

Université de Sherbrooke

**Intervention de soutien psychologique auprès des hommes en situation d'itinérance :  
l'exemple d'un service de proximité à Montréal**

Karine Projean  
Programme recherche en sciences de la santé de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada  
Novembre 2018

Membres du jury d'évaluation

Christine Loignon, Ph.D, Directrice, Programme recherche en sciences de la santé  
Baptiste Godrie, Ph.D, Directeur, Département de sociologie, Université de Montréal  
Karine Bertrand, évaluatrice interne, Programme recherche en sciences de la santé  
Michel Perreault, évaluateur externe, Département de psychiatrie, Université McGill

© Karine Projean, 2018

## SOMMAIRE

### **Intervention de soutien psychologique auprès des hommes en situation d'itinérance : l'exemple d'un service de proximité à Montréal**

Par  
Karine Projean  
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Une recherche qualitative de type descriptive sur les retombées d'un service de soutien psychologique auprès des personnes en situation d'itinérance

Introduction : Une recherche sur les retombées perçues par les personnes suivies dans le cadre d'un service de psychologie de proximité offert dans un organisme communautaire aux personnes en situation d'itinérance à Montréal.

Objectifs et méthodologie : L'objectif était de comprendre comment une pratique de proximité, soit le service de soutien psychologique offert par l'organisme sans but lucratif Médecins du Monde, s'inscrivait dans la trajectoire de vie et agissait sur le bien-être des personnes recevant ce service. Les personnes suivies étaient des personnes en situation d'itinérance ou en processus de réinsertion après avoir connu un épisode d'itinérance. Les objectifs spécifiques étaient d'explorer les perceptions des personnes en situation d'itinérance concernant le soutien psychologique reçu et de décrire les retombées que le soutien a eues sur leur bien-être. Un partenariat a été mis sur pied avec Médecins du Monde Canada et des rencontres d'équipe ont été menées afin d'établir le protocole et de suivre l'avancement des travaux. Douze entrevues ont été réalisées auprès des personnes suivies par les psychologues dans une approche qualitative descriptive.

Résultats et conclusions : La majorité des participants ont retiré des bénéfices durables du suivi psychologique sur leur bien-être qui se sont manifestés par des changements dans leurs relations à eux-mêmes et avec autrui.

Mots-clés : psychologie, pratique de proximité, bien-être, itinérance, refuge, hommes

## SUMMARY

**A psychological intervention aimed towards homeless men: the example of a proximity service**

By  
Karine Projean  
Health Research program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

A qualitative descriptive study on the outcomes of a psychological service offered to the homeless individuals.

Introduction : A research on the perceived outcomes by the patients of a proximity psychological service offered in a community context for homeless individuals.

Objectives and methodology: To understand the intake of a proximity service, the psychology service of Doctors of the World, on the well-being of people receiving the service from the perspective of homeless people and/or on in a process of reinsertion after being homeless. The secondary objectives were to explore the perceptions of the homeless individuals towards the psychological support received and to describe the outcomes that the support brought on their well-being. A partnership was established with Doctors of The World Canada and team meetings were held to establish the protocol and follow-up on the work. Twelve interviews were held with the participants in a qualitative and descriptive way.

Results and conclusions: The majority of the participants benefitted from the follow-up with the psychologist, which manifested on their wellbeing in changes with their relationships with others and with themselves.

Key words: psychology, homeless, homelessness, shelter, men

## TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction .....	2
1.1 Problématique.....	2
1.2 Contexte de l'enquête sur les besoins en santé mentale.....	3
2. Recension des écrits .....	2
Quelques définitions et concepts-clés.....	4
Itinérance .....	4
Exclusion sociale .....	5
Pauvreté et itinérance.....	7
Liens entre itinérance et santé mentale.....	8
Qualité de vie et bien-être des personnes en situation d'itinérance.....	12
Accès et obstacles face aux soins .....	17
Des psychologues parlent de leur expérience .....	15
Thérapies pour personnes en situation d'itinérance.....	21
Travail de proximité psychiatrique.....	21
Clinique de la précarité/clinique psychosociale .....	23
Alliance thérapeutique.....	25
Le rétablissement.....	27
Caractéristiques des études recensées - Synthèse critique de la recension des écrits.....	27
Intervention de proximité, le service mis en place par Médecins du Monde .....	29
Cadre conceptuel .....	30
3. Objectifs de recherche et retombées anticipées.....	33
4. Méthodologie .....	34
4.1 Déroulement de la recherche .....	34
4.2 Critères de participation à l'étude et échantillon .....	36
4.3 Considérations éthiques.....	36
4.4 La collecte des données .....	38
Description des sites : le cadre dans lequel le service est dispensé.....	38
Recrutement des participants.....	40

Assurer la rigueur .....	40
Description des participants.....	41
Analyses .....	43
5. Résultats : L'article .....	45
6. Discussion .....	60
7. Conclusion .....	72
Liste des références .....	73
Annexes .....	85

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 Description des participants

p.41

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
MdM	Médecins du Monde Canada
MBA	Mission Bon Accueil
PRSS	Programmes de recherche en sciences de la santé
PSI	Personnes en situation d'itinérance
UdS	Université de Sherbrooke
UdM	Université de Montréal

*Pour toutes les personnes sous-desservies par les systèmes*



*Il y a du chagrin et de la douleur dans la vie de chacun, mais de temps à autre, un rayon de lumière fait fondre la solitude dans votre cœur et apporte du réconfort comme de la soupe chaude et un lit confortable.*

- Hubert Selby Jr, Requiem for a Dream, traduction libre

## REMERCIEMENTS

- Aux participants du projet de recherche, qui se sont généreusement dévoilés au cours de leurs entretiens;
- À toute l'équipe de la Mission Bon Accueil, avec un merci spécial à Jessica Sherman pour nous avoir aidé à naviguer dans l'organisme et présenté les personnes-clés au début du projet, à Jean-Michel Paquette, coordonnateur au Refuge au moment de l'étude, et aux intervenants et au personnel de soutien à l'intervention pour leur accueil et pour avoir pris le temps de répondre à mes questions;
- À mes directeurs Christine Loignon et Baptiste Godrie et à Lynda Benhadj, coordonnatrice de recherche, pour leur soutien et leur disponibilité; à Jérémie Ouzan, bibliothécaire, pour l'aide à la recherche documentaire; à Prof. Élise Roy pour ses commentaires constructifs et pour avoir fait partie de mon comité d'encadrement;
- Aux transcriptrices bénévoles de Médecins du Monde : Amy King, Jenny Vouma, Sonia Sahabun;
- À mon père pour le soutien technique;
- À mes collègues du Centre de recherche : Ai-Thuy, Raymond et Ana pour leur soutien;
- À Catherine, mentore de COMETES, pour ses conseils lors de la pratique de mes séminaires;
- À Médecins du Monde pour la bourse de recherche et pour m'avoir permis de réaliser ce projet;
- Au Centre de recherche de l'Université de Sherbrooke pour la bourse;
- Et à ma petite famille pour le soutien inconditionnel tout au long de ce projet.

## **Avant-propos**

En 2014, Médecins du Monde Canada (ci-après MdM) réalisait un sondage sur les perceptions des besoins en santé mentale des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir utilisant ses services d'infirmières de proximité. En 2015, à la suite des résultats obtenus, l'organisme a mis sur pied des points de service psychologique dans deux sites de la Mission Bon Accueil. En 2016, MdM approchait Christine Loignon, professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke et Baptiste Godrie, chercheur au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté et professeur associé au Département de sociologie de l'Université de Montréal, pour mener une recherche sur ce nouveau service. Cette recherche qualitative devait permettre de comprendre l'apport d'un service de pratique de proximité, soit le service de soutien psychologique de MdM, sur le bien-être des personnes recevant les services. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les perceptions des PSI par rapport au soutien psychologique reçu et de décrire ses retombées sur leur bien-être selon les dimensions de notre cadre conceptuel.

En ce qui me concerne, j'ai rejoint cette recherche après une expérience de travail de sept ans dans le milieu communautaire à titre d'intervenante auprès des personnes en situation de grande précarité où j'ai pu constater à quel point l'accès aux soins de santé physique et mentale leur était difficile. MdM a instauré un projet novateur de soutien psychologique à Montréal que j'ai eu la chance de voir en action dans l'organisme où je m'impliquais. La recherche s'est déroulée dans les points de service d'un autre organisme que celui où je travaillais, ce qui a permis d'éviter un conflit d'intérêts.

## **INTRODUCTION**

Selon *l'État de l'itinérance au Canada 2016*, 35 000 Canadiens sont à la rue chaque soir de l'année et au moins 235 000 Canadiens vivent l'itinérance chaque année. De ce nombre, 72.7 pourcent sont des hommes et près de 57 pourcent sont âgés de 25 à 65 ans (Gaetz, 2016).

Les personnes en situation d'itinérance (ci-après PSI) rencontrent de grandes difficultés dans l'accès aux soins et aux services sociaux (Hwang, 2001). Plusieurs d'entre elles vivent avec un bagage émotionnel important, qui peut être aggravé par les difficultés d'accès. Cette étude examine l'apport d'un service de soutien psychologique novateur au Canada qui a été pensé et mis en place par Médecins du Monde Canada, une organisation non gouvernementale internationale qui œuvre auprès des clientèles qui vivent de l'exclusion. Il s'agit de la première étude canadienne sur le sujet.

### **1.1 Problématique**

Les personnes ayant un trouble de santé mentale sont surreprésentées dans la population en situation d'itinérance (Frankish et collab., 2005). L'itinérance rend évidents les problèmes de santé mentale déjà existants et peut causer des troubles d'anxiété et de la dépression (Klein et Reddy, 2015). Les troubles de la personnalité seraient particulièrement présents chez les personnes en situation d'itinérance (Maguire, 2009). Les personnes qui ont un problème de santé mentale ont moins de liens avec leurs familles et amis, puisque des conflits peuvent se présenter en raison de leur mode de vie (Padgett et collab., 2008) et leur réseau offre donc moins de soutien (Maguire et collab., 2009). Entre 20 et 40 pourcent des personnes auraient des troubles affectifs et l'alcoolisme serait présent à 60 pourcent chez les hommes (Hwang 2001). À Montréal et à Québec, 60 pourcent des personnes en situation d'itinérance utilisatrices de ressources d'hébergement, d'aide alimentaire et des centres de jour ont rapporté avoir des troubles mentaux dans leur vie et 72 pourcent dans la dernière année (Bonin et collab., 2007). En même temps, les personnes éprouvent de la difficulté à accéder aux soins (Hwang, 2001). Selon Ponce et collab. (2017), peu de recherches ont été réalisées sur les impacts de la pratique des psychologues sur l'itinérance et auprès des personnes la vivant.

## 1.2 Le contexte de l'enquête sur les besoins en santé mentale

Médecins du Monde Canada a réalisé en 2014 un *État des lieux sur les perceptions et besoins en santé mentale des personnes en situation d'itinérance* à Montréal avec une méthodologie mixte. Trente-et-une personnes en situation d'itinérance et soixante-dix intervenants du milieu communautaire et du réseau public ont participé à un sondage. Les auteurs y dénotent notamment que le régime d'assurance-maladie québécois couvre les soins psychiatriques et non psychologiques et que ces derniers sont méconnus par la population ou difficiles d'accès (p. 10). Une proportion importante (35 pourcent) des PSI interrogées ont affirmé qu'elles auraient besoin et aimeraient obtenir des soins psychiatriques ou psychologiques et 48 pourcent d'entre elles pourraient considérer recevoir un suivi s'il était disponible (p. 13). Environ un tiers des répondants ont mentionné que l'accès à un psychologue leur serait bénéfique (*idem*). Cependant, tous les répondants n'avaient pas une bonne opinion de ces soins de santé : 35 pourcent rapportaient avoir connu une expérience négative par le passé, parce qu'ils n'étaient pas pris au sérieux, qu'ils n'étaient pas considérés comme des humains ou avaient été forcés de se faire soigner, par exemple (p. 14-15). Quarante-sept pourcent des intervenants rencontrés exprimaient aussi le souhait que les personnes en situation d'itinérance puissent accéder à un service de psychologie.

En septembre 2015, après avoir pris connaissance des résultats de ce sondage, MdM et la Mission Bon Accueil ont établi un partenariat afin d'offrir des services de psychologie entre les murs de l'organisme. Quatre psychologues offrent quarante heures de service par semaine. De 2015 au 31 mars 2018, 1614 rencontres formelles de soutien psychologique avaient été comptabilisées, rejoignant 151 hommes. Il existe différentes initiatives visant à améliorer le soutien psychologique offert aux personnes en situation de précarité ou d'itinérance, mais celles-ci sont éparses et peu documentées. De plus, peu d'études qualitatives rapportent la perspective des personnes en situation d'itinérance sur le soutien psychologique reçu par des psychologues dans un centre de service communautaire. Cet article vise à partager les résultats obtenus à la suite d'entrevues menées avec les personnes en situation d'itinérance et apporte un éclairage nouveau sur l'expérience des retombées pour

leur bien-être d'un service de santé mentale communautaire telles que vécues et perçues par les personnes visées par ce service.

## **2. RECENSION DES ÉCRITS**

Afin de réaliser la recension des écrits, une recherche documentaire a été effectuée avec l'assistance du bibliothécaire selon la méthode exposée en annexe. Notre recension des écrits s'est intéressée aux différentes facettes de l'itinérance, de l'exclusion sociale, de la désaffiliation et de la marginalité et de leurs impacts sur le bien-être des personnes. Nous voulions mieux comprendre l'accès aux soins et les difficultés liées à ces expériences d'accès pour les personnes en situation d'itinérance, de même que les différentes thérapies qui leur sont offertes. Nous avons aussi examiné différents modèles de cliniques de soins psychologiques et de la précarité qui sont proposés ailleurs dans le monde.

