parmi les personnes qui ont été arrêtées au cours de la vie.

c. Parmi les personnes qui ont été condamnées au cours de la vie.

d. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours de la vie.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau C.7.2

Contacts avec le système judiciaire au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Arrestation ¹ (n = 544 ^a)					
Oui	41,0	32,0**	60,9	40,8	26,9*
Non	59,0	68,0	39,1*	59,2	73,1
Emprisonnement (n = 389 ^b)					
Oui	28,5	33,6**	36,6*	33,9	17,3**
Non	71,5	66,4*	63,4	66,1	82,7
Durée (n = 126 ^c)					
1-7 jours	37,8*	5,0**	68,0*	18,1**	49,6**
8-29 jours	18,1	5,0**	2,1**	21,7**	22,9**
30 jours et plus	44,0	90,0*	30,0**	60,1	27,5**

1. $p < 0,05$ selon l'âge.

a. Parmi les personnes qui ont été arrêtées au cours de la vie.

b. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours de la vie.

c. Parmi les personnes qui ont été condamnées et emprisonnées au cours des 12 derniers mois.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau C.7.3

Type de délit ayant donné lieu au dernier emprisonnement selon le sexe et l'âge (n = 386^a)

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Délit violent	21,3	27,9**	18,2**	24,9*	19,0*
Délit contre la propriété	37,9	46,9**	26,3**	36,1	47,4
Drogue	6,4**	6,8**	12,5**	5,7**	4,3**
Ordre public	8,9*	0,0	2,6**	7,3**	13,1**
Motif administratif	23,2	18,5**	40,5*	22,4*	15,1**
Non-reconnaissance des faits	2,2**	0,0	0,0	3,6**	1,0**
Délits regroupés ^b					
De type violent	21,8	27,9**	18,2**	25,8*	19,2*
De type non violent	78,2	72,1*	81,8	74,2	80,8

a. Parmi les personnes qui ont été reconnues coupables et emprisonnées au cours de la vie.

b. Les données portant sur la non-reconnaissance des faits sont ici considérées comme des données manquantes, ce qui explique la variation des pourcentages par rapport à ce qui est présenté plus haut.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau C.7.4

Contacts avec le système judiciaire selon le sexe et l'âge (mesures actuelles)

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Problèmes actuels avec la justice ¹ (n = 681 ^a)					
Oui	31,0	22,1**	44,2	35,9	14,5
Non	69,0	77,9	55,8	64,1	85,5
Probation/libération conditionnelle (actuellement) (n = 192 ^b)					
Oui	55,6	44,8**	68,7	46,0*	57,5*
Non	44,4	55,2**	31,3**	54,0	42,5**

1. $p < 0,05$ selon l'âge.

a. Parmi l'ensemble de la clientèle.

b. Parmi les personnes qui connaissent des problèmes actuels avec la justice.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Tableau C.7.5

Comportements perturbateurs et situation de résidence selon le sexe et l'âge

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Résidence à la sortie de prison (n = 387 ^a)					
Résidence	62,7	56,7**	68,2	62,6	59,3
Sans abri	37,3	43,3**	31,8*	37,4	40,7
Exclusion d'une ressource ¹ (vie) (n = 686 ^b)					
Oui	15,6	2,7**	18,7*	10,6*	14,8*
Non	84,4	97,3	81,3	89,4	85,2
Problèmes à trouver un toit pour dormir (n = 99 ^c)					
Oui	30,6*	49,3**	42,8**	31,3**	22,3**
Non	69,4	50,7**	57,2*	68,7*	77,7
Exclusion d'une ressource (actuellement) (n = 98 ^c)					
Oui	33,5*	51,5**	26,9**	34,5**	39,0**
Non	66,5	48,5**	73,1*	65,5*	61,0*

1. $p < 0,05$ selon le sexe.

a. Parmi les personnes qui ont été reconnues coupables et emprisonnées au cours de la vie.

b. Parmi l'ensemble de la clientèle.

c. Parmi les personnes qui ont déjà été exclues d'une ressource.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Recours à un traitement pour un problème d'alcool ou de drogues

Véronique Lapaige
Louise Fournier

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Précarité existentielle, judiciarisation, problèmes mentaux ou organiques, l'itinérance comporte de nombreux écueils. Les toxicophilies n'échappent pas à la règle. Diverses enquêtes épidémiologiques citées par Mercier (1996) révèlent que de nombreuses personnes itinérantes souffrent d'une consommation importante voire abusive d'alcool et/ou de drogues. La prévalence au cours de la vie des troubles liés à l'usage d'une substance au sein de la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes s'élève à 66 %, les prévalences de l'abus ou de la dépendance à l'alcool d'une part, de l'abus ou de la dépendance aux drogues d'autre part, sont respectivement de 50 % et 48 % (Fournier et autres, 2001). Ces derniers chiffres s'avèrent nettement supérieurs aux données comparatives établies pour la population montréalaise en général, où les prévalences des troubles mesurés sur le cours de la vie sont approximativement de 5 % pour ceux liés à l'usage de l'alcool et également de 5 % pour ceux liés à l'usage de drogues (Fournier et autres, 2002). Pour les douze derniers mois, la prévalence des troubles liés à l'usage d'une substance au sein de la population cible est d'environ 33 % et 31 % pour l'alcool et la drogue respectivement, contre quelque 2 % pour l'alcool comme pour la drogue au sein de la population en général (Fournier et autres, 2002). La prévalence élevée des troubles liés à l'usage d'une substance au sein de la population à l'étude, constatée pour le cours de la vie comme pour la période de 12 mois précédant l'enquête, invite dès lors au

questionnement suivant : face à de tels besoins, qu'en est-il du recours aux services d'aide et de désaccoutumance? Les personnes à l'étude bénéficient-elles ou ont-elles déjà reçu un traitement à l'interne¹ : ont-elles suivi une cure de désintoxication? Comment les modalités de cet indicateur de traitement varient-elles en fonction de l'âge, du sexe, du statut domiciliaire et de la région de la population cible considérée? Ces personnes ont-elles par ailleurs consulté un médecin ou un autre professionnel pour un problème d'alcool ou de drogues? L'objectif visé dans ce chapitre est de fournir un aperçu de l'utilisation des services relativement à un problème d'alcool ou de drogues par la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec.