### **Quelques définitions et concepts-clés**

#### **Itinérance**

Nous préférons utiliser l'expression « personnes en situation d'itinérance », car le terme « itinérants » est porteur de stigmatisation. En effet, les personnes sont momentanément dans cette situation qui peut être liée à plusieurs facteurs. De plus, l'itinérance englobe une gamme de situations de vie. La définition que nous adoptons provient de l'Observatoire canadien sur l'itinérance, un organisme apolitique qui a été créé au tournant des années 2000 lors d'une conférence sur l'itinérance et qui est composé d'universitaires, d'organismes, de personnes ayant un vécu en itinérance et d'étudiants et étudiantes. Cet observatoire a rassemblé un groupe de travail composé de leaders des domaines de la recherche, des milieux politiques et des praticiens afin de développer, de perfectionner et de mettre à l'épreuve une nouvelle définition. La définition est inclusive et réfère à différentes situations auxquelles peuvent être confrontées des personnes en situation d'itinérance. Elle englobe donc:

« 1) les personnes sans-abri, ou les personnes absolument sans abri qui vivent dans la rue ou dans des lieux qui ne sont pas conçus pour le logement des êtres humains;

2) les personnes utilisant les refuges d'urgence, y compris celles qui restent dans les refuges d'urgence de nuit pour les sans-abri, ainsi que les refuges pour les personnes affectées par la violence familiale;

3) les personnes logées provisoirement, signifiant les personnes dont l'hébergement est temporaire et qui ne possèdent pas le droit au maintien dans les lieux, et enfin;

4) les personnes à risque d'itinérance, soit des personnes qui ne sont pas sans-abri, mais dont la situation économique et/ou de logement courante est précaire ou ne satisfait pas aux normes publiques de santé et de sécurité. Notons que pour bon nombre de personnes, l'itinérance n'est pas un état statique, mais plutôt une expérience fluide dans laquelle les circonstances et options de logement peuvent varier et changer de façon dramatique et fréquemment. » (Observatoire canadien sur l'itinérance, 2012)

Dans la *Politique nationale de lutte à l'itinérance*, le Québec a défini l'itinérance comme « la combinaison de facteurs structurels, institutionnels et individuels inscrits dans le parcours de vie des personnes menant à un processus de rupture sociale qui se manifeste entre autres par la difficulté d'obtenir ou de maintenir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes » (Gouvernement du Québec, 2014, p.30).

### **L'exclusion sociale**

Un comité de travail à Bristol, en Angleterre, a défini l'exclusion sociale comme « un processus complexe et multidimensionnel. Elle implique le manque ou le déni de ressources, droits, biens et services et l'incapacité de participer dans les relations et activités normales, disponibles à la majorité des personnes dans la société, que ce soit dans le domaine économique, social, culturel ou politique. Elle affecte autant la qualité de vie des individus que l'équité et la cohésion de la société dans son ensemble. » (Levitas et collab., 2007, traduction libre, p.9). Cette exclusion sociale, selon les auteurs, peut être profonde. L'exclusion profonde se définit alors comme « l'exclusion qui touche plus qu'un domaine ou dimension de désavantage, entraînant des conséquences négatives sévères pour la qualité de vie, le bien-être ou les futures possibilités dans la vie. » (traduction libre, p.9)



Furtos définit l'exclusion comme « fermé dehors », « en dehors du lien social » (2008, p.12). Pour Vandecasteele et Lefèbvre, « [l']exclusion sociale se définit aujourd'hui comme un processus multidimensionnel de ruptures progressives, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et relationnel. » (2006, p. 142) L'exclusion va plus loin que les inégalités économiques, affirment Roy et Soulet, pour qui « [l']exclusion repose sur la défense d'un territoire : physique (un quartier), symbolique, idéologique, culturel. C'est sur le différentiel de pouvoir entre des groupes que repose l'exclusion de l'un par l'autre. » (2001, p. 4). Roy et Soulet (2001) abordent d'autres aspects de l'exclusion comme la désaffiliation sociale, la disqualification sociale, la quête identitaire et le refus de s'engager.

En ce qui concerne la désaffiliation sociale et la marginalité, elles sont, selon Castel (1994), le résultat d'un parcours, celui du décrochage face au travail et face aux relations avec les autres. Une personne peut ainsi passer de ce que Castel (1994, p. 13) appelle « la *zone d'intégration* (travail stable et forte inscription relationnelle, qui vont souvent de pair), la *zone de vulnérabilité* (travail précaire et fragilité des soutiens relationnels) et la zone de marginalité, que je préfère appeler *zone de désaffiliation* pour bien marquer l'ampleur du double décrochage : absence de travail et isolement relationnel. »

De la désaffiliation vient la solitude : « [La solitude] est telle une dépossession : perte des liens, perte des repères, perte de l'estime de soi. Cette perte de la reconnaissance de soi-même s'accompagne de la disparition de la représentation symbolique de la personne, et donc de sa place dans la société, dans sa relation à l'autre. Ayant abandonné les repères classiques du temps, de l'espace, du corps, ayant renoncé à la valorisation de soi, ils s'oublient en tant qu'être social. » (Cousein chez Douville, 2012, p.59).

La solitude a des impacts sur le bien-être des personnes (Rokach, 2004). Elle est liée à la dépression, à la consommation de substances, à une faible estime de soi et à des traits de caractère comme le pessimisme et l'hostilité (*idem*). Le questionnaire de Rokach et de son équipe a été administré à 531 hommes et 330 femmes âgés entre 16 et 83 ans et dont l'âge moyen était de 35 ans. Selon cette étude, « les personnes en situation d'itinérance vivent la solitude d'une manière différente du reste de la population; elles sont plus isolées et aliénées et ont obtenu des scores plus bas au niveau de la croissance personnelle et de la découverte »

(traduction libre, 2005, p. 104). « Leurs conditions de vie mêlées au sentiment d'échec, au stress, à la dépression et à la peur seraient aussi liées à l'aliénation de soi » (traduction libre, 2005, p.109). Les personnes en situation d'itinérance connaissent deux types de solitude selon Sumerlin (1995, p.298) : émotionnelle et sociale. La solitude sociale correspond à la perte de son réseau. Pour Furtos, la souffrance psychique tient son origine de la société (2008, p.14), car elle inclut « l'humiliation et le mépris social » ce qui peut causer, selon lui, un trauma ; trauma que les personnes porteront par la suite en tout temps avec elles. Ainsi, ceux qui vivent l'exclusion ont généralement une santé mentale plus fragile (Van Straaten et collab., 2016).

Enfin, l'exclusion sociale est source de souffrance, rapporte Lazarus (1995), selon qui la vie à la rue amène vers une « situation pathologique » (p. 61). Michel Simard, quant à lui, affirme que l'errance fait vivre : « le vide, la vulnérabilité et l'impuissance » (2000, p.138). Le vide est vu comme la perte des repères qui définissent la personne. La vulnérabilité renvoie au regard des autres qui, lorsque l'on est en situation d'itinérance, est négatif. L'impuissance quant à elle serait l'incapacité de se sortir de cet état.

### **Pauvreté et itinérance**

Selon Statistique Canada, il y avait à Montréal, en 2015, 551 635 hommes âgés de 18 à 64 ans vivant avec un faible revenu (Statistique Canada, 2016). Les personnes entrées dans la spirale de la pauvreté vivent souvent dans des conditions précaires, dépensant jusqu'à 80 pourcent de leur chèque d'aide sociale pour se loger (McAll et collab, 2012). Elles utilisent les services des banques alimentaires pour se nourrir et sur d'autres organismes communautaires pour combler leurs besoins de base (Fréchet et Savard, 2016). D'autres sont des personnes avec un travail précaire qui sont souvent seulement à un chèque de paie de la rue (Buckland et collab., 2001). Des facteurs physiques comme des blessures peuvent limiter l'accès à l'emploi. Des facteurs individuels comme la perte d'emploi, la perte d'un conjoint, la maladie et la perte du logement, qui, pour différentes raisons, peuvent précipiter la personne à la rue (*idem*). La pauvreté et le stress causé par celle-ci font en sorte que les personnes ne voient plus l'avenir et ne prennent que des décisions à court terme et qui ne sont pas toujours bien réfléchies (Haushofer et Fehr, 2014).

L'itinérance est liée à la pauvreté (Buckland et collab., 2001) et cette dernière est rattachée à plusieurs facteurs sociologiques : manque d'éducation et d'opportunités d'apprentissages, mais aussi d'emplois valorisants et bien payés en raison du niveau de scolarité (*idem*), manque de soutien et de services, notamment en santé physique et mentale, précarité du logement (*idem*) et manque de logements sociaux et de logements abordables en raison d'une hausse marquée des loyers (*idem*).

### **Liens entre itinérance et santé mentale**

La santé mentale se définit selon l'Organisation mondiale de la Santé comme ce qui : « englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. » (OMS, 2018)

Les vues diffèrent en ce qui concerne le choix des personnes quant à leur vie à la rue (Parsell et Parsell, 2012), mais les sociologues s'entendent généralement sur le fait que les personnes qui arrivent à la rue ont d'abord vécu un processus de désaffiliation sociale (Castel, 1994), notamment à cause du chômage (Schiltz et collab., 2007) qui a fragilisé leur santé mentale (Jacques, 2004, Lazarus, 1995) et leur estime de soi (Schiltz et collab., 2007).

Les personnes en situation d'itinérance seraient deux à quatre fois plus touchées par la dépression que les personnes logées (Joy, 2013). Leur mode de vie fait en sorte qu'elles vivent constamment du stress et ne gèrent pas toutes celui-ci de la même façon (Bright, 2011). Avant même la rue, ces personnes avaient aussi connu des stress importants, par exemple financiers, (Schiltz et collab., 2007) qui dans certains cas les y avaient précipitées. Une fois à la rue, les personnes vivent « de l'incertitude, un rejet de soi, une dépersonnalisation, de la discrimination et de l'isolement » (traduction libre, Lafuente, 2003, p.49, Kesisoglou et collab.). La toxicomanie fait aussi partie des facteurs pouvant mener à l'exclusion (Schiltz et collab., 2007). La discrimination vécue par les personnes en situation d'itinérance affecte négativement leur santé mentale en atteignant leur bien-être et leur capacité d'établir des liens de confiance (Tully, 2014). Comme le dit Jacques (2004), « lorsque nous n'avons plus la reconnaissance des autres de ce monde, nous en sommes exclus. » (p. 24). Les personnes peuvent ainsi connaître un sentiment d'impuissance face à

leur vie (Bentley, 2007). Baharie, Lennon et McKay (2015) se sont intéressés à la santé mentale des familles en refuge et ont découvert que le temps passé en refuge est associé avec une mauvaise santé mentale. En effet, les règles dans les refuges peuvent diminuer l'autonomie des personnes et leur personnalité, éléments essentiels au bien-être des individus (*idem*, p. 108).

Lippert et Lee (2015) ont examiné dans une revue de littérature comment le stress de la rue affectait les troubles de santé mentale. Ils ont utilisé les données du *National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients* de 1996 aux États-Unis. Il en est ressorti que les stress liés à la nourriture et aux médicaments (12 pourcent des gens avaient du mal à suivre la prescription ou garder la médication) impactent le quotidien. Beaucoup de personnes avaient connu des stressseurs tôt dans leur vie et pendant leur épisode d'itinérance, ce qui augmente les probabilités de problèmes de santé mentale (*idem*). Beaucoup de personnes avaient aussi été victimes de négligence.

Plusieurs hommes ont déjà vécu des traumatismes avant d'arriver à la rue, notamment des abus physiques, émotionnels et sexuels datant souvent de l'enfance (Kim et collab., 2010, Hopper et collab., 2010, Deck et Platt, 2015). Les personnes en situation d'itinérance présentent d'ailleurs plus de traumatismes que la population en général (Kim et Ford, 2006). De plus, plusieurs personnes vivent l'itinérance comme un trauma (Tully, 2014, Hopper et collab., 2010, Deck et Platt, 2015), notamment à cause de la perte de son chez soi, la vie en refuge ou à la rue de même que la violence de la rue (Goodman et collab., 1991, Deck et Platt, 2015) qui les affectent quotidiennement. Selon Eberle et collab. (2001), 40 pourcent des personnes en situation d'itinérance sont agressées physiquement et se font voler chaque année. La criminalité, quant à elle, irait de pair avec la vie à la rue, selon les écrits recensés par Eberle et collab. (p. 35). Les auteurs rapportaient notamment que les personnes sans domicile fixe auraient occupé, dans les années quatre-vingt-dix, 5.5 pourcent des places en établissement de détention. Ceux qui étaient à la rue avaient connu des démêlés avec la justice préalablement à leur arrestation. La criminalité serait une façon de survivre, mais pourrait aussi être liée aux comportements déviants, notamment des personnalités antisociales, d'un souhait d'être incarcéré pour être à l'abri des éléments et de voir ses besoins de base comblés (p.36). La violence de la rue, qui inclut des agressions, peut affecter

négalement la santé mentale de la personne en créant une détresse (Shepherd et collab., 1990).

Les hommes seraient davantage concernés par les traumatismes que les femmes (Kim et Ford, 2006). Une revue systématique de la littérature a été réalisée par Maguire et collab. (2009) et a souligné que les traumatismes vécus mènent à des comportements destructeurs, soit au niveau de la consommation de stupéfiants ou au niveau sexuel. Selon Lalonde et Nadeau (2012) qui ont réalisé une étude auprès de 51 personnes en situation d'itinérance à Montréal, dont 42 hommes, près de la moitié des participants avaient un possible diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. De plus, la majorité des participants avait en commun d'avoir un parent alcoolique, d'avoir vécu un trauma dans leur jeunesse et de gérer leur trauma avec des béquilles comme l'abus de substances. Les idéations suicidaires seraient aussi beaucoup plus élevées chez les personnes en situation d'itinérance que dans la population en général (Schutt et collab., 1994).

Pour Bentley (1997), l'itinérance crée plusieurs effets psychologiques qui sont interreliés. Un sentiment de désespoir naît lorsque la personne réalise qu'il n'y a pas de place pour elle-même ou pour ses objets personnels, que les services ne répondent pas à ses besoins, qu'il n'y a pas d'endroit sécuritaire pour se déposer et qu'elle s'isole socialement.

Les personnes en situation d'itinérance peuvent connaître la précarité psychologique telle que définie par Furtos (2008, p.13) qui parle de « précarité sociale » en référence aux emplois à court terme qui peuvent se terminer du jour au lendemain et à faible revenu et de « précarité psychologique normale et structurante » qui fait état du lien que toute personne a avec les autres et avec la société. Toujours selon Furtos, si les personnes ne reçoivent pas de reconnaissance, cette précarité peut s'exacerber et trois pertes de confiance peuvent survenir, soit : en l'autre, en soi et en l'avenir (p.13). Selon Ludwig (1999, p. 608), les personnes en grande précarité vivent celle-ci dans la honte, ce qui peut apporter des traits psychologiques dominants comme le narcissisme et la presque dépersonnalisation. Pour Mellier (2006), « [l]a précarité psychique désigne des situations multiples et hétérogènes où les liens entre les sujets sont peu fiables, ils ont " un caractère provisoire" ».

Les hommes vivent l'itinérance différemment des femmes : ils ont plus tendance à ne pas utiliser leur réseau et à dormir dehors tout en vivant l'itinérance seuls (North et Smith, 1993). De plus, ils restent à la rue plus longtemps (Kim et Ford, 2006) et plus souvent (*idem*). En 1995, Stein et Gelberg se sont intéressées aux différences entre les hommes et les femmes vivant sur Skid Row, à Los Angeles. Elles ont fait une enquête auprès de 386 hommes et 145 femmes vivant dans la rue. Les hommes ont montré avoir plus de problèmes d'alcool que les femmes et avaient été davantage judiciairisés (p. 80).

Selon Simard (2000, p. 139), l'itinérance est à la fois choisie et refusée et par conséquent, la personne connaît en elle un conflit : « De la force de ce conflit naît un rapport faussé à soi et au monde. Bloquée dans le manque, sans possibilité de trouver dans le monde, un point d'appui, un point d'origine et d'ancrage qui permet la confiance, le cheminement, la réparation et le retour, le va-et-vient de l'être, la personne cherche appui dans la consommation compulsive d'affection, de drogue, d'alcool ou de n'importe quoi qui peut colmater la brèche. »

Pour alléger leurs souffrances, les PSI, tout comme les personnes qui ont un toit, peuvent panser leurs blessures psychiques avec des substances. En 2005, Katherine Harris et Mark J. Edlund ont évalué la prévalence de l'auto médication des personnes face à la santé mentale. (Harris et Edlund, 2005). Cette étude réalisée aux États-Unis englobait près de 19 000 répondants âgés de 18 à 65 ans. Ces personnes avaient eu au moins un symptôme de maladie mentale au cours de la dernière année et n'avaient connu de dépendance à aucune substance l'année précédente. Il en est ressorti que l'utilisation de drogues illégales autres que la marijuana augmentait lorsque les besoins en santé mentale étaient non comblés, mais ne se réduisait pas avec l'utilisation de soins en santé mentale. L'alcool, quant à lui, était consommé plus grandement chez les personnes qui ne recevaient pas de soins en santé mentale.

En 2007, Fournier et Bonin ont réalisé une étude auprès de 439 PSI qui répondaient aux critères du DSM-IV pour les troubles affectifs et psychotiques à Montréal et Québec. Quarante-vingt-quatre pourcent des répondants étaient de sexe masculin et l'âge moyen était de 41 ans. Près de la moitié des personnes avaient déjà connu un épisode d'itinérance et un tiers étaient

à la rue au moment de la rencontre. Plus de 65 pourcent des personnes avaient des troubles affectifs, 33 pourcent avaient des personnalités antisociales, et la moitié des problèmes de dépendances. Quarante-et-un pourcent avaient été hospitalisés pour troubles mentaux l'année précédente. L'étude a démontré que les femmes utilisent davantage les services que les hommes. De plus, les personnes ayant des troubles concomitants, par exemple, de dépendance et de santé mentale, ou des troubles antisociaux ont davantage tendance à utiliser des services. L'étude a révélé que les hommes sans adresse fixe et les personnes plus âgées ont moins tendance à chercher des services.

Selon Dubruecq et collab. (2012), les personnes qui sont aux prises avec des troubles anxieux seraient quatre fois plus à risque d'être alcooliques (p.32). Or, leur comorbidité est rarement prise en compte dans l'ensemble, alors qu'on tente d'abord de régler un problème avant de s'attaquer au second (idem, p.34-35). Par ailleurs, l'auteur souligne le nombre important de ressources, mais le fait que celles-ci travaillent généralement en silo (p.36). Il ajoute que les personnes ne sont pas prises en charge dans leur entièreté par une seule ressource (p.36). Cependant, dans le réseau hospitalier, des ressources traitent désormais à la fois la santé mentale et la toxicomanie (p. 38), notamment au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal et les traitements sont ouverts aux personnes ne détenant pas de carte d'assurance-maladie à condition qu'elles s'engagent à faire les démarches pour s'en procurer une.

### **Qualité de vie et bien-être des personnes en situation d'itinérance**

La pyramide de Maslow (1954) est reconnue comme étant la base du bien-être pour les personnes en général. Or, comme le précise Sumerlin (1996), l'étude de Maslow se penchait sur les personnes dont les besoins étaient déjà comblés et qui pouvaient être considérées comme accomplies. Robert Biswas-Diener et Ed Diener ont réalisé une étude quantitative sur 186 personnes en situation d'itinérance à Portland, Oregon, Fresno, Californie et Calcutta, Inde pour mesurer la satisfaction générale à l'égard de la vie, la satisfaction dans différentes sphères spécifiques de la vie et les sentiments positifs et négatifs. Pour eux, les facteurs sociaux sont plus importants que ce que Maslow croyait. Les réseaux sociaux jouent un rôle considérable dans le bien-être de la personne. Ainsi, un sentiment d'échec personnel

aux yeux de la société peut être débilisant au niveau psychologique et social (traduction libre, p. 188).

Plusieurs chercheurs apportent leur définition du bien-être. Ainsi, Cowen (1994), parle d'acquisition de compétences qui nous permettent de faire face à la vie et à ses difficultés. Les participants de l'étude de Thomas (2012) dans son étude qualitative auprès des PSI, ont indiqué que quatre facteurs influencent le bien-être, selon eux, soit le sentiment de sécurité, un esprit positif, des liens avec les autres et être considéré comme humain et normal.

Selon LaGuardia et Ryan (2000), le bien-être est généralement vu selon deux perspectives : « le plaisir hédoniste ou l'atteinte du bonheur et l'autre sur l'eudémonie ou sur le fonctionnement psychologique en accord avec sa propre nature. » (p. 283). De plus, selon ces auteurs, les personnes doivent pouvoir réaliser des accomplissements. 284)

Pour Hubley et collab. (2012), qui ont réalisé une recension des écrits parus entre 1981 et 2011 sur la qualité de vie subjective des personnes en situation d'itinérance, les personnes en situation d'itinérance ont une moins bonne qualité de vie que les personnes logées ou que la population en général, mais que peu d'informations sont nommées sur les variables qui peuvent influencer le résultat, notamment la santé. Les troubles liés à la santé mentale et à la consommation de stupéfiants pourraient cependant jouer un rôle dans la perception de la qualité de vie. La qualité de vie, selon eux, dépend de nos attentes, de nos buts et de nos préoccupations. Par ailleurs, les femmes et les personnes plus âgées affirmeraient avoir une meilleure qualité de vie. Thomas et collab. (2012), quant à eux, se sont intéressés au sens et à l'expérience du bien-être au quotidien chez les personnes en situation d'itinérance. Ils ont réalisé des entrevues et du travail de terrain auprès de vingt participants. Les résultats indiquent que la santé a peu d'impact sur la perception du bien-être. Ce qui est important, c'est le sentiment de sécurité, d'avoir une attitude positive et de se sentir bien, d'être en lien avec d'autres et la possibilité de participer à une vie en société. Ils ajoutent que l'exclusion sociale a un impact négatif sur le bien-être des personnes.

Simard (2016), a établi une typologie des besoins des personnes en situation d'itinérance : avoir un abri, qui revient à combler ses besoins de base de refuge, avoir de quoi se vêtir,



pouvoir se nourrir, avoir un chez-soi et « vouloir avoir un travail ou au moins participer à une activité significative. C'est vouloir avoir une vie relationnelle significative à l'intérieur de laquelle exister en tant que personne. » (p.60) De plus, « Autour du thème *avoir une vie*, se concentrent les besoins liés à l'estime, à la reconnaissance, à l'autonomie et à tout ce que l'on peut ranger dans la quête de sens. » (2016, p.60-61) Seager va dans le même sens, alors que pour lui les personnes en situation d'itinérance doivent « être aimées, être écoutées, avoir un sentiment d'appartenance, s'accomplir et avoir du sens et de l'espoir » (2011, p.284). Hegarty (2014), qui a réalisé une étude phénoménologique auprès de huit hommes en situation d'itinérance en Angleterre, affirme aussi que le bien-être est influencé par l'estime de soi et l'auto-efficacité, et cela détermine aussi les capacités des personnes à sortir de l'itinérance. Il suggérerait donc des services qui offriraient du soutien aux personnes.

En somme, les auteurs s'entendent sur le fait que le bien-être des personnes en situation d'itinérance repose en bonne partie sur des relations et une inscription dans la société, en se basant sur ce qui est généralement reconnu, notamment chez Maslow, pour l'accomplissement de l'humain.

### **Définir la psychothérapie**

Avant d'aller plus loin, il importe de définir le service tel qu'il est proposé aux personnes en situation d'itinérance dans le cadre de ce programme. La loi 28 la présente ainsi : «La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.» (Éditeur officiel du Québec, 2009)

Les professions habiletés à pratiquer la psychothérapie sont les psychologues, les médecins, les conseillers d'orientation, les criminologues, les ergothérapeutes, les membres de la

profession infirmière, les psychoéducateurs, les travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux et les sexologues.

### **Des psychologues parlent de leur expérience**

En Europe, plusieurs cliniciens travaillent auprès de la clientèle marginalisée formée par les personnes en situation d'itinérance. Voici quelques exemples qui ressortent de la littérature. Ces cas présentent les points de vue des psychologues, mais non des personnes suivies.

Dre Suzanne Elliott offre le service à Leicester, en Angleterre. Elle explique (Jarrett, 2010) que les personnes peuvent faire appel au service elles-mêmes afin de rendre celui-ci le plus accessible possible. Elle note avoir dispensé le service occasionnellement directement dans la rue. Beaucoup des cas qu'elle a rencontrés exprimaient de la colère et avaient connu de la négligence étant enfant.

Le Dr John O'Connor, basé en Irlande, présente deux études de cas rencontrés lors de sa pratique professionnelle en tant que psychothérapeute (O'Connor, 2005). Selon lui, le cadre thérapeutique doit s'adapter aux personnes vulnérables qui sont en situation d'itinérance. Ses résultats sont très difficiles à transposer à l'expérience vécue en psychothérapie étant donné la petitesse de son échantillon. De plus, les deux cas avaient été référés par un organisme dont le but était d'avoir une compréhension globale de l'itinérance, ils ne venaient donc pas d'eux-mêmes. Les thérapies étaient de longue durée, dont la première de dix-huit mois. Il a été difficile de créer un lien thérapeutique avec le second homme, qui testait beaucoup le lien. Son étude rejoint celle de Ludwig (1999), qui donne un exemple de cas clinique d'une personne exclue socialement qui reçoit un suivi psychologique, en France, et de l'approche que le psychologue a du avoir pour se faire connaître, de la façon dont le lien s'est créé entre eux. Un lien qui n'est jamais complètement gagné, précisent Arveiller et Mercuel (2012, p. 63).

Pascal Hachet est psychologue clinicien auprès des toxicomanes dans un service multidisciplinaire en France. Selon lui, les psychologues ne se spécialisent qu'avec un type de substances, soit l'héroïne ou autre; autrement dit ni la comorbidité, ni l'alcoolisme ne peuvent être abordés. Dans l'Hexagone, explique-t-il, les services se déclinent en différents

endroits : des centres d'accueil et des centres post-cure. Le cadre thérapeutique y est sensiblement similaire que dans une psychothérapie plus classique: « respect du lieu de travail et de la personne du thérapeute, notamment pas de consommation de drogues au moment de la séance ni de passage à l'acte. Une différence importante doit toutefois être précisée : la prise en charge n'est pas payante... » (2002, p.18). L'auteur décrit la relation qui existe entre une personne et son aidant : « Outre le fait que ces personnes peuvent réaliser sur un mode moins sporadique le travail psychothérapeutique nécessaire à leur évolution, la continuité thérapeutique par là même développée a pour effet d'amenuiser l'effeuillage déstabilisant de notre amour-propre qu'occasionne le rythme inexplicablement capricieux auquel obéissent les venues et les non-venues des toxicomanes suivies de manière ambulatoire : « Il m'aime (il vient aux séances), il ne m'aime pas (il ne vient pas, ou plus, aux séances), et ainsi de suite. (2002, p. 63).

### **De l'effet d'un suivi thérapeutique sur la qualité de vie**

Coleman (2017) a comparé des personnes maintenant logées et suivies de près par des gestionnaires de cas et des personnes en situation d'itinérance. Ses trente participants ont été divisés en deux groupes. Ils devaient remplir trois questionnaires : un incluait des données sociodémographiques, leur historique de placement et la fréquence de services sociaux reçus, puis le *Brief Psychiatric Rating Scale*, de même que le *Oxford Happiness Scale*. Les résultats ont démontré peu de différence dans la qualité de vie. L'auteure suggère que des services thérapeutiques soient offerts afin d'améliorer la qualité de vie.

Joy (2013) a réalisé une étude quantitative pour mesurer les effets d'un traitement psychologique sur 81 hommes itinérants âgés de 40 ans en moyenne présentant des symptômes dépressifs et se soumettant à un programme de désintoxication dans un organisme pour personnes en situation d'itinérance. Les résultats au post-test ont indiqué une réduction significative des symptômes après avoir débuté le suivi psychologique.

En résumé, les études réalisées ont abordé la question du bien-être sur plusieurs facettes, notamment au niveau de la relation que les personnes avaient avec elles-mêmes et avec les autres, leur qualité de vie générale et leur satisfaction à l'égard de la vie. Les dimensions

matérielles, relationnelles et psychologiques y étaient creusées en filigrane. Ma recherche permettra d'éclairer ces dimensions, tout en abordant la dimension corporelle et en explorant la relation avec les psychologues.