La section du questionnaire relative à l'utilisation des services de soins pour problèmes d'alcool et de drogues provient de l'instrument élaboré par Fournier (1991). Celui-ci est construit sur la base de trois instruments utilisés antérieurement auprès de populations itinérantes, soit le questionnaire de Farr et collaborateurs (1986), celui de l'équipe de Morse (1985) et celui de l'équipe de Roth (1985).

Dans le présent chapitre, le taux de non-réponse partielle se situe entre 8,2 % et 9,4 %. Les personnes ayant des troubles mentaux étant relativement plus nombreuses à avoir mis fin à l'entrevue avant la fin, nous avons effectué certaines analyses permettant de voir l'impact de

1. Dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital.

leur non-réponse sur les résultats présentés dans ce chapitre. Elles ont permis de confirmer le caractère négligeable de cet impact.

8.1 Recours à un traitement quelconque pour un problème d'alcool ou de drogues

Les données présentées dans cette section portent sur l'utilisation des services au cours de la vie.

Parmi la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes, environ 4 personnes sur 10 affirment avoir déjà reçu un traitement pour un problème d'alcool ou de drogues (tableau 8.1). La proportion de personnes traitées varie significativement suivant le statut domiciliaire. Ainsi, 53 % des clients actuellement SDF ont déjà

eu recours aux services comparativement au 43 % des personnes ex-SDF et au moins 20 % des personnes n'ayant jamais été SDF. De même, on observe une différence selon le sexe : 44 % des hommes déclarent avoir reçu un traitement pour un problème d'alcool ou de drogues contre 27 % des femmes (tableau C.8.1). Enfin, l'âge apparaît significativement associé à l'utilisation d'un tel traitement, les clients appartenant au groupe d'âge intermédiaire (30 à 44 ans) se montrant relativement plus nombreux à avoir reçu un traitement que leurs homologues des deux autres groupes d'âge. En effet, environ un client d'âge intermédiaire sur deux a eu recours aux services thérapeutiques contre 36 % et 29 % chez les clients des deux autres groupes d'âge.

Tableau 8.1

Traitement pour un problème d'alcool ou de drogues au cours de la vie selon le statut domiciliaire

	Statut domiciliaire			Total
	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
	%			
Traitement pour un problème d'alcool ou de drogues (n = 695) ¹				
Non	46,6	57,1	79,6	58,6
Oui	53,4	42,9	20,4 *	41,4
Type de problème (n = 308)				
Alcool seulement	20,5 *	32,7 *	44,6 **	28,7
Drogues seulement	26,6 *	23,6 *	37,4 **	26,4
Alcool et drogues	52,9	43,6	18,0 **	44,9
Date du dernier traitement pour un problème d'alcool ou de drogues (n = 307)				
Moins de deux semaines	8,7 **	12,2 **	18,3 **	11,4 *
Entre deux semaines et un an	26,9 *	18,7 **	16,0 **	22,0 *
Plus d'un an	64,3	69,1	65,8 *	66,6

1. $p < 0,01$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2*.

Les clients traités peuvent l'avoir été seulement pour un problème d'alcool, seulement pour un problème de drogues ou encore ils peuvent l'avoir été pour les deux problèmes, que ce soit de manière simultanée dans une même session de traitement ou pour un problème à la fois à des moments différents. Ainsi, une partie substantielle des personnes traitées (45 %) déclare que les deux problèmes étaient en cause (tableau 8.1) alors que respectivement 29 % et 26 % rapportent avoir été traités pour un problème isolé, soit d'alcool soit de drogues. Seul l'âge interagit significativement avec le type de problème (tableau C.8.1). Ainsi, la demande de traitement pour un problème isolé d'alcool apparaît proportionnellement plus élevée chez les personnes âgées de 45 ans et plus. Chez les jeunes de moins de 30 ans, un problème de drogues est presque toujours en cause (99,8 %), soit comme problème unique (44 %) soit en combinaison avec un problème d'alcool (56 %). Les personnes du groupe d'âge intermédiaire se situent un peu entre celles des deux autres groupes mais ressemblent davantage aux plus jeunes qu'aux plus âgées.

Pour les deux tiers des clients traités, le dernier traitement remonte à plus d'un an (tableau 8.1). Pour les autres, il date de moins de deux semaines² (11 %) ou se situe dans une période variant entre deux semaines et un an (22 %). Relativement au laps de temps écoulé depuis le dernier traitement, aucune différence significative n'est observée en fonction de la région, du statut domiciliaire ou du sexe. Une tendance ($p = 0,081$) est toutefois constatée suivant l'âge : les jeunes clients (18-29 ans) semblent relativement plus nombreux que les autres à avoir été traités au cours de la dernière année (tableau C.8.1).

8.2 Séjour dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital

Parmi les clients traités, 89 % déclarent avoir séjourné dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital (tableau 8.2). Aucune différence significative n'est observée selon la région, le statut domiciliaire, le sexe et l'âge.

Parmi la population traitée à l'interne, il n'y a eu qu'un seul séjour pour 36 % des personnes; il y en a eu deux ou trois pour 32 % et quatre ou plus pour 31 % d'entre elles (tableau 8.2). Sur ce plan, la seule différence observée l'est en fonction du statut domiciliaire. Les SDF actuels sont relativement moins nombreux à avoir fait un séjour unique, ils sont environ 40 % à en avoir fait deux ou trois et près de 40 % à en cumuler quatre ou plus. À l'opposé, les personnes qui n'ont jamais été SDF sont proportionnellement plus nombreuses que les SDF actuels à n'avoir fait qu'un séjour et beaucoup moins (16 %) à en avoir fait quatre ou plus. Les ex-SDF, pour leur part, se situent un peu entre les deux avec toutefois 50 % d'entre eux n'ayant fait qu'un séjour.