### **Accès et obstacles face aux soins et aux services sociaux de santé**

Malgré un système de soins universel au Canada (Hwang, 2010), les personnes en situation d'itinérance connaissent des difficultés importantes dans l'accès à des services sociaux et de santé (Hwang, 2001, Oudshoorn et collab., 2013). Ceci s'explique notamment par le fait que les services ne sont pas adaptés à leur situation de vie ou qu'ils ne sont pas accessibles financièrement ou encore parce que les personnes sans domicile subissent de la discrimination de la part de certains professionnels (Klein et Reddy, 2015). Krausz et collab. (2013) ont recruté 500 personnes en situation d'itinérance adultes en Colombie-Britannique et leur ont fait passer le test MINI PLUS afin de connaître les troubles mentaux dont ils étaient atteints. Il en est ressorti que près de 93 pourcent des participants avaient un trouble de santé mentale, mais seulement 15 pourcent avaient consulté un psychiatre et 13 pourcent une équipe en santé mentale durant l'année précédant l'étude. Par ailleurs, ces personnes avaient peu de contact avec le système de santé. Les personnes auraient tendance à demander des services en cas de dernier recours seulement, selon Oudshoorn et collab., 2013. Ces derniers notent qu'une attitude respectueuse et une envie de travailler avec cette population de la part des professionnels influencent positivement la relation avec ces personnes (Oudshoorn et collab., 2013). Les personnes en situation d'itinérance auraient aussi tendance à ne pas demander d'aide jusqu'à ce que la situation soit devenue intolérable, particulièrement en santé physique (Grimard, 2006).

Les personnes plus fragilisées au niveau de la santé mentale ou physique sont plus à risque de ne pas voir leurs besoins comblés par le système de santé (Hwang, 2010, Guicher et collab., 2016). De plus, ces personnes sont difficiles à rejoindre, comme le souligne Collins (2008). En ce qui concerne la santé mentale, des psychologues sont disponibles dans les CLSC ou dans le réseau privé au Québec, mais pour avoir droit au service en CLSC, il faut résider sur le territoire et pouvoir le prouver au moyen de documentation (Hwang, 2001). Le seul CLSC à Montréal qui offre un service de psychologie aux personnes de la rue est celui

des Faubourgs, mais le service n'est offert qu'aux jeunes de 25 ans et moins sauf dans quelques exceptions. De plus, les services en CLSC demandent la carte d'assurance-maladie que les personnes en grande précarité perdent souvent et se font voler. En 2015, une étude montréalaise soulignait que l'État devrait subventionner l'accès à la psychothérapie et indiquait les conditions sous lesquelles cet accès devrait être implanté, selon leurs perspectives, tout en s'intéressant aux domaines et clientèles qui attireraient les psychologues (Bradley et collab., 2015).

Les personnes rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins autant dans les milieux institutionnels que communautaires. Selon Douville (2012), les maladies mentales dont les personnes précaires souffrent sont « plus sévères et handicapantes », ce qui fait en sorte que les personnes n'accèdent souvent aux soins que via les hôpitaux. (Douville, 2012, p.2) Par ailleurs, les personnes sont discriminées et font face à des préjugés de la part des dispenseurs de services et des services administratifs, quand leurs demandes ne sont pas refusées ou qu'ils n'attendent pas longtemps d'obtenir ce service. (Grimard, 2006).

Il est important de noter que plusieurs organismes communautaires offrent des soins en santé mentale et que ceux-ci ont un impact positif pour leurs usagers (Fleury et Grenier, 2014). Ainsi, ils favorisent un accès aux soins pour les personnes qui, autrement, n'y ont pas accès, permettent la filiation à un réseau social et favorisent l'autonomisation et la confiance en soi. Selon les mêmes auteurs, cet accès aux soins diminuerait par ailleurs le nombre d'hospitalisations et améliorerait la qualité de vie en diminuant les symptômes. Vingt-deux pourcent des 757 personnes utilisatrices de ressources rencontrées à Montréal et Québec connaissent des « troubles concomitants » (Bonin et collab. (2005), p. 212) comme la toxicomanie et la santé mentale, mais n'utilisent pas les services en santé mentale et en toxicomanie et les auteurs invoquent « le fait que la personne pensait que le problème se réglerait de lui-même » (p. 233).

Les stigmas liés à la santé mentale, particulièrement chez les personnes ayant des troubles de la personnalité, font en sorte que ces personnes ont un accès aux soins plus restreint et une mauvaise relation avec les professionnels de la santé (Barley, 2017). Une étude qualitative menée auprès de neuf hommes à Québec a aussi fait ressortir le fait que l'identité

masculine est un obstacle dans l'accès aux services (Turchetto, 2012), mais qu'elle peut aussi, dans certains cas, lorsque les hommes souhaitent «atteindre un idéal de masculinité» (p.i) faire en sorte que les hommes les recherchent. Plusieurs autres auteurs abondent dans le même sens (Nguyen et collab., 2011, Desgagnés, 2016, Tremblay, 2016, Good et collab., 1989, Addis et Mahalik, 2003, Yousaf et collab., 2015). Ils préféreraient tenter de résoudre leur problème par eux-mêmes plutôt que de vivre de la honte, ne pas parler de leurs émotions car pour eux, demander de l'aide reviendrait à ne pas être indépendant (Yousaf et collab., 2015). De plus, selon Desgagnés, il existe une relation entre le rôle masculin et la pauvreté (2016). Les hommes seraient également plus susceptibles de s'engager dans des comportements destructeurs que les femmes (Amato et MacDonald, 2011). Le statut social aurait aussi sa part à jouer dans le comportement face à la demande d'aide; les hommes à plus faible revenu étant plus réticents à demander de l'aide (Möller-Leimkühler, 2002).

Bel a réalisé en 2016 une étude qualitative auprès d'hommes toxicomanes vieillissants âgés de cinquante ans et plus. Les résultats ont indiqué que ces hommes se sentent stigmatisés dans les soins qu'ils reçoivent par le système de santé et qu'ils font souvent le choix de s'auto-exclure. Bel note que « [c]ette auto-exclusion se manifeste par des refus de traitement, des absences volontaires et répétées à des rendez-vous de suivi ou par le fait de ne pas prendre volontairement de rendez-vous. » (2016, p. 30). Elle ajoute que « [l]'auto-exclusion serait de leur part une tentative de ne pas subir la stigmatisation et une forme de récusation des normes valorisées socialement en matière de santé, ou un renoncement à y parvenir. » (2016, p.30).

Pour Arveiller et Mercuel, psychiatres auprès de personnes de la rue, « la notion habituelle de rendez-vous est, par exemple, bien souvent peu valide chez des personnes dont l'organisation des journées est marquée par le court terme et la survie à la rue. » (2012, p. 26). Il n'est pas aisé, dans ce contexte, de prendre soin de soi, alors que la vie est façonnée par l'urgence du prochain repas ou du prochain lit.

Le non-usage des services en santé peut aussi être vu comme un refus de se conformer à une identité (par exemple, celle d'« itinérant », en allant voir une équipe itinérante) et comme une volonté de se protéger sur les plans de la santé physique et mentale ainsi que de l'identité (Roy et collab., 2006). Les personnes peuvent craindre de faire appel à un psychologue à

cause de leurs propres préjugés et de ceux des autres, de mauvaises expériences antérieures avec des spécialistes de la santé mentale ou de leur méconnaissance de l'approche des psychologues (Taylor, 2012). Enfin, les personnes vivant avec des problèmes de dépendances et d'autres problèmes de santé mentale ont peu l'habitude de consulter les professionnels qui préféreraient concentrer leurs efforts sur des clientèles plus aisées (Guay, 1987). Bonin et collab. soulignent que les spécialistes de la santé mentale peuvent douter des possibilités de rétablissement des personnes en situation d'itinérance (2005). Ces difficultés viennent souvent renforcer des conditions de vie ayant un impact négatif sur leur santé physique et mentale.

### **Services en santé mentale pour personnes en situation d'itinérance**

Au Canada, depuis l'implantation du programme *Logement d'abord*, dans lequel les personnes en situation d'itinérance sont logées sans condition, un soutien psychosocial régulier est offert par des intervenants (Lambert, 2011). Pour les personnes qui maintiennent leur vie dans la rue, la plupart des services sont offerts par des travailleurs sociaux ou des intervenants dans les différents organismes communautaires. Par exemple, à Montréal, le Centre d'écoute et d'intervention Face à Face a, depuis trente-cinq ans, un volet dédié aux personnes en situation d'itinérance. Bien que le service ne soit pas dispensé par des psychologues, les bénévoles et intervenants sont formés en travail social et peuvent écouter les personnes, offrir du soutien collaboratif, c'est-à-dire dans une démarche où les personnes sont partie prenante de leur cheminement et des décisions et les référer à des organismes partenaires ou dans le réseau de la santé et des services sociaux au besoin. De plus, l'organisme offre du soutien téléphonique à toute personne qui en a besoin, et ce, sans limite. Toujours à Montréal, la Clinique communautaire de la Pointe-Saint-Charles, mise sur pied dans les années 1960, offre une approche globale envers la santé mentale (Perreault et collab., 1999). Les intervenants sociaux, psychoéducatrices, infirmières et médecins travaillent en partenariat avec ceux de l'hôpital Douglas et peuvent y diriger les personnes au besoin. En Angleterre, quelques organismes offrent du soutien psychologique, à raison de 15 séances individuelles ou de groupe en six mois, avec la possibilité de revenir au bout de ces six mois. (Taylor, 2012).

Les personnes en situation d'itinérance ont accès à différentes thérapies pour faire face à leurs dépendances, où les intervenants leur inculquent qu'ils sont responsables de la série de mauvais choix qui les a menés à leur réalité, ce qui crée une relation complexe avec leur santé mentale (Dej, 2016). Selon l'auteure, ils sont encouragés à se prendre en main, sans considération pour les facteurs sociologiques liés à l'itinérance : La société s'attend d'eux à ce qu'ils établissent des buts à atteindre qui soient acceptables. L'itinérance est gérée sur le modèle de la charité en comblant les besoins de base, mais peu de programmes ou services travaillent les traumas (Hopper et collab., 2010) et les intervenants ne connaissent pas toujours les impacts des traumas sur les populations desservies (idem).

Les thérapies comme des psychothérapies psychodynamiques, des thérapies cognitives, des programmes en douze étapes, le soutien au logement, ont été présentées comme étant utiles, (Maguire et collab., 2009) dans une revue de littérature ayant analysé plus de cent cinquante articles.

Cependant, en 2015, le gouvernement provincial a amputé les prestations d'aide sociale des personnes qui suivaient une thérapie dans un centre, faisant en sorte que plusieurs ont choisi d'abandonner celles-ci. Plusieurs centres ont par ailleurs dû fermer leurs portes à la suite à ces coupes limitant ainsi l'accès à des soins en santé mentale.

### **Le travail de proximité psychiatrique**

La littérature scientifique donne plusieurs exemples de travail de proximité réalisé auprès des personnes sans domicile et en situation de grande précarité. Ainsi, on note le cas du psychiatre Vincent Girard qui a contribué à mettre sur pied des équipes qui, à Marseille, vont à la rencontre des plus démunis dans la rue, fournissent des soins psychiatriques, mais également un accès au logement (Sarradon-Eck et collab., 2014). Cette façon de faire combine des médecins et psychiatres, des travailleurs sociaux, des infirmières et des pairs aidants. Les auteurs parlent ici du « prendre soin » et de la « guérison », qui inclut le diagnostic et le traitement médical, deux actes qui sont réalisés par l'équipe. La méthode d'approche avec les personnes dans la rue est de prendre contact avec elles; ce qui permet de créer un lien (p.6).



Des équipes spécialisées ont aussi vu le jour en travail de proximité à Montréal. Depuis plusieurs années, une équipe de psychiatres va à la rencontre des personnes en situation d'itinérance dans la rue (Denoncourt et collab., 2000). Plus récemment, l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance a vu le jour, qui combine à la fois des policiers et des travailleurs sociaux et infirmiers, qui vont à la rencontre de ceux qui génèrent le plus d'appels au 911 et font un suivi régulier avec eux (Côté et Macdonald, 2016).

Une autre initiative, le projet PRISM (Projet de ré affiliation en itinérance et santé mentale), regroupe deux des refuges montréalais, une intervenante psychosociale, une travailleuse sociale, une infirmière et un psychiatre qui font un suivi serré des personnes logées par le programme. Cette initiative peut ressembler à celle mise en place par l'hôpital Sainte-Anne, en France (Arveiller et Mercuel, 2012, p.25). Cet hôpital est devenu pour les personnes en situation de précarité un lieu d'accueil, où ils peuvent « se poser et prendre éventuellement une boisson chaude » (idem, p.32). On fait donc du travail de proximité comme au PRISM; mais en plus, on y crée une structure avec des rendez-vous. Des infirmiers font partie de l'équipe et font une première évaluation. « Il s'agit d'un accueil de la personne en «bas seuil», c'est-à-dire en acceptant de la personne ce qu'elle peut présenter à ce moment-là et qui ne serait pas nécessairement acceptable dans un autre lieu. » (idem, p. 62).

Ces équipes de travail de proximité, et dont les intervenants suivent une approche « aller vers » (Arveiller et Mercuel, 2012, p.25) soulignent Dubruecq et collab. (2012) sont la porte d'entrée d'équipes intégrées qui forment une équipe médicale qui fait un suivi serré auprès de la personne dans la santé mentale et les dépendances. Furtos définit ce type d'approche ainsi (1999, p.62): « Le modèle aller-vers consiste à construire un non-modèle, quelque chose de non cassable qui peut seulement avoir lieu ou pas, créer une rythmicité, les conditions d'une relation différenciée. Il s'agit de considérer le clinicien comme un praticien malléable qui n'a pas la hantise d'être manipulé. »

Toutes ces initiatives, relativement récentes, permettent de rejoindre les personnes non traditionnellement rejointes par les milieux hospitaliers en offrant une structure souple et en allant trouver les personnes là où elles sont avec une approche de proximité.