Le dernier séjour dans un centre spécialisé a pris fin il y a plus d'un an chez 7 personnes sur 10 (tableau 8.2). Environ le quart des clients (27 %) a terminé le dernier séjour à l'intérieur d'une période s'étalant de deux semaines à un an tandis que pour très peu de personnes (3 %), la fin du dernier séjour remonte à moins de deux semaines. Aucune différence significative n'est observée en fonction des différents sous-groupes quels que soient les croisements effectués.

2. Dans ce cas, le traitement peut être en cours.

Tableau 8.2

Séjour dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital selon le statut domiciliaire (parmi les personnes ayant reçu un traitement)

	Statut domiciliaire			Total
	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
	%			
Séjour dans un centre spécialisé (n = 307)				
Non	6,6 **	12,1 **	22,0 **	10,8 *
Oui	93,4	87,9	78,0	89,2
Nombre de séjours dans un centre spécialisé (n = 270) ¹				
Un seul séjour	20,9 **	50,0	45,0 **	36,3
Deux ou trois séjours	41,6 *	21,5 **	39,2 **	32,3
Quatre séjours et plus	37,5 *	28,5 *	15,8 **	31,4
Fin du dernier séjour dans un centre spécialisé (n = 273)				
Moins de deux semaines	5,0 **	0,6	8,5 **	3,3 **
De deux semaines à un an	32,3 *	24,3 *	16,0 **	27,0
Plus d'un an	62,7	75,1	75,5 *	69,6

1. $p < 0,05$.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2*.

Relativement à la durée du dernier séjour dans un centre spécialisé, la clientèle à l'étude se répartit comme suit : 39 % des personnes rapportent une durée de quatre à douze semaines tandis que chez 29 % et 32 % des clients, elle est respectivement de moins de quatre semaines et de treize semaines et plus (données non présentées). La majorité des clients (97 %) affirmaient être d'accord de séjourner dans un centre spécialisé. Toutefois, pour un client sur dix ayant effectué un tel séjour, ce dernier faisait suite à un jugement. En outre, une large proportion (85 %) des clients ont jugé utile leur séjour dans un centre spécialisé. Enfin, les lieux où les clients ont passé la première nuit en sortant du centre spécialisé se présentent de la manière suivante : 33 % des personnes ont dormi chez des amis, dans leur famille ou dans un hôtel, 23 % dans un logement, 21 % dans un refuge, 8 % dans un endroit de fortune ou à l'extérieur et les autres ont dormi dans des endroits variés comme en prison, à l'hôpital ou en maison de réinsertion.

8.3 Consultation d'un professionnel au cours de la vie

Environ une personne à l'étude sur cinq (21 %) déclare avoir déjà consulté un médecin ou un autre professionnel pour un problème d'alcool ou de drogues, cela sans considérer le ou les intervenants rencontrés lors du ou des séjours dans un centre, une clinique ou un hôpital (tableau 8.3). La région, le sexe ou l'âge ne sont pas reliés de manière significative au fait d'avoir consulté. On observe cependant une tendance ($p = 0,064$) chez les clients ex-SDF et actuellement SDF à consulter en plus grande proportion que leurs homologues n'ayant jamais été SDF (tableau 8.3).

Tableau 8.3

Consultation d'un professionnel au cours de la vie pour un problème d'alcool ou de drogues selon le statut domiciliaire (n = 693)

	Statut domiciliaire			Total
	SDF actuel	Ex-SDF	Jamais SDF	
	%			
Non	76,2	76,0	87,9	78,7
Oui	23,8 *	24,0	12,1 **	21,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Discussion

Au sein de la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes, près de 4 personnes sur 10 ont déjà eu recours à un traitement pour un problème d'alcool ou de drogues et le tiers des personnes traitées l'étaient au cours de la dernière année, soit environ 13 % de l'ensemble de la clientèle. Malgré leur importance, les taux de clients traités au cours de la vie et de la dernière année demeurent inférieurs aux prévalences des troubles liés à l'usage d'une substance pour les mêmes périodes : 66 % pour le cours de la vie et 46 % pour la dernière année (Fournier et autres, 2001). Ainsi, il apparaît que le taux d'utilisation est beaucoup plus faible que le niveau des besoins³, et ce, particulièrement pour la dernière période de douze mois.

Parmi les clients traités au cours de la vie, 45 % l'ont été pour une polytoxicomanie (alcool et drogues), soit environ 19 % de l'ensemble de la clientèle. Cela peut être mis en relation avec le taux de polytoxicomanie atteignant 32 % au sein de la clientèle pour la même période de référence.

3. On ne peut faire une équation directe entre le diagnostic et le besoin de soins mais cela représente tout de même une bonne indication.

Au vu des données recueillies, une large part des besoins de la population itinérante sur le plan du traitement pour des problèmes d'alcool et de drogues demeurent donc insatisfaits. D'autres résultats semblent renforcer le doute quant à l'efficacité des soins : par exemple, la proportion élevée de séjours répétés à l'interne (64 % des personnes traitées dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital) ou encore le faible 23 % de clients traités à l'interne qui retourne dans leur logement à la fin du dernier séjour.

Aucune différence significative entre les régions de Montréal-Centre et de Québec n'a été observée. Par contre, le ratio d'utilisation des services varie significativement selon le sexe, l'âge et le statut domiciliaire.

Les hommes se révèlent ainsi proportionnellement de plus grands utilisateurs de services que les femmes au cours de la vie : 44 % contre 27 %. Cela n'étonne pas dans la mesure où la prévalence au cours de la vie des troubles liés à l'usage d'une substance est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, soit 69 % contre 50 % (Fournier et autres, 2001).

Par rapport à l'âge, on constate que le taux d'utilisation des services au cours de la vie est à son maximum chez les personnes de 30 à 44 ans; environ une personne sur deux dans ce groupe d'âge a bénéficié d'un traitement en toxicomanie comparativement à une sur trois dans les deux autres groupes. Ce résultat est quelque peu étonnant étant donné que les jeunes (18-29 ans) et les personnes du groupe d'âge intermédiaire ont des prévalences similaires pour ce type de troubles (72 %). Par contre, que les clients plus âgés aient eu moins recours à un traitement en toxicomanie que ceux du groupe d'âge intermédiaire est un résultat plus attendu, compte tenu de la plus faible prévalence des troubles liés à l'usage de substances observée (56 %). Cela laisse supposer que l'écart entre les besoins et l'utilisation des services serait plus important chez les jeunes clients (moins de 30 ans). Il se peut que cela soit attribuable au fait que la décision de se faire traiter vienne plusieurs années après le début du problème.

Les résultats de la présente enquête révèlent également que le type de problème traité varie en fonction de la tranche d'âge considérée. Un traitement pour un problème isolé d'alcool est relativement plus fréquent chez les clients âgés de 45 ans et plus tandis qu'un traitement pour les deux types de problèmes (alcool et drogues) se rencontre relativement plus souvent chez les moins de 45 ans. Chez les jeunes (18-29 ans), le traitement impliquait pratiquement toujours un problème de drogues, qu'il soit isolé ou combiné avec un problème d'alcool. Ces résultats reflètent en bonne partie ce qui est observé par rapport à la prévalence de ces différents types de troubles : la prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool est à peu près identique dans les trois groupes d'âge alors que celle des troubles liés à l'usage de drogues est beaucoup plus élevée chez les moins de 45 ans.

Relativement au statut domiciliaire, le ratio de personnes traitées s'avère beaucoup plus faible chez les clients n'ayant jamais été SDF. On observe la même tendance pour la consultation d'un professionnel. Cela est congruent avec la prévalence moindre des troubles liés à l'usage de substances chez ce sous-groupe. Parmi les personnes traitées, on note également que celles n'ayant jamais été SDF sont relativement moins nombreuses à avoir été traitées pour les deux types de problèmes. Cela est probablement attribuable à l'âge plus avancé des personnes de ce groupe domiciliaire. Enfin, notons un dernier constat par rapport au statut domiciliaire : chez les personnes qui ont déjà été traitées à l'interne dans un centre spécialisé, une clinique ou un hôpital, celles actuellement SDF sont relativement plus nombreuses à cumuler un plus grand nombre de séjours. Dans ce cas-ci, l'explication n'est pas évidente. Une plus grande instabilité résidentielle amène-t-elle le client à opter plus souvent pour le traitement? De nombreux traitements sont-ils le reflet d'un problème plus difficile à traiter et qui tend à maintenir la personne dans la condition de sans domicile fixe? Ou encore, sont-ils la conséquence de traitements inadéquats ou insuffisants en ce qui concerne le suivi lors de la sortie? On a vu le faible pourcentage de personnes se retrouvant

dans leur propre logement à la suite d'un traitement à l'interne. Ces questions restent malheureusement ici sans réponse.

Les données présentées dans ce chapitre, particulièrement celles sur les séjours de traitement répétés et sur le faible pourcentage de personnes qui se retrouvent dans une situation résidentielle stable après un tel traitement, suscitent la réflexion. Une action à court terme, parcellaire et « normalisante », comme un séjour isolé à l'interne, semble remettre en question l'efficacité d'un modèle de services axé prioritairement sur l'aspect médical. Le traitement de l'abus ou de la dépendance à une substance s'inscrit habituellement dans le moyen et long terme, comprenant outre la cure de sevrage proprement dite, un programme de réadaptation. Par ailleurs, ce traitement est souvent ponctué de phases d'abstinence et de périodes de rechute, ces dernières étant largement tributaires des facteurs mentaux et organiques, des événements de vie et des stress rencontrés. Or, s'il est une situation particulièrement stressante, c'est bien la désocialisation typique que vivent les itinérants. Il s'est constitué chez les itinérants toxicophiles une véritable dépendance sociale tout aussi contraignante que la dépendance physique et psychique due aux problèmes d'alcool et de drogues. Une intervention isolée n'apparaît pas suffisante pour remédier aux problèmes d'alcool ou de drogues chez les personnes itinérantes. Ainsi, il pourrait s'avérer important de comprendre davantage le phénomène de l'itinérance d'un point de vue dynamique afin de considérer l'intervention de désintoxication à l'intérieur d'une démarche holistique plus adaptée aux besoins de la clientèle. En outre, il serait peut-être intéressant d'orienter la démarche des soins suivant le groupe d'appartenance des clients et ses besoins spécifiques (sexe, groupe d'âge, existence d'un logement, etc.). Les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à une substance ne représentent qu'une des multiples facettes du problème de l'itinérance (Mercier, 1996). Mercier (1996) souligne également la complexité de la réalité thérapeutique en matière de toxicomanie. Ainsi,

les clients sont désaffiliés, leur état de santé physique et mental est affecté, ils sont souvent fortement ancrés dans le milieu de l'itinérance et prédisposés à accumuler les problèmes; quant à leurs perspectives de logement à long terme et d'emploi, elles demeurent des plus aléatoires. Ce tableau complexe pose donc à l'intervention de nombreux défis et appellerait une vision à la fois plus globale et plus poussée des différentes problématiques reliées à la condition des personnes itinérantes.