### **Clinique de la précarité/clinique psychosociale**

Jean Furtos (2008, p.19) définit la clinique psychosociale comme « la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social. » Elle touche principalement les personnes les plus démunies matériellement. Pour lui, différents symptômes définissent cette clinique (p. 19) :

« — L'expression de la souffrance psychique se fait d'abord sur les lieux du social;

- On observe un rapport à la précarité dans ses aspects sociaux et psychiques;
- La problématique de la rupture identitaire est posée de manière insistante;
- La souffrance psychique est différenciée de la maladie mentale (...);
- Les usagers (...) ne se confieraient pas spontanément à des psys, ils pourraient même en récuser la possibilité;
- Les aidants sont donc mis en position de répondre à cette souffrance psychique par une attitude compréhensive, non expulsive (...)
- Pour y répondre, il y a lieu, pour l'aidant, d'accepter une suspension provisoire des causalités médicales, sociologiques, politiques. Ce qui se passe entre cette personne et le professionnel est le fondement de toute clinique, dans une institution donnée. »

Pour Douville (2012, p.2), « Le clinicien s'il s'implique dans des dispositifs qui permettent l'écoute et l'accueil du sujet et non seulement l'assistanat de la personne situe son acte au croisement de deux types de réalités se superposant : la réalité sociale et la réalité de la situation personnelle. Les exclusions sociales ont des effets plus rudes encore sur les sujets qui se sont coupés, dans un vécu de n'être plus rien, de ce qui peut encore rester comme possibilité de reprise ou de réinsertion. C'est souvent cette appétence au lien qui doit être reconstruite, autrement toute solution plaquée de réinsertion ou de retour aux anciens modes d'échanges risque de connaître ses essoufflements et même ses échecs. »

À propos de l'intervention psychologique elle-même, O'Connor dit : « Une intervention thérapeutique pour les personnes en situation d'itinérance devrait refléter les vraies circonstances authentiques de la vie de ces personnes, qui sont habituellement traumatiques. Il devrait aussi être clair que la psychothérapie n'est qu'une des nombreuses interventions

nécessaires dans le but d'avancer le bien-être de toute personne en situation d'itinérance. » (traduction libre, p.225). Pour, O'Connor, de même que pour Charras et Eynard (2014) le lieu où le service est dispensé est important pour donner un sentiment de sécurité à la personne. Il devient donc primordial d'offrir un service tel que celui analysé dans ce mémoire dans un endroit accueillant et qui peut être investi par les personnes.

« L'intervention clinique en situation de précarité psychique implique le développement d'un accueil ou d'une hospitalité psychique particulière. Le philosophe Jacques Derrida a mis l'accent sur l'inconditionnalité de tout accueil, «l'hospitalité»; il s'engage ici sur la voie ouverte par Lévinas : accueillir, c'est toujours la rencontre d'un visage étranger, le risque d'une rencontre avec l'Autre. » (Mellier, 2007, p.93).

Selon Mellier, on ne peut pas utiliser le modèle habituel de la psychothérapie lorsque des souffrances importantes sont présentes (idem, p. 86). Et ces souffrances ne sont pas clairement identifiables et ne se présentent pas aisément (idem, p.88). « Ces souffrances alimentent les conflits dans les équipes et participent aux «désordres» des autres logiques – somatiques, judiciaires, éducatives, médicales ou sociales – propres au sujet. Conflits dans le *socius*, perturbation de la logique du *soma*, ces deux voies extrêmes montrent comment aucune demande n'est directement adressée au clinicien. » (idem, p.88). Le psychologue doit donc décrypter les messages de la personne devant lui. De plus, le lien thérapeutique peut créer des sentiments de rejets à cause de la connexion, du lien qui se crée entre le thérapeute et la personne, qui peut être trop difficile pour certains à porter, car ses liens préalables étaient précaires.

Pour Ratté et coll. (2016), « la *posture d'accueil de l'aidant* est fortement déterminante de la capacité de son aidé de plonger dans sa souffrance et de cheminer. Plus exactement, un accompagnement de la personne souffrante ancré dans *l'accueil et la présence* semble susceptible, en lien avec d'autres conditions relationnelles [...], de permettre à l'aidé d'entrer dans un espace particulier d'expérience que les sujets-chercheurs avaient qualifiés, à la toute fin de ce premier cycle de recherche coopérative sur les fondements du counseling psychologique, de *spirituel* » (p.S110). Pour O'Connor (2005), l'accueil du thérapeute et sa

capacité à ne pas juger et à être ouvert et conscient de ce que vit la personne devant lui font toute la différence.

« Les hommes, de manière générale, rechercheraient dans les services, un caractère humain, plus personnalisé et ils souhaiteraient que les interventions soient davantage axées sur l'action et les solutions. L'intervention de groupe s'accorderait bien avec les réalités masculines. Elle présenterait une efficacité certaine en s'appuyant sur des caractéristiques masculines favorisant le lien avec l'aide et le recours aux services. Pour rapprocher les services des hommes, il faudrait favoriser un rapport intervenant-usager plus égalitaire, permettant aux hommes de conserver leur autonomie tout en ne se sentant pas jugés et reconnus sur la base de leurs connaissances, de leurs habiletés et de leurs expériences. Enfin, le réseau émotionnel pour plusieurs hommes se limiterait assez souvent à la conjointe. Cette dernière servirait régulièrement d'intermédiaire pour favoriser l'accès des hommes aux services. » (Tremblay [2016] p.23-24) L'approche préconisée par Médecins du Monde est en individuel et favorise, justement, un rapport psychologue-usager égalitaire.

Le contact humain et le besoin d'être reconnu comme tel à travers le suivi psychologique ressortent de nos entrevues. Les participants ont aimé l'approche de leur psychologue, son ouverture, tout comme les participants de Bentley (2007, p.209). La personnalité des psychologues est également importante dans l'accueil des personnes. De manière générale, la psychologue met à l'aise en étant accueillante, douce et ouverte, en ne jugeant pas et en étant gentille, tout en dégageant un sentiment de compétence.

### **L'alliance thérapeutique**

La relation établie avec le thérapeute peut influencer les résultats de la psychothérapie, comme l'indique Thompson (1995). Selon Horvath, « la recherche sur l'état des relations avec les thérapeutes indiquait que la perception des clients était plus prédictive des résultats du traitement que le rapport du thérapeute ou des évaluations par un tiers de la qualité de la relation » (traduction libre, 2000, p.5). Pour Bucci et collab. (2016), l'alliance thérapeutique ne se crée pas d'emblée; la relation entre le patient et le thérapeute l'influence, de même que le style d'attachement du thérapeute.

Duquesnoy, Perdereau et Guedeney (2006) affirment : « Même si l'insécurité de l'attachement ou sa non-organisation se situe la plupart du temps dans un registre adaptatif et non pathologique, elle restreint l'individu dans la flexibilité de ses réponses émotionnelles face aux événements de la vie et entrave sa capacité à pouvoir solliciter et profiter d'une aide apportée par autrui. » (p.237). Dozier (1990) va dans le même sens : la sécurité est liée à une meilleure adhérence au traitement, alors que ceux qui utilisaient l'évitement rejetaient les fournisseurs de service et se révélaient moins.

Les toxicomanies peuvent aussi influencer l'attachement d'une personne avec un thérapeute. Kothari et coll. (2010) se sont intéressés à la relation entre des psychologues et des utilisateurs de substances dans une étude phénoménologique exploratoire auprès de huit thérapeutes. Selon eux, « les personnes s'engagent dans une thérapie en fonction de la relation établie avec le psychologue; de plus, il faut considérer les occasions où le thérapeute a pu influencer la personne devant lui » (traduction libre, p. 258). Dans une étude contrôlée randomisée auprès d'utilisateurs de drogues et de personnes faisant des psychoses, Berry et collab. (2015) ont évalué l'attachement entre le thérapeute et le client par des questionnaires auto-rapportés auprès de 327 participants, dont la moitié recevait un traitement. Ils ont rapporté que la thérapie avait un effet sur la quantité de stupéfiant consommé dans les deux années suivantes (p. 170). Berry souligne que plusieurs études ont précisé que les liens préalables de la personne ont une incidence sur l'attachement de la personne avec son thérapeute (p. 171). Ainsi, les personnes qui ne s'attachaient pas au thérapeute avaient des symptômes plus sévères lors des temps de mesure (p.174). De plus, « contrairement aux prédictions ni l'alliance thérapeutique ou l'alliance avec le client n'était reliée significativement aux retombées actuelles. » (traduction libre, p.174), c'est-à-dire à la consommation de substances.

Pour O'Connor, « le travail de la thérapie est toujours mis au défi par le client qui veut éviter de penser et le changement – le pôle opposé de celui occupé par la personne impliquée dans une alliance thérapeutique » (traduction libre, 2005, p.226). Toujours selon O'Connor, « il serait irresponsable de dire qu'un processus psychothérapeutique pourrait avoir un effet important sur le bien-être des personnes en situation d'itinérance et qu'il pourrait les aider à quitter cet état et avoir un style de vie plus sécuritaire et stable » (traduction libre, 2005, p.231).

Pour lui, il est important que les personnes aient au moins accès à la possibilité de consulter (p.220).

Pour Wampold et Messer (2002), «c'est la signification que donne le client à l'expérience de la thérapie qui est importante. Parce que davantage de variabilité est due au thérapeute que la nature du traitement, les clients devraient rechercher le thérapeute le plus compétent possible, avec l'orientation théorique qui leur correspond le mieux plutôt que de choisir un thérapeute selon l'expérience.» (traduction libre, p. 24)

### **Le rétablissement**

Quand juge-t-on qu'une personne en situation d'itinérance est « rétablie »? Lorsqu'elle cesse de fréquenter la psychologue? Lorsqu'elle est logée et stable?

Selon Deegan (1997, p.11), le rétablissement n'est pas un but à atteindre, mais il s'agit plutôt d'un parcours. Pour l'auteure, il s'agit « de surmonter le stigma intériorisé, les faibles attentes et les pratiques cliniques déshumanisantes » (traduction libre, p.11). Link et collab. (1997, p.177) ont fait une étude auprès de 84 hommes vivant avec des troubles de santé mentale et de consommation à deux moments dans le temps, soit alors qu'ils étaient aux prises avec leurs dépendances et un an après. Les auteurs ont constaté que les stigmas avaient eu un effet important sur le bien-être des personnes. Le stigma devrait donc être traité en soi selon les auteurs. Seager, quant à lui, parle d'itinérance interne, et du fait que les personnes portent tellement de traumatismes qu'elles sont incapables de vivre dans la société normale (2011, p. 185) et que, même une fois logées, elles portent toujours cette part en eux.

### **Caractéristiques des études recensées – Synthèse critique de la recension des écrits**

Les textes recensés ont été publiés entre 2012 et 2017 et proviennent du Royaume-Uni, du Canada et des États-Unis. Ils traitent tous d'hommes adultes en situation d'itinérance et leurs objectifs sont 1) d'examiner comment l'accumulation des stress est associée aux problèmes de santé mentale des PSI; 2) de faire une revue de la qualité de vie des PSI; 3) d'explorer la définition du bien-être. Les études recensées comprennent des revues systématiques de littérature et des devis qualitatifs et quantitatifs.

Les études recensées ont toutes soulevé que l'itinérance a des impacts négatifs sur l'estime de soi. Cependant, elles ont aussi permis d'identifier que les suivis psychologiques peuvent contribuer au bien-être des PSI car ils permettraient de mieux se comprendre, se libérer d'un poids émotionnel, surpasser le désespoir et apporter des changements positifs à la vie, par exemple de reprendre contact avec des personnes de leur entourage et de reprendre confiance en soi, tout en réduisant les symptômes dépressifs de façon importante.

En ce qui concerne les limites des études, nous constatons qu'un biais de désirabilité sociale peut être présent même si la recherche est indépendante du service; la généralisation peut être limitée en raison du recrutement dans un organisme chrétien ou pour cause de petit échantillon; et les protocoles de traitements sont différents selon les thérapeutes d'une étude à l'autre. Les personnes ayant quitté le traitement ne sont pas rejointes. De plus, il est difficile de savoir si le groupe témoin présentait des symptômes dépressifs, dans l'étude de Joy par exemple. Nous avons également constaté lorsqu'il y a deux groupes que les différences entre eux sont peu explicitées.

**Conclusion de la recension des écrits :** Trente-huit textes avaient été sélectionnées et huit retenus. Le lecteur peut se référer à l'annexe 2 afin de voir les termes de recherche utilisés. Très peu d'études récentes ont été réalisées sur les services de soutien psychologique auprès des PSI et sur leur bien-être et encore moins d'études qualitatives. Peu de données sont issues du Canada, d'où l'intérêt de réaliser une étude au Québec, à Montréal, où l'itinérance soulève des enjeux d'actualité. Nous avons constaté un engouement pour les études sur les programmes de *Logement d'abord*, très récents, les programmes de santé mentale pour les vétérans et les adolescents, mais ceux-ci ne cadraient pas avec notre recherche puisque les personnes ne sont pas logées au moment où elles commencent le suivi et ce n'est pas un des buts recherchés par le suivi. De plus, des études ont été réalisées sur la psychiatrie de rue (Farmer, 2011), mais encore là, cela ne correspond pas à notre travail, car une psychologue est sur les lieux que fréquentent les personnes en situation d'itinérance. Dans le cas de la psychiatrie, les enjeux diffèrent légèrement en raison du diagnostic et de la médication. Les études examinées étant essentiellement quantitatives et s'appuyant sur des échelles paramétriques avant-après, et ne s'ancraient pas sur des dimensions de vie plus larges comme peut le faire une recherche menée à l'aide d'entretiens.

### **Intervention de proximité: le service mis en place par Médecins du Monde**

Médecins du Monde Canada a mis en place en 2014 un service novateur de soutien psychologique à Montréal. Ce service de psychologie de proximité est offert aux personnes à risque d'itinérance et en situation d'itinérance âgées de 26 ans et plus et se déploie en partenariat dans les lieux fréquentés par les personnes (par exemple, la Mission Bon Accueil). L'approche est adaptée selon les clientèles, c'est-à-dire en acceptant les retards, les absences et sans besoin de pièces d'identité ou d'éléments susceptibles de créer une barrière, comme un service informatisé de traitement des demandes. Le service est gratuit.

Le suivi psychologique tel que défini par Médecins du Monde consiste en des rencontres individuelles de cinquante minutes dans les locaux de la Mission Bon Accueil avec une doctorante en psychologie supervisée, selon les règles établies par l'Ordre des Psychologues du Québec, par un psychologue d'expérience. Le nombre de séances n'est pas fixé d'avance et dépend des besoins du bénéficiaire qui peut arrêter le suivi quand il le désire et le reprendre, au besoin.