Afin de réajuster l'organisation des services pour mieux répondre aux besoins de la clientèle, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSM) proposait en 1998 un plan d'amélioration des services basé sur la spécification des besoins, c'est-à-dire en privilégiant la répartition de la clientèle en catégories diagnostiques. Il semble patent que les toxicophilies (alcool et drogues) ne peuvent être appréhendées comme une entité clinique isolée quant à leur prise en charge. Dans cette optique, l'approche analytique prônée par la RRSSM, qui divise les problèmes en autant de besoins spécifiques qu'il est nécessaire pour mieux y remédier, demeure insuffisante. En effet, le traitement d'un client ne se limite pas à la somme de réponses isolées à des besoins ou des maux spécifiques. Il devrait reposer davantage sur l'intégration des perspectives médicale et sociale. Ainsi, un mode de pensée plus systémique, considérant les problématiques de manière multidimensionnelle et globale, pourrait s'appliquer avantageusement à certains aspects de l'organisation des soins. De nouveaux modèles multidisciplinaires de traitement inhérents à cette approche systémique pourraient constituer l'objet d'études futures.

Bibliographie

FARR, R. K., P. KOEGEL et A. BURNAM (1986). *A Study of Homelessness and Mental Illness in the Skid Row Area of Los Angeles*, Los Angeles, Department of mental Health, 294 p.

FOURNIER, Louise (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*, Verdun, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 161 p.

FOURNIER, Louise et autres (2002). *Enquête sur la santé mentale des montréalais, Volume I. La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 251 p.

FOURNIER, Louise et autres (2001). « Santé mentale », dans : FOURNIER, Louise (2001), *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, p. 107-126.

MERCIER, Céline. (1996). « Toxicomanie », dans : FOURNIER, Louise et Céline MERCIER (éds), *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Montréal, Éditions du Méridien, p. 163-200.

MORSE, Gary et autres (1985). *Homeless People in St-Louis. A Mental Health Program Evaluation. Field Study, and Follow-up Investigation*, Jefferson City, Mo., Community Placement Coordinator, State of Missouri, Department. of Mental Health, vol. 1, 86 p., vol. 2, 171 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Le défi de l'accès*, Québec, RRSSS, 128 p.

ROTH, Dee et autres (1985). *Homelessness in Ohio. A Study of People in Need. Statewide report*, Columbus, Ohio, Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research, 148 p.

Tableau complémentaire

Tableau C.8.1

Traitement pour un problème d'alcool ou de drogues selon le sexe et l'âge

	Sexe		Âge		
	Hommes	Femmes	18-29 ans	30-44 ans	45 ans et plus
	%				
Traitement pour un problème d'alcool ou de drogues (n = 695) ^{1,2}					
Non	56,2	73,2	71,4	48,0	63,6
Oui	43,8	26,8 *	28,6 *	52,0	36,4
Type de problème (n = 308) ²					
Alcool seulement	29,3	22,8 **	0,2	15,6 **	65,1
Drogues seulement	26,8	23,3 **	43,7 *	31,7 *	8,1 **
Alcool et drogues	44,0	53,9 **	56,1 *	52,7	26,8 *
Date du dernier traitement pour un problème d'alcool ou de drogue (n = 307)					
Moins de deux semaines	10,2 **	23,0 **	22,4 **	5,5 **	16,4 **
Entre deux semaines et un an	20,7 *	34,5 **	27,2 **	23,5 *	15,8 **
Plus d'un an	69,1	42,5 **	50,4 *	71,0	67,8

1. $p < 0,05$ selon le sexe.

2. $p < 0,05$ selon l'âge.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999 – Volume 2.*

Conclusion générale

Louise Fournier

Institut national de santé publique du Québec

L'objectif des deux volumes de cette enquête était de fournir un portrait général de la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes par rapport à chacune des grandes dimensions mesurées dans l'enquête menée en 1998-1999. Ainsi, était présentée dans le premier volume la répartition de la clientèle selon différentes caractéristiques sociodémographiques et culturelles, selon son état de santé physique et mentale et selon son recours aux services sociosanitaires. Dans ce deuxième volume, plusieurs autres thèmes complètent ce portrait et nous allons ici reprendre un certain nombre de faits saillants par rapport à chacun d'eux.

Le premier chapitre nous rappelle brièvement la méthodologie de l'enquête et du coup quelques-unes de ses limites qu'il nous faudra garder en tête lors de l'interprétation des résultats. Mentionnons d'abord qu'il s'agit ici du portrait de cette clientèle telle qu'elle apparaissait lors d'une journée type en 1998-1999. Ainsi, plus une personne fréquentait souvent les sites de l'étude, plus elle avait de chances de se retrouver parmi la population étudiée. Par ailleurs, le portrait date maintenant de quatre ans, celui d'aujourd'hui pourrait s'avérer quelque peu différent. Il est clair que la composition d'une telle clientèle risque de se modifier au gré d'un certain nombre de facteurs structuraux comme les conditions socioéconomiques générales du pays (taux de chômage, par exemple), les filets de sécurité en place (coupures dans les programmes sociaux ou leur amélioration, par exemple) ou l'organisation des services sociosanitaires (accessibilité à des services adéquats en santé mentale, par exemple). Rappelons également que le portrait général de cette clientèle souffre d'une sous-représentation des jeunes, principalement ceux âgés de moins de 25 ans.

Le deuxième chapitre nous amène sur le thème de l'instabilité résidentielle. Tout au long du premier

volume, les résultats des analyses étaient systématiquement présentés selon trois types de statut domiciliaire et il était évident que chacun de ces trois groupes présentait de nombreuses particularités. Dans ce deuxième volume, ce chapitre permet de préciser ce que signifient ces diverses formes d'instabilité résidentielle. Chez les personnes actuellement SDF, une sur trois en est à sa première expérience comme sans-abri, ce qui permet de croire qu'une partie de ce groupe n'est pas encore ancrée dans le mode de vie de l'itinérance et qu'une intervention axée sur la prévention de la rechute pourrait leur être profitable. Trois personnes sur quatre avaient une adresse fixe au cours de la dernière période de douze mois montrant cette fois que la condition de SDF n'est pas un mode de vie permanent pour la grande majorité. Par contre, il est clair que pour la majeure partie des SDF, la condition de sans-abri se vit sur un mode épisodique puisque près de sept personnes sur dix déclarent avoir vécu au moins deux périodes de ce genre. Près de la moitié des SDF mentionnent même en avoir vécu quatre ou plus. Il est clair qu'avec ces derniers, il faudra prévoir un véritable plan d'intervention si l'on souhaite un changement. Les personnes qu'on appelle les ex-SDF sont pour la majorité des gens domiciliés depuis au moins un an; environ le tiers seulement a connu une période SDF dans la dernière année. Par contre, on note une assez forte instabilité résidentielle si l'on en juge par le fait que plus de la moitié a vécu à au moins deux adresses différentes au cours de l'année. De plus, elles sont nombreuses à choisir la chambre, un type de résidence où les contraintes sont moins grandes. Même si domicilié, ce groupe semble avoir une stabilité précaire. Enfin, les personnes qui n'ont jamais été SDF sont bien sûr plus stables que les personnes des deux autres groupes mais il apparaît relativement clair qu'elles le sont tout de même moins que la population en général.

La mobilité géographique est un autre thème important de ce deuxième chapitre. On souhaitait savoir si la clientèle des ressources pour personnes itinérantes était majoritairement une population locale ou si la grande ville jouait un rôle d'attraction important pour les personnes les plus démunies des autres régions. Il s'agit principalement d'une population locale ou qui l'est devenue si l'on en juge par le pourcentage de personnes qui habitent la ville depuis au moins un an (80 %). Cependant, cette mobilité est plus grande chez les SDF actuels que chez les ex-SDF ou chez les personnes qui n'ont jamais été SDF.

Le troisième chapitre nous renseigne sur les besoins de base et les habitudes de vie de la population étudiée. La majorité de la clientèle journalière des ressources pour personnes itinérantes ne mange pas trois repas par jour en moyenne (pour les sept derniers jours) mais pas plus de une personne sur quatre considère que cela constitue un problème. Les missions et refuges y sont certes pour quelque chose puisque 90 % des personnes disent y avoir recours pour manger. Parmi les différents besoins de base étudiés, assurer sa sécurité personnelle est le besoin qui semble faire problème pour le moins de personnes alors que passer le temps durant la journée est celui qui préoccupe le plus grand nombre de personnes. On ne saurait donc que renforcer l'importance des centres de jour pour cette clientèle. Ce chapitre traite également de leur sexualité. La proportion de personnes ayant des relations sexuelles avec pénétration sur une période de douze mois est plus faible que dans la population en général, mais à l'inverse, la proportion de personnes traitées pour des maladies transmises sexuellement est plus élevée chez la clientèle itinérante. De plus, 6 % des personnes déclarent avoir fait de la prostitution au cours des douze derniers mois alors que 7 % disent avoir utilisé les services de prostitution. Ainsi, on voit bien que le milieu de l'itinérance constitue un milieu à risque pour la transmission de maladies et cela devrait interpeller les autorités de santé publique.

Tout commence dans l'enfance, ainsi débute le chapitre 4. Tout laisse croire que cette assertion est vraie lorsque l'on prend connaissance des

résultats de ce chapitre. En effet, peu des personnes itinérantes qui fréquentent les ressources qui leur sont destinées sont exemptes d'expériences négatives dans l'enfance et elles sont plutôt nombreuses à en cumuler trois et plus parmi celles étudiées. Ainsi, une personne sur deux dit avoir été victime de violence dans l'un ou l'autre de ses foyers de vie; trois sur dix précisent qu'il s'agissait d'abus physique et une sur dix d'abus sexuel. Pour une personne sur deux également, le milieu de vie familial comprenait au moins un adulte aux prises avec un problème de santé mentale, de toxicomanie ou de délinquance. Par ailleurs, ne pourrait-on dire que l'instabilité résidentielle a commencé dans l'enfance dans bien des cas puisque les changements de milieux familiaux et les placements répétés dans une famille d'accueil ou un centre d'accueil étaient monnaie courante à cette étape de leur vie. Ces expériences négatives dans l'enfance constituent des facteurs de risque qui ne sont pas spécifiques à l'itinérance puisqu'elles le sont également par rapport à d'autres types de problèmes (troubles mentaux, délinquance). Ainsi, agir sur ces facteurs de risque est donc une intervention préventive rentable à plus d'un égard.

Nombreux sont les clients des ressources pour personnes itinérantes à avoir vécu des événements stressants au cours de la dernière année (chapitre 5). Si les expériences négatives vécues dans l'enfance contribuent à l'étiologie de l'itinérance sur le plan des vulnérabilités, les événements vécus plus récemment y contribuent également de manière potentielle mais davantage à titre de facteurs déclencheurs. Les événements concernant les domaines professionnel et financier et des liens socio-affectifs sont ceux qui sont vécus par le plus grand nombre de personnes. Lorsque de tels événements se produisent, le réseau social peut agir comme facteur de protection mais toujours faut-il qu'il soit suffisamment grand et « soutenant ». À cet égard, les résultats du chapitre 6 montrent bien que ce réseau est souvent extrêmement limité. Par exemple, une personne sur trois n'a aucun ami, connaissance ou membre de la famille sur qui elle peut compter et quatre personnes sur dix arriveront à n'en nommer qu'un seul. Plusieurs souhaiteraient recevoir plus de soutien que ce qu'ils ont,

particulièrement en ce qui concerne les activités sociales (une personne sur deux). Cela semble indiquer que la désaffiliation, caractéristique souvent mentionnée chez la clientèle itinérante, ne constitue pas vraiment un choix.