L'approche de Médecins du Monde consiste à aller vers les gens afin de prendre le temps d'établir une relation de confiance dans un contexte qui n'est pas marqué par l'exigence d'atteindre des objectifs précis de réinsertion sociale ou professionnelle. En étant dans le milieu de vie des personnes, ces dernières seraient plus disposées à consulter.

Dans un document de Médecins du Monde, l'approche mise en œuvre est qualifiée de la manière suivante :

« Il s'agit de l'instauration d'un espace physique où il est possible de se poser, de se raconter, d'énoncer et d'être accueilli, et ce, en vue de favoriser l'ouverture d'un espace psychique. La spécificité du psychologue tient entre autres à sa posture de neutralité et à sa capacité d'entendre, liées à sa situation extérieure, indépendante aux normes, exigences et règlements des organismes communautaires fréquentés par les personnes. Cette position désintéressée promeut et favorise une prise de parole plus libre des personnes rencontrées. » (Médecins du Monde, 2016 : 2).



Les visées de cette intervention sont de favoriser un « remaniement psychique permettant au sujet de se dégager de certaines répétitions, symptômes, comportements par une compréhension de son fonctionnement psychique et la construction du sens » et un « processus de resubjectivation et de réaffiliation » permettant la « reprise de contact au monde interne, puis au monde extérieur. » (*Ibid.*)

La pratique mise en place par Médecins du Monde peut être définie comme une pratique de proximité : elle vise à offrir des services dans la communauté à des personnes qui en raison de leur situation de vie ou de contraintes structurelles, rencontrent un certain nombre d'obstacles dans l'accès à ces services (Baillargeau et Bellot, 2007).

La posture des psychologues de MdM, telle que mentionnée à quelques reprises dans les rencontres d'équipe, est celle de « l'accueil ». Les entretiens avec les PSI visaient notamment à mieux comprendre comment cet accueil était vécu et défini par les personnes qui en bénéficiaient. Cet accueil, la Rue des Femmes le nomme la « santé relationnelle »; il s'agit d'instaurer un sentiment de sécurité, d'inclusion, de connexion. Pour la Rue des Femmes qui a présenté lors du Colloque national en itinérance en octobre 2017, les personnes à la rue vivent un stress post-traumatique qui a été chronicisé et enraciné. Certes, notre étude se concentre sur les hommes; et les femmes à la Rue des Femmes reçoivent des services provenant d'intervenantes psychosociales et non de psychologues, mais nous avons aimé leur façon de présenter les personnes auprès de qui elles travaillent : « des personnes blessées, souffrantes, qui ont besoin d'aide » (Gilbert et collab., 2017)

### **Cadre conceptuel**

Après avoir exploré plusieurs définitions du bien-être et considéré différents cadres, nous avons choisi de retenir un cadre conceptuel qui nous semble reprendre plusieurs des retombées mentionnées précédemment dans les études analysant les impacts des services psychologiques à destination des PSI. Ce cadre a été développé pour mieux comprendre l'impact de services de proximité sur le bien-être de personnes en situation de perte d'autonomie et vivant dans la pauvreté. Nous pensons qu'il offre un cadre de réflexion pertinent pour comprendre l'impact d'un service de proximité tel que celui de MdM, car dans

le cas des PSI, il s'agit également de personnes relativement isolées, en situation de pauvreté, stigmatisées ayant souvent d'importants problèmes de santé physique et mentale. Également, dans les rencontres initiales avec MDM, les psychologues identifiaient des impacts de leur action auprès des PSI dans différentes sphères de vie de la personne, ce qui soulignait l'importance d'avoir un cadre conceptuel souple et relativement large pour penser les effets sur la vie des personnes, comme le fait de pouvoir prendre ses propres décisions, d'avoir le contrôle sur sa vie et son autonomie qui sont des dimensions à part entière du bien-être. Ce cadre conceptuel, développé par McAll, Fournier et Godrie (2014), pour mieux comprendre l'impact des interventions de proximité sur le bien-être se décline en cinq dimensions :

- Matérielle, à savoir tout ce qui renvoie au confort de la personne, à son environnement immédiat ou encore à sa situation financière;
- Relationnelle, à savoir la qualité du réseau de la personne, que celui-ci ait un effet positif ou négatif sur son bien-être et la qualité des liens qu'elle peut établir ou non avec son entourage;
- Corporelle, à savoir la santé physique de la personne, ce qui comprend également mais aussi les décisions relatives à son corps, qu'il s'agisse de prise de médication ou encore des soins les plus adaptés à ses besoins;
- Décisionnelle, c'est-à-dire la capacité de prendre des décisions pour soi et non de se faire imposer des choix;
- Enfin, temporelle, c'est-à-dire, l'inscription de la personne dans son histoire de vie, la reconnaissance par les autres de ce qu'elle a vécu et sa capacité à faire des projets au-delà des étiquettes stigmatisantes auxquelles les PSI sont souvent renvoyées, c'est-à-dire celles de personnes qui ont toujours été itinérantes et qui n'ont pas de rêves ou d'avenir.

Par ses dimensions, ce cadre nous permet de cerner le soutien psychologique dans la trajectoire de vie de la personne. Nous en avons fait découler les indicateurs qui sont présentés dans la section des analyses.

### **3. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

#### **3.1 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal était de comprendre l'expérience d'un service de pratique de proximité (soit le soutien psychologique de MdM) selon la perspective des hommes en situation d'itinérance qui fréquentaient le refuge ou les services de réinsertion de la Mission Bon Accueil à Montréal, au Québec. Les objectifs secondaires se déclinaient ainsi : explorer les perceptions des personnes en situation d'itinérance en lien avec le soutien psychologique reçu et décrire les retombées que le soutien a eues sur leur bien-être selon les dimensions du cadre conceptuel de McAll, Fournier et Godrie (2014) défini précédemment.

#### **3.2 Retombées anticipées**

Cette étude apportera des données scientifiques sur un phénomène nouveau au Québec et au Canada. Elle permettra de constater l'ampleur des retombées du service de soutien psychologique auprès de personnes considérées désaffiliées ou marginalisées. Par ailleurs, elle permettra peut-être à l'organisme partenaire de réfléchir au développement de nouveaux points de service ou de contribuer à la réflexion du Ministère de la Santé et des Services sociaux sur l'opportunité d'investir dans un tel service pour les populations les plus marginalisées.

## **4. MÉTHODOLOGIE — Complément à l'article**

### **4.1 Déroulement de la recherche**

Cette recherche est le fruit d'un partenariat avec Médecins du Monde, qui a approché les chercheurs. L'équipe de chercheurs a donc rencontré plusieurs fois l'équipe de MdM afin de travailler avec elle sur les buts, les critères d'éligibilité des participants à la recherche, les questions de recherche et les questions d'entrevue. Un comité de suivi de la recherche a été mis en place et comprenait :

- 3 psychologues qui dispensent le service de proximité;
- 2 responsables de Médecins du Monde Canada;
- 3 chercheurs de l'UdS et l'UdM.

Quatre rencontres portant sur le protocole et sa préparation ont été tenues avant la première visite sur le terrain. Le comité de suivi a approuvé le guide d'entrevue avant la première visite sur le terrain. Par la suite, deux rencontres ont été tenues pour faire état de l'avancement des travaux et des résultats. Les données recueillies ont été présentées au comité afin de les valider et leur interprétation a été confirmée en rencontre. Chacune de ces rencontres a été dactylographiée afin de pouvoir y revenir. Les membres de l'équipe de MdM étaient les psychologues qui desservaient les clients, le superviseur de ces psychologues, une psychologue externe à MdM travaillant dans un CLSC, le président du conseil d'administration et la directrice des opérations nationales de l'organisme. Tout au long du processus, ces personnes ont pu ajouter, commenter et critiquer les éléments de l'étude, que ce soit dans la façon de faire le recrutement, les critères de participation à l'étude, le guide d'entrevue ou la présentation des résultats. Par exemple, les échanges sur la compensation des participants de l'étude a permis d'aboutir à une décision commune. Les résultats ont été présentés et validés auprès de l'équipe.

Au printemps 2017, nous avons débuté les rencontres auprès des personnes impliquées dans l'organisme partenaire, afin de mieux connaître la genèse du projet de soutien psychologique, les principes qui le sous-tendent et comment celui-ci est proposé. Par la suite, nous avons présenté le projet auprès des intervenants de la Mission Bon Accueil afin d'obtenir leur

collaboration. Nous avons ensuite visité les différents points de services de l'organisme afin de nous familiariser avec les lieux.

La collecte des données a débuté en mai 2017 et comprenait le guide d'entrevue créé pour l'occasion, les verbatim de ces entretiens et le journal de bord où les notes théoriques et l'expérience vécue par les chercheurs sur le terrain ont été consignées, de même que les procès-verbaux des rencontres avec le partenaire. Le guide d'entrevue tentait de voir comment le service se différencie des services préalablement obtenus et comment il s'inscrit dans le parcours de la personne. Il s'intéressait également au lien créé entre la personne et la psychologue, et aux changements apportés dans la vie de la personne depuis qu'elle voit la psychologue. Il a été bâti en fonction des données que le partenaire souhaitait obtenir, en équipe, en s'appuyant sur la littérature. Les personnes interrogées recevaient vingt dollars pour leur participation à l'étude. Les entrevues se sont tenues sur les lieux du recrutement, dans des bureaux fermés, et loin des oreilles et des regards indiscrets afin d'assurer la discrétion et la confidentialité.

Les entrevues étaient semi dirigées et duraient de quarante-cinq minutes à une heure. Elles ont été enregistrées et transcrites par l'étudiante et par des bénévoles recrutés par le partenaire et ayant préalablement signé une entente de confidentialité. Ces entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information n'émane du terrain relativement aux thèmes d'analyse retenus. L'étudiante ayant travaillé auprès de cette même clientèle dans un organisme voisin, il était possible qu'elle connaisse quelques-uns des hommes qui fréquentaient le Refuge ou la Réinsertion et faisaient appel à une psychologue. Finalement, ce cas de figure ne s'est pas présenté, mais certains ont bien voulu lui donner un coup de main dans le recrutement en lui parlant de clients de la psychologue ou en en parlant autour d'eux.

Des entrevues ont également été menées avec sept intervenants qui travaillent directement auprès des personnes, les cinq psychologues et les coordonnateurs du Refuge et de Médecins du Monde, afin de mettre le service en contexte et de cerner son apport. Ces entrevues n'ont pas été analysées dans le cadre de ce mémoire, mais font partie du rapport remis à l'organisme.

## 4.2 Critères de participation à l'étude et échantillon

Pour pouvoir participer à l'étude, les hommes devaient être ou avoir été en suivi avec une psychologue de Médecins du Monde, s'exprimer en français ou en anglais, être âgé de plus de 26 ans et fréquenter les services du Refuge des hommes ou la Réinsertion de la Mission Bon Accueil. Les critères d'exclusion se déclinaient comme suit : ne pas être en situation de crise et être une femme.

Un échantillon de convenance de type non probabiliste boule de neige et opportuniste a été utilisé afin de recruter les participants. Le bouche-à-oreille par les utilisateurs du refuge de même que les références des intervenants ont été utilisés afin d'identifier des candidats potentiels. Cet échantillon était à variation maximale en ce qui concerne l'âge, le type d'itinérance, la durée du suivi psychologique et la durée de l'itinérance.

Pour les besoins de cette étude, nous considérons que les hommes qui fréquentent les services du Refuge et de la Réinsertion de la MBA sont en situation d'itinérance. En effet, bien que ceux situés à la Réinsertion soient logés, ils le sont pour une courte période, ce qui ne garantit pas l'assurance d'un logement stable, salubre et sécuritaire après leur passage, bien que tout soit mis en œuvre à l'organisme pour faciliter leur transition vers un logement supervisé par la suite. Ces services sont décrits en détail plus loin.

## 4.3 Considérations éthiques

Un amendement du projet plus large dirigé par Professeure Loignon *Examiner les innovations pour soutenir les patients défavorisés ayant des besoins de santé communautaires et intégrés* a été soumis au Comité d'éthique à la recherche du Centre de recherche de l'Université de Sherbrooke et a été accepté en février 2017. Les participants se sont fait expliquer le projet de recherche et ont été en mesure de donner un consentement éclairé. Il leur a été rappelé qu'ils pouvaient en tout temps faire appel à leur psychologue si la recherche faisait remonter des souvenirs douloureux.

Cependant, comme les personnes en situation d'itinérance sont particulièrement marginalisées et sous-desservies par les services publics et par la recherche (Roberts et collab., 2009), des précautions ont été prises. Un mur a été créé entre la recherche et le service. Ainsi, il n'était pas possible pour les chercheurs d'obtenir la liste des personnes suivies. Pour faciliter le recrutement, il fallait créer des liens avec les clients du Refuge, de même qu'avec les intervenants et autres membres du personnel et gagner leur confiance. De cette façon, il était possible de se faire référer des personnes qui entraient dans nos critères de sélection.

Il est intéressant de considérer l'intérêt des participants, ou leur avantage, outre la compensation financière et le fait de pouvoir faire avancer la recherche (Beckmann, 2017). La question s'est posée en rencontre avec les intervenants du refuge. Dans le cas présent, comme le soutien psychologique était un projet pilote, les résultats de la recherche étaient très attendus par le partenaire principal, car il souhaitait pouvoir assurer la crédibilité et la pérennité de l'intervention auprès des bailleurs de fonds et des décideurs, dans un contexte où le suivi psychologique dans les CLSC est souvent réduit au minimum, à un nombre de séances prédéterminé (Roy, 2006). Il fallait aussi préciser aux candidats potentiels à l'étude que la recherche était complètement indépendante du service de psychologie qu'ils recevaient et qu'ainsi, leur refus de participer n'entraînerait aucune conséquence négative. De plus, il fallait renseigner suffisamment les personnes quant à la tenue du projet de recherche et des impacts que celui-ci peut avoir sur leur vie, et ce, dans le but d'obtenir un consentement éclairé tel que stipulé dans le Rapport Belmont (1979). Pour nous en assurer, nous avons lu et expliqué le formulaire de consentement en détail avec chaque participant et nous sommes assurés de la compréhension de chaque personne avant d'obtenir son consentement.