Environ sept personnes sur dix ont été trouvées coupables d'un délit quelconque au cours de leur vie et six de ces sept personnes ont déjà fait un séjour en prison. Au cours d'une période de douze mois, 17 % des clients ont connu la prison et au moment de l'enquête, 30 % étaient considérés comme ayant des problèmes avec la justice (incluant les personnes en probation ou en libération conditionnelle). Les comportements délictueux sont donc loin d'être rares parmi la clientèle des ressources pour personnes itinérantes. S'ils sont généralement non violents, il demeure tout de même que la dernière sanction d'emprisonnement faisait suite à un délit violent dans un cas sur cinq. La signification de ces comportements délictueux reste difficile à établir. La clientèle des ressources pour personnes itinérantes est un groupe hétérogène et il serait difficile de conclure que ces comportements ont la même signification pour toutes les personnes.

Le dernier chapitre de ce volume nous amène sur la question du traitement par rapport à des problèmes d'alcool ou de drogues. Ils sont nombreux les clients à avoir déjà reçu un traitement pour de tels problèmes. Malgré cela, en comparaison avec les prévalences des troubles liés à l'usage de ces substances, les taux de traitement seraient bien inférieurs aux besoins. Dans ce chapitre, on questionne également l'efficacité des soins. Que dire de la forte proportion de personnes qui ont fait des séjours répétés de traitement ou encore de la faible proportion de celles qui retournent en logement après le traitement? Il y aurait lieu de revoir les approches de traitement.

Les faits saillants rapportés jusqu'ici portaient sur l'ensemble de la clientèle. Maintenant, nous allons examiner les différences selon les sous-groupes pour lesquels toutes les analyses ont été faites de manière systématique.

Tout comme dans le volume 1, peu de différences significatives ont été observées entre les clients de

la région de Montréal-Centre et ceux de la région de Québec. La plus grande différence est certes liée aux formes d'instabilité. Les clients de Montréal-Centre sont clairement plus nombreux que ceux de Québec à être sans abri et lorsqu'ils le sont, ils sont également plus nombreux à l'être depuis longtemps. Cela teinte probablement quelques autres différences observées entre les deux régions comme le fait que relativement plus de clients montréalais ont connu de la violence dans leur milieu familial (différence significative entre les trois statuts domiciliaires). Par ailleurs, notons deux autres faits intéressants : 1) Montréal-Centre est un pôle d'attraction plus important pour les personnes qui viennent de l'extérieur du Québec alors que Québec semble jouer ce même type de rôle mais pour les personnes venant d'autres régions du Québec; 2) fréquenter les lieux publics pour passer le temps est plus typique chez les clients de Québec alors que fréquenter les organismes communautaires dans ce même but l'est davantage pour les clients montréalais.

Le portrait de l'ensemble de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes est davantage un portrait d'hommes puisqu'ils représentent 86 % de la population à l'étude. La clientèle féminine présente un certain nombre de particularités que nous avons pu faire ressortir malgré la faible taille d'échantillon de ce sous-groupe. Sur le plan de l'instabilité résidentielle, on note que la période SDF est plus souvent expliquée comme une transition, qu'elles préfèrent davantage le logement comme mode d'habitation et qu'elles sont relativement moins nombreuses à dormir dehors, dans des endroits publics ou abandonnés. Par rapport à leurs habitudes de vie, elles sont relativement plus nombreuses que les hommes à manger trois repas par jour en moyenne, moins nombreuses à fréquenter les laveries et les organismes communautaires pour laver leurs vêtements et à fréquenter les lieux publics extérieurs lorsqu'il est question de passer le temps durant la journée. La sécurité personnelle est une préoccupation rencontrée plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Sur le plan de la sexualité, elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu des relations homosexuelles et à faire de la prostitution. Les hommes, pour leur part, sont

relativement plus nombreux à avoir été des clients de la prostitution. En ce qui concerne les expériences négatives de l'enfance, proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont été victimes d'abus sexuel ou avaient dans leur milieu familial au moins un adulte souffrant de problèmes de santé mentale. Au cours de la dernière période de douze mois, elles déclarent davantage avoir vécu des événements stressants liés au domaine des relations amoureuses. Elles présentent dans l'ensemble un réseau de soutien social plus large que les hommes, et ce, particulièrement en ce qui a trait aux sentiments personnels, aux conseils ou à la rétroaction et à l'assistance physique ou matérielle. Cela semble être en partie attribuable au fait que leur réseau compte un plus grand nombre de membres informels (intervenants). Toute proportion gardée, les femmes mentionnent plus que les hommes au moins un membre de la famille pouvant leur apporter du soutien. Sur le plan de la criminalité, elles sont moins susceptibles que les hommes d'avoir été arrêtées au cours de leur vie, d'avoir été trouvées coupables à la suite d'une arrestation et d'avoir été emprisonnées à la suite d'un jugement de culpabilité. Sur une période plus récente (douze derniers mois), on fait le même genre d'observations : proportionnellement moins de femmes ont été arrêtées ou ont des problèmes avec la justice. Il est également plus rare qu'une femme ait été exclue d'une ressource à cause de ses comportements perturbateurs. Enfin, les hommes ont davantage été traités pour un problème d'alcool ou de drogues, ce qui est un résultat attendu dans la mesure où ils sont davantage affligés par ce type de problèmes.

Le portrait de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes prend une couleur relativement différente selon les générations d'âge. Plusieurs indicateurs montrent que l'instabilité résidentielle tend à diminuer en fonction de l'accroissement en âge. Ainsi, de la génération la plus jeune à celle la plus âgée, on observe que proportionnellement moins de personnes déménagent souvent au cours d'une année, que moins ont recours aux amis et à la famille pour se faire héberger, que moins ont tendance à dormir dehors, dans des endroits publics ou abandonnés et que plus habitent seules

ou souhaitent habiter seules. Les clients de moins de 30 ans par rapport aux plus âgés sont plus instables lorsqu'ils sont domiciliés et ils sont plus mobiles sur le plan géographique. Le groupe de 45 ans et plus par rapport aux deux autres groupes d'âge compte relativement moins de personnes actuellement SDF mais lorsqu'elles le sont, il est plus fréquent que cela dure depuis au moins six mois. Sur le plan de la sexualité, les jeunes de moins de 30 ans par rapport aux plus âgés présentent quelques particularités : ils ont vécu leur première relation sexuelle à un plus jeune âge, ils sont plus nombreux à avoir fait de la prostitution au cours de la dernière année et à avoir été traités pour des maladies transmises sexuellement. Avoir eu six partenaires ou plus au cours de la dernière année est un fait observé plus souvent chez les personnes de moins de 44 ans alors que de se retrouver client de la prostitution est une situation qui caractérise davantage les personnes d'âge intermédiaire (30-44 ans). Plus l'âge augmente, moins certains types de besoins sont ressentis comme c'est le cas pour le besoin de formation professionnelle ou encore pour celui d'une aide juridique. Les jeunes (moins de 30 ans) semblent avoir eu une enfance plus difficile que les plus âgés : plus ont vécu dans un foyer monoparental, plus ont connu de la violence dans le milieu familial et plus ont vécu des placements dans une famille d'accueil ou un centre d'accueil. Trois jeunes sur cinq cumulent au moins trois des expériences négatives de l'enfance qui ont été mesurées dans l'enquête. En ce qui a trait aux événements stressants plus récents, ce sont encore les plus jeunes qui semblent proportionnellement les plus touchés de manière générale. En revanche, ils bénéficient d'un plus grand réseau social et qui est composé d'une plus grande proportion de membres de la famille. Ils ont plus de personnes pouvant leur fournir un soutien physique ou matériel mais leur réseau de soutien inclut plus souvent des personnes avec qui ils ont des relations conflictuelles. Enfin, en ce qui concerne le traitement pour des problèmes d'alcool ou de drogues, mentionnons que l'écart entre les besoins et le recours au traitement semble plus grand chez les personnes de moins de 30 ans.

Plus haut nous avons tenté de préciser ce que pouvait signifier l'instabilité résidentielle pour chacun des trois groupes domiciliaires considérés dans ce rapport. Ici, nous aimerions faire ressortir les autres particularités de ces groupes. Les SDF actuels se distinguent des deux autres groupes à plusieurs égards sur le mode de vie : proportionnellement plus de personnes dans ce groupe utilisent les laveries et les organismes communautaires pour laver leur linge, se lavent dans les organismes communautaires ou vont chez des amis ou des membres de leur famille pour le faire et passent le temps dans des endroits publics extérieurs. Laver ses vêtements, trouver un endroit pour dormir et passer le temps durant la journée sont trois préoccupations plus fréquentes chez les SDF que chez les personnes domiciliées. Par rapport à l'enfance, les SDF actuels présentent le taux le plus élevé de violence familiale et ils sont relativement moins nombreux à avoir vécu dans une famille nucléaire. Ils sont nombreux à avoir vécu des placements dans un centre d'accueil mais à cet égard, ils ne se distinguent pas des ex-SDF. En ce qui concerne les événements stressants dans la dernière année, les SDF actuels sont nettement plus susceptibles que les deux autres groupes d'en avoir vécu dans les domaines professionnel et financier, du logement et des relations amoureuses. Dans le domaine des liens socio-affectifs, le taux d'événements vécus est également élevé chez les SDF actuels mais il est relativement similaire à celui des ex-SDF. Chez les clients qui n'ont jamais été SDF, la stabilité domiciliaire se reflète dans le fait qu'ils sont relativement plus nombreux à acheter leur nourriture et leurs vêtements dans les magasins. Ils ont moins de problèmes avec la justice et le ratio de personnes traitées pour des problèmes d'alcool ou de drogues est plus faible, ce qui est congruent avec le fait qu'ils ont moins de problèmes de ce genre.

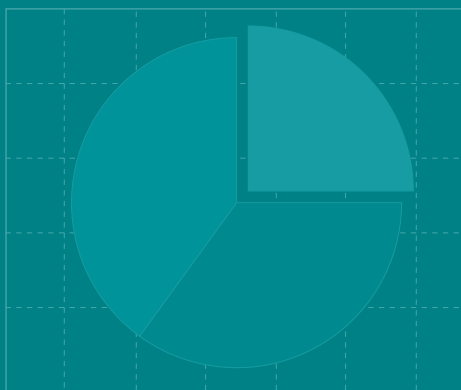
Espérons que ces résultats descriptifs seront utiles aux planificateurs et intervenants œuvrant auprès des clientèles itinérantes. La base des données recueillies dans cette enquête est loin d'être complètement exploitée. D'autres travaux plus analytiques sont en cours. Ils permettront, entre autres, de répondre à plusieurs des questions

soulevées dans les deux tomes de ce rapport. Les résultats de ces travaux seront publiés sous forme d'articles scientifiques, de mémoires ou de thèses.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Cette enquête fait suite à l'opération de dénombrement de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes réalisée en 1996-1997 dans les deux plus importantes régions urbaines du Québec, soit Montréal-Centre et la Communauté-Urbaine-de-Québec. La population visée dans l'enquête demeure la même, c'est-à-dire celle qui fréquente les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour desservant les personnes itinérantes. Au total, 757 personnes ont été interviewées au cours d'une période qui s'est échelonnée du 4 décembre 1998 au 31 août 1999. Les résultats de cette enquête ont déjà fait l'objet d'un premier rapport (volume 1). Dans ce deuxième rapport (volume 2), après un bref rappel de la méthodologie, le portrait de cette clientèle se poursuit en abordant les autres dimensions couvertes par cette enquête : instabilité résidentielle, habitudes de vie, besoins de services, vie familiale et placements avant l'âge adulte, événements stressants récents, soutien social, comportements criminels et traitement en toxicomanie. Les résultats sont présentés pour l'ensemble de la clientèle des deux régions et pour chacune d'entre elles. Ils permettent également de dresser un portrait de cette population selon le statut domiciliaire, le sexe et l'âge.



65

4

0

8



9

**Institut
de la statistique**

Québec



ISBN : 2-551-21876-4

25,95 \$

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca
Imprimé au Québec, Canada