Les personnes en situation d'itinérance jouissent rarement du privilège de la vie privée, vivant aux yeux des passants quotidiennement. En ce sens, Asfour (2004) précise que les chercheurs n'ont aucun droit d'envahir la vie privée. La vie privée implique de trouver un lieu approprié dans l'organisme pour mener l'entrevue sans oreilles indiscrettes et sans être vu y entrer, de ne pas parler du contenu de l'entrevue avec des personnes non liées à la recherche, y compris des intervenants et psychologues. L'EPTC 2 souligne que « [l]es



personnes ont droit à la protection de leur vie privée en ce qui a trait à leur corps, à leurs renseignements personnels, aux pensées et opinions qu'elles expriment, à leurs communications personnelles et aux lieux qu'elles occupent » (p. 62). De plus, il est important que l'entretien se déroule dans un endroit où la personne est à l'aise, et où elle n'aura pas à déboursier d'argent pour se rendre, notamment dans les lieux où elle reçoit déjà des services (Ecker, 2017).

Les personnes en situation d'itinérance sont particulièrement vulnérables et peuvent être promptes à accepter de participer à une étude pour les bénéfices monétaires qui y sont liés (Schonfeld et collab., 2003). Le comité de suivi impliqué dans la recherche depuis les tous débuts, notamment pour l'élaboration du devis, s'est prononcé pour la compensation des participants au projet. Après discussions, il a été convenu que le temps consacré par les personnes devait être valorisé et qu'il était primordial de ne pas infantiliser les participants et, ainsi, de leur donner le libre choix quant à ce qu'ils souhaitaient se procurer avec le montant de la compensation, ce qui va dans le même sens que Schonfeld et collab. (2003). Davidson et Page (2012) proposent quant à eux de traiter la participation à la recherche comme un travail spécialisé, car pour les participants en recherche, la compensation est souvent une source de revenus (p.1256). Cette question est cependant davantage une question de morale et de valeurs que d'éthique.

#### **4.4 La collecte des données**

##### **Description des sites : le cadre dans lequel le service est dispensé**

Le service psychologique est offert dans trois différents sites de la Mission Bon Accueil : le Refuge, la Réinsertion et le Marché; cependant, pour les besoins de cette étude, nous nous concentrons sur les deux premiers sites, car ce sont eux qui rejoignent la clientèle qui connaît une situation d'itinérance. En effet, le Marché est une banque alimentaire pour laquelle il faut avoir une adresse afin d'avoir accès au service. Les deux sites choisis sont répartis dans la ville à quelques kilomètres de distance, au centre-ville et dans le quartier St-Henri.

Le Refuge est un service de première ligne qui consiste en des dortoirs et des chambres répartis dans un bâtiment de trois étages situé au centre-ville de Montréal et pouvant abriter près de trois cents hommes âgés de vingt-cinq ans et plus (MBA possède également un refuge

pour jeunes près du métro Beaudry). La cafétéria est située au sous-sol; on y accède de l'extérieur après avoir passé un bureau de sécurité où on s'enregistre. Une salle commune, les bureaux des intervenants et ceux de la direction se trouvent au rez-de-chaussée. Les hommes sont invités à y demeurer au Refuge toute la journée s'ils le souhaitent. Un souper et un déjeuner y sont servis. Des intervenant(e)s sont disponibles par le biais de plusieurs programmes. Une infirmière et la psychologue sont présentes quelques fois par semaine. Les personnes qui y dorment peuvent le faire quinze nuits par mois et doivent s'inscrire pour la nuit à compter de l'après-midi. Elles ne peuvent pas y laisser leurs effets personnels et doivent donc les transporter avec eux toute la journée.

Le programme de Réinsertion du Refuge consiste pour les participants à consacrer 20 heures de leur temps par semaine à différentes tâches dans l'organisme comme le ménage en échange de la possibilité de dormir dans un plus petit dortoir. Un esprit de camaraderie est présent entre les hommes du programme. Ces derniers ont une intervenante attirée qui anime différents ateliers, par exemple, sur la gestion de la colère, et qui les rencontre individuellement au besoin. Un autre intervenant est présent pour eux. Parmi les personnes rencontrées au Refuge, deux faisaient partie de ce programme. Ces personnes se différencient de la clientèle habituelle du refuge dans le sens où elles s'engagent dans l'organisme et dans leur vie afin de viser la Réinsertion à St-Henri.

L'édifice de la Réinsertion consiste en une série de chambres réparties sur un étage et offre les services d'une infirmière et d'une intervenante. Ce programme s'adresse aux personnes qui en ont fait la demande et qui sont prêtes à s'engager dans une nouvelle démarche. Ces personnes paient pour une chambre et cela inclut le service de repas à la cafétéria. Elles apprennent à prendre soin d'elles à nouveau et à vivre sous un toit de manière autonome. Les personnes vivant à la Réinsertion sont des hommes de vingt-cinq ans et plus qui ont d'abord transité par le Refuge et, souvent, par un programme de l'organisme et qui ont manifesté le désir et l'intérêt de travailler sur eux-mêmes. Ils proviennent parfois d'autres milieux, comme des centres de thérapie, ou ont eu l'ordonnance de la cour d'y vivre quelques mois. Les services de la psychologue ne sont pas obligatoires; ils sont simplement proposés dans l'ensemble des services disponibles lors de la rencontre d'accueil. Seule une rencontre hebdomadaire avec l'intervenante psychosociale est obligatoire. Le service psychologique

est dispensé à même l'étage où les personnes résident, dans un bureau au bout du couloir. Comme l'ont décrit plusieurs psychologues, cet étage est aseptisé, c'est-à-dire qu'il est toujours très propre (ce sont les participants du programme qui font le ménage) et est très ensoleillé.

Au Refuge, le service psychologique est très peu annoncé, mais cela n'empêche pas la liste d'attente de la psychologue de s'allonger. Le service de psychologie du Refuge est dispensé à l'étage au-dessus de la cafétéria, dans un bureau anonyme.

### **Recrutement des participants**

Le recrutement des personnes en situation d'itinérance vivant avec des problèmes de santé mentale peut s'avérer un défi, particulièrement dans les études longitudinales (Hough et collab., 1996). Notre cas était plus simple, car la recherche ne nécessitait qu'une rencontre d'une heure et aucun rappel.

Le recrutement s'est effectué au Refuge à raison de deux soirs par semaine, à compter du moment où les personnes s'inscrivaient pour la nuit jusqu'à l'heure du souper. Les intervenants ont recommandé des participants, lorsque possible, et le bouche-à-oreille parmi les bénéficiaires du Refuge a également été efficace. Des affiches étaient apposées sur les murs, mais aucun appel n'a été reçu. Ce qui a bien fonctionné, c'est la présence fréquente des chercheurs et le fait de connaître le milieu et certaines personnes. Il est possible que le fait que la collecte ait été effectuée à la fin du printemps ait fait en sorte que certains participants potentiels n'aient pas été joignables (hors de la ville, non-utilisation du Refuge), mais les personnes fréquentant la psychologue au moment de l'étude fréquentaient toujours les services. À la Réinsertion, le recrutement s'est fait sur place, de jour, en semaine. Les premières personnes ont été recommandées par l'intervenante; d'autres ont été rencontrées dans les couloirs et abordées.

### **Assurer la rigueur**

Afin d'assurer la rigueur, nous avons consigné nos notes méthodologiques et l'expérience vécue pendant la recherche dans notre journal de bord après chaque rencontre avec le

partenaire et chaque passage sur le terrain. Un *debriefing* était également fait entre l'étudiante et l'un des chercheurs ou la coordonnatrice de recherche après chaque jour sur le terrain. Nous avons aussi fait une description détaillée des lieux dans notre mémoire et l'article. Il est important de rappeler ici l'expérience passée de l'étudiante dans le milieu de l'itinérance, ce qui a pu faciliter son entrée dans le milieu et la communication avec les personnes.

## **DESCRIPTION DES PARTICIPANTS**

Afin de protéger la confidentialité des personnes rencontrées, nous présentons les caractéristiques des participants dans ce tableau :

**Tableau 1. Description des participants (N=12)**

<b>Caractéristiques</b>	<b>n</b>
<b>Age</b>	
21–30	0
31–40	2
41–50	8
51 et +	2
<b>Raison du suivi *</b>	
Déprime	5
Dépression	5
Agressivité	1
Anxiété	1
Deuil	2
<b>Durée du suivi</b>	
0–1	3
1 et +	9
<b>Provenance</b>	
Refuge	6
Réinsertion	6

\*: certains participants n'ont pas divulgué leur motif de consultation et certains en exprimaient plusieurs

Les douze participants à la recherche sont des hommes dont les parcours de vie varient. Ils ont été rencontrés à la Réinsertion et à la Mission des Hommes (Refuge), et provenaient de différents endroits : un site de thérapie, une ordonnance de cour, étaient passés par le Refuge et étaient dans une démarche de réinsertion, habitaient dans un logement fourni par Projet Logement Montréal ou vivaient dans une résidence en face du Refuge qui appartient à la MBA. Leur âge variait entre la vingtaine et la soixantaine d'années. La plupart sont nés au Québec, mais un d'entre eux vient d'une autre province. Ils s'exprimaient pour la plupart en français, sauf deux avec qui l'entrevue s'est déroulée en anglais. Au niveau de leurs liens familiaux, ils étaient tous célibataires et certains avaient gardé des contacts avec leur(s) enfant(s) ou parents. Les motifs de consultation étaient les suivants : dépression, alcoolisme, crises de paniques, deuils, problème d'estime de soi, pensées suicidaires et gestion des conflits. La majorité des participants connaissaient des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool. Tous éprouvaient de la difficulté dans l'accès aux soins, sauf ceux logés à la Réinsertion qui avaient accès à une infirmière et un qui avait des contacts personnels.

### **Analyses**

Les entretiens ont été transcrits par l'étudiante et par des bénévoles rattachés à Médecins du Monde qui avaient signé une entente de confidentialité. Les analyses thématiques décrites par Braun et Clark ont été réalisées à la main. Chaque verbatim a été lu et analysé par au moins deux personnes de l'équipe de recherche. Cela nous a permis de tisser des liens entre les objectifs et les données, comme le décrivent Blais et Martineau (2006) et Paillé (1996).

L'étude visait à décrire les retombées du soutien sur le bien-être des personnes telles que rapportées par les personnes. Pour cela, nous avons cherché à définir, par le biais des discussions avec le comité de suivi de la recherche et de la lecture des entretiens, des indicateurs pouvant servir à identifier des retombées positives sur le bien-être des PSI.

Une codification a été faite avec des thèmes qui émanaient des verbatim des entrevues. Les verbatim ont été codés par deux étudiantes et un chercheur selon une approche déductive et inductive. Les interprétations ont été validées avec le comité consultatif.

**Synthèse du chapitre :** Cette étude utilise un devis qualitatif descriptif afin de comprendre comment les personnes recevant le service de soutien psychologique de Médecins du Monde le perçoivent et quel est l'apport de celui-ci sur leur bien-être. Notre étude se distingue par son immersion dans le milieu de même que par le nombre de participants.

## **5. RÉSULTATS – L'ARTICLE**

**Avant-propos : Cet article a été soumis à la Revue canadienne de santé mentale communautaire le 26 avril 2018**

**Titre :** Prendre soin de soi. Les retombées d'un service de soutien psychologique pour le bien-être de personnes en situation d'itinérance

**Auteurs :**

Karine Projean (1)  
Christine Loignon (1)  
Baptiste Godrie (2)  
Véronique Houle (3)  
Caroline H.-Y. Wang (1)

1— Centre de recherche Charles-Le Moyne — Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé, Université de Sherbrooke

2— Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté et professeur associé au Département de sociologie de l'Université de Montréal.

3— Médecins du Monde Canada

**Contributions :** Karine Projean a mené cette étude et rédigé cet article. Caroline H.-Y. Wang a participé aux analyses de données. Christine Loignon et Baptiste Godrie ont supervisé ce projet à toutes ses étapes et participé à la rédaction de l'article. Véronique Houle a contribué à toutes les étapes du projet.

**Auteure responsable de la correspondance :**

Christine Loignon  
150, Place Charles-Le Moyne  
Bureau 200, Longueuil, Québec,  
Canada, J4K 0A8  
Numéro de téléphone : 450-466-5000 poste 2468  
Adresse électronique : christine.loignon@usherbrooke.ca



**Titre :** Prendre soin de soi. Les retombées d'un service de soutien psychologique pour le bien-être de personnes en situation d'itinérance

**Résumé :** Cet article présente les résultats d'entrevues individuelles semi-dirigées réalisées dans le cadre d'une recherche participative menée en 2016-2017. L'analyse des entrevues conduites auprès de douze hommes en situation d'itinérance, qui ont reçu un service psychologique de proximité, indique des retombées positives sur leur bien-être, notamment en ce qui a trait à l'amélioration de leur estime de soi et de leurs relations sociales ainsi que dans l'amélioration de leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes. L'article décrit également les conditions qui semblent permettre cet impact positif sur le bien-être des personnes soit la grande accessibilité du service et la posture d'accueil des psychologues.

**Abstract :** This article presents the results of semi-structured interviews conducted in the context of a participative research held in 2016-2017. Thematic analysis of the interviews conducted with twelve homeless men receiving a psychology service delivered in a shelter and a reinsertion center indicates positive changes for their wellness. Participants have mostly named changes in their relations with themselves, including self-confidence, as well as their relations with others and an improvement in their capacity of taking care of themselves. The article also describes the conditions needed for a positive impact on the well-being of the individuals: the accessibility of the service as well as the posture of the psychologists.

**Mots-clés :** itinérance, santé mentale, service psychologique, psychologue, bien-être

## Introduction

Les personnes en situation d'itinérance seraient deux à quatre fois plus touchées par la dépression que les personnes logées (Joy, 2013). Elles ont souvent vécu des stress importants qui ont pu les mener à la rue (Schiltz et collab., 2007). La vie à la rue apporte un stress élevé et tous ne gèrent pas celui-ci de la même façon (Bright, 2011, Lipper et Lee, 2015). À la rue, les personnes connaissent : « de l'incertitude, un rejet de soi, une dépersonnalisation, de la discrimination et de l'isolement » (traduction libre, Lafuente, 2003, p. 49, Kesisoglou et collab.). La discrimination vécue par les personnes en situation d'itinérance affecte négativement leur santé mentale et affecte leur bien-être de même que la capacité d'établir des liens de confiance (Tully, 2014). Les personnes peuvent ainsi connaître un sentiment d'impuissance face à leur vie (Bentley, 2007).

Plusieurs personnes en situation d'itinérance ont déjà vécu des traumatismes avant d'arriver à la rue, notamment des abus physiques, émotionnels et sexuels remontant souvent à l'enfance (Kim et collab., 2010, Hopper et collab., 2010, Deck et Platt, 2015). Elles présentent d'ailleurs plus de traumatismes que la population en général (Kim et Ford, 2006). Plusieurs d'entre-elles vivent même l'itinérance comme un trauma (Tully, 2014, Hopper et collab., 2010, Deck et Platt, 2015), notamment à cause de la perte de son chez soi, la vie en refuge ou à la rue de même que la violence de la rue (Goodman et collab., 1991, Deck et Platt, 2015) qui les affecte quotidiennement. Les idéations suicidaires seraient aussi beaucoup plus élevées chez les personnes en situation d'itinérance (Schutt *et collab.*, 1994). Une enquête menée auprès de 439 personnes en situation d'itinérance a révélé que 65 pourcent d'entre elles avaient des troubles affectifs, 33 pourcent un trouble de personnalité antisociale, 50 pourcent des problèmes de dépendances et 41 pourcent avaient été hospitalisées pour troubles mentaux l'année précédente (Bonin, Fournier, Blais, 2007). Une étude plus récente menée auprès d'un échantillon plus restreint de personnes en situation d'itinérance (Lalonde et Nadeau, 2012) a rapporté que près de la moitié des participants avaient un possible diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. De plus, la majorité des participants avaient en commun d'avoir un parent alcoolique, d'avoir vécu un trauma dans leur jeunesse et de gérer leur trauma par le biais de drogues. Les personnes en situation d'itinérance éprouvent de la difficulté à accéder aux soins et aux services de santé (Hwang, 2001, Oudshoorn *et collab.*, 2013, Klein et Reddy, 2015) et leurs besoins en matière de santé mentale ne sont souvent pas comblés (Guilcher *et collab.*, 2016).

L'itinérance a plusieurs effets psychologiques qui sont interreliés. Elle crée notamment un sentiment de désespoir auprès de personnes qui ne trouvent pas de services répondant à leurs besoins ou d'endroits sécuritaires pour se reposer physiquement et psychiquement. (Bentley, 1997). Les services en itinérance se limitent parfois à combler les besoins de base (loger, nourrir, vêtir), et peu de programmes ou de services interviennent sur les traumatismes (Hopper *et collab.*, 2010).

Plusieurs thérapies semblent avoir un impact positif sur la souffrance psychique vécue par les personnes dans la rue, par exemple, les psychothérapies psychodynamiques, les thérapies cognitives, les programmes en douze étapes ou encore le soutien en logement (Maguire *et collab.*, 2009). Selon O'Connor (2005), la psychothérapie doit être l'une des réponses en termes d'intervention, sans toutefois être la seule et l'unique. Le suivi psychothérapeutique doit être personnalisé et être offert dans un lieu accessible et qui procure un sentiment de sécurité aux personnes.

Dans une étude, Taylor (2012) a cherché à comprendre l'expérience de sept usagers d'un service de psychologie en situation d'itinérance, à identifier leurs besoins psychologiques et à recueillir leurs idées pour le développement d'un service. Seule une personne n'a pas rapporté de bénéfice du service : les autres participants ont rapporté une meilleure compréhension d'eux-mêmes, une impression de se libérer, de surpasser le désespoir et d'apporter des changements positifs à leur vie (Taylor, 2012).

En 2015, une organisation non gouvernementale, Médecins du Monde, qui offre des soins humanitaires aux personnes exclues et marginalisées, a développé et mis en place un nouveau service de soutien psychologique de proximité (Baillargeau et Bellot, 2008) dans des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes en situation d'itinérance à Montréal. Ce service de proximité permet aux personnes d'avoir accès sur place à une psychologue gratuitement et sans limite de suivi. L'intervention consiste en une rencontre individuelle d'une durée de 50 minutes dans des locaux de l'organisme communautaire partenaire. L'approche est dite « à bas seuil », c'est-à-dire que les exigences ou critères d'accès sont minimaux, par exemple les absences et retards ne conduisent pas à l'exclusion du programme. De plus, contrairement au réseau public de santé et services sociaux, il n'est ni nécessaire de présenter une carte d'assurance-maladie, ni de faire sa demande à un intermédiaire (Bonin *et collab.*, 2007). Il n'est pas non plus nécessaire d'avoir reçu un diagnostic en santé mentale comme c'est le cas dans le service annoncé par le Gouvernement québécois en décembre 2017 (Service Québec, 2017).

Il existe différentes initiatives visant à améliorer le soutien psychologique offert aux personnes en situation de précarité ou d'itinérance, mais celles-ci sont éparées et peu documentées. De plus, peu d'études qualitatives rapportent la perspective des personnes en situation d'itinérance sur le soutien psychologique reçu par des psychologues dans un centre de service communautaire. Cet article vise à partager les résultats obtenus à la suite d'entrevues menées avec les personnes en situation d'itinérance et apporte un éclairage nouveau sur l'expérience des retombées pour leur bien-être d'un service de santé mentale communautaire telles que vécues et perçues par les personnes visées par ce service.

## **Méthodologie**

### *Approche partenariale*

Cette recherche émane d'un partenariat de recherche développé avec une organisation non gouvernementale, Médecins du Monde, qui souhaitait examiner les retombées de son service de santé mentale de proximité implanté à Montréal. Elle s'est déroulée selon une approche participative (Minkler et Wallerstein, 2005, Macaulay et collab., 1999, Cargo et Mercer, 2007). La directrice des opérations nationales de Médecins du Monde Canada (VH) a approché deux chercheurs (CL et BG) afin de mettre sur pied cette recherche et a participé à toutes les étapes-clés, de la rédaction du protocole de recherche à la diffusion des résultats. Dès le début du projet, un comité de suivi a été formé afin de favoriser le niveau de participations à la recherche des experts issus du terrain. Il comprenait deux chercheurs, une étudiante, cinq membres de l'organisation partenaire (trois psychologues qui assurent le service, un membre de la gouvernance et une personne membre de la direction), ainsi qu'une psychologue ayant une expertise en itinérance jeunesse. Le comité de suivi a tenu huit rencontres sur une période de 18 mois. La collecte des données a reposé sur des méthodes qualitatives et a débuté après les quatre premières rencontres du comité de suivi qui avaient pour but d'élaborer le protocole de recherche et de mieux comprendre la réalité clinique.

### *Description des sites*

Cette étude s'est déroulée sur deux sites de la Mission Bon Accueil (MBA), un organisme communautaire qui offre un refuge pour hommes adultes en situation d'itinérance, un refuge pour jeunes de la rue, deux banques alimentaires, des logements de réinsertion et des services d'employabilité. L'étude s'est concentrée sur le refuge pour hommes adultes et les logements de transition, des lieux où le service est offert et où notre population cible se situe. Le premier lieu (site A) est un service de première ligne qui consiste en des dortoirs et des chambres répartis dans un bâtiment de trois étages situé au centre-ville et pouvant héberger près de trois cents hommes dans un contexte d'hébergement d'urgence.

Le deuxième lieu (site B) consiste en une série de chambres réparties sur un étage dans un bâtiment situé dans un quartier limitrophe au centre-ville. Les personnes sur ce site sont des hommes de vingt-cinq ans et plus qui ont d'abord transité par le site A et souvent un programme de réinsertion ou de désintoxication ou qui ont été référés par d'autres organismes. La rencontre avec la psychologue n'est pas obligatoire; elle est simplement proposée dans l'ensemble des services disponibles lors de la rencontre d'accueil avec la personne.

### *Recrutement des participants*

Au moment de commencer la collecte des données, 45 personnes avaient fait appel au service psychologique, mais peu d'entre elles avaient entamé une démarche à long terme.

Le recrutement a reposé sur différentes stratégies. Les intervenants du refuge ont été invités à informer les hommes à propos de l'étude et à leur donner les coordonnées de l'étudiante-chercheuse. Des affiches annonçant l'étude ont également été installées. L'étudiante-chercheuse a abordé toutes les personnes présentes après l'enregistrement pour la nuit à raison de deux fois par semaine. Enfin, l'équipe de recherche comptait également sur le bouche-à-oreille entre les usagers de l'organisme. Une compensation de 20 \$ était offerte aux participants.

Pour participer à l'étude, les participants sollicités devaient être suivis ou avoir eu un suivi d'au moins trois rencontres avec une des psychologues, s'exprimer en français ou en anglais et être âgés de 26 ans ou plus. Cette limite d'âge a été fixée en raison d'un autre service de psychologie pour les jeunes de la rue, offert dans le réseau public de santé et services sociaux, pour lequel l'inclusion cesse après l'âge de 25 ans. Nous avons tenté d'obtenir une diversité dans les profils, les raisons de consultation et durée de suivi.

### *Entrevues individuelles semi-dirigées*

Des entrevues individuelles en personne d'une durée de quarante-cinq à soixante minutes ont été menées auprès des personnes suivies, par deux étudiantes formées en recherche qualitative, dont l'une avait une expérience de travail dans le milieu de l'itinérance. Elles se sont déroulées sur les lieux où sont offerts les services, dans un bureau fermé, bien que les participants se soient vus offrir la possibilité de les tenir dans un endroit de leur choix. Elles suivaient un guide d'entrevue élaboré en équipe avec la participation de notre partenaire. Ce guide est inspiré des écrits et des connaissances pratiques partagées par les intervenants lors des rencontres collaboratives. Les questions portaient sur les expériences antérieures de services en santé mentale chez les participants, sur leur réseau personnel ainsi que sur les changements observés ou non depuis le début de leur suivi en psychologie (humeur,

comportements, représentations, relation avec la psychologue et les autres intervenants de MBA). Elles comprenaient : « Est-ce que vous avez déjà dit des choses importantes à la psychologue? Est-ce que c'est la première fois que vous en parlez? Qu'aimez-vous des rencontres? Qu'est-ce qui est différent aujourd'hui par rapport à la première rencontre? Il peut s'agir de changements dans votre vie (humeur, comportements, représentations), au niveau de vos relations avec les autres, mais aussi de la relation avec la psychologue. »

### ***Considérations éthiques***

Le projet a été soumis et accepté au comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyné. Il est important de mentionner que les chercheurs n'ont pas eu accès à une liste de patients suivis par les psychologues afin de protéger la confidentialité des personnes suivies.

### **Analyse des données**

Les entrevues ont été retranscrites par l'étudiante-chercheuse et des bénévoles de Médecins du Monde qui avaient préalablement signé une entente de confidentialité. Les analyses thématiques ont été réalisées en équipe selon la méthode décrite par Braun et Clark (2006) et avec une approche inductive et déductive. Chacun des verbatim a été codifié par deux étudiantes et un chercheur. La grille d'analyse a été développée selon le cadre conceptuel du bien-être de Fournier, Godrie et McAll (2014) et des indicateurs ont été établis pour donner des exemples concrets des retombées sur le bien-être. Par la suite, l'interprétation des données a été discutée et validée avec le comité de suivi de l'organisme partenaire.

Le cadre conceptuel choisi définit le bien-être en cinq dimensions. Ce cadre théorique a été élaboré à partir de travaux réalisés sur le bien-être de populations marginalisées et de résultats empiriques d'une étude réalisée sur les services de soutien à domicile. Il s'agit donc d'une population distincte de celle vivant dans la rue, mais qui possède certains traits en commun (la pauvreté, la stigmatisation et les mauvaises conditions de santé). Notre cadre comprend donc les dimensions suivantes : 1) matérielle (le confort, l'environnement immédiat, la situation financière de la personne); 2) relationnelle (le réseau de la personne que celui-ci ait un effet positif ou négatif sur son bien-être); 3) corporelle (sa santé physique, mais aussi les décisions relatives à son corps, qu'il s'agisse de prise de médication ou encore des soins les plus adaptés à ses besoins); 4) décisionnelle (la capacité de prendre des décisions pour soi et non de se faire imposer des choix); et enfin 5) temporelle (l'inscription de la personne dans son histoire, la reconnaissance par les autres de ce qu'elle a vécu et sa capacité à faire des projets). Cette conceptualisation en cinq dimensions permet d'appréhender de manière plus précise (sans avoir la prétention d'être exhaustive) les différentes retombées vécues par les personnes en situation d'itinérance.

En plus de ce cadre, nous avons été attentifs à ce qui émergeait pendant les entrevues et qui nous permettait d'explorer notamment la qualité de la relation établie avec la ou le psychologue, notamment par l'assiduité des personnes à leurs rendez-vous, les changements de comportements et d'attitude face à eux-mêmes et aux autres de même qu'au monde en général ainsi que la projection dans l'avenir.

## Résultats

### Description des participants

Les 12 participants à la recherche sont des hommes aux parcours de vie variés. Certains provenaient d'un site de thérapie ou y séjournèrent en vertu d'une ordonnance de la Cour; d'autres se trouvaient dans une démarche de réinsertion après être passés au site A et habitaient dans un logement trouvé par la MBA ou vivaient dans une résidence en face du site A. Leur âge variait entre 26 et 64 ans. La plupart étaient d'origine québécoise, sauf pour l'un d'entre eux qui était né dans une autre province. Au niveau de leurs liens familiaux, ils étaient tous célibataires, et certains avaient gardé des contacts avec leurs enfants ou leurs parents.

La durée du suivi psychologique des personnes interviewées s'étendait d'un mois à plus d'un an au moment de l'entretien. Deux personnes qui avaient reçu un suivi pendant une période de six mois avaient cessé le suivi, car leur situation s'était améliorée. Les raisons déclarées par les personnes pour se prévaloir du suivi psychologique étaient multiples : dépression, alcoolisme, crises de panique, deuils, faible estime de soi, pensées suicidaires, régulation des conflits et agressivité.

### Un espace de valorisation de sa parole

Les personnes rencontrées ont affirmé ne pas retrouver une écoute de cette qualité auprès d'autres intervenants du milieu communautaire ou d'autres professionnels de la santé, notamment en milieu hospitalier, qui leur accordent habituellement moins de temps. Elles ont mentionné réussir à se dévoiler, car elles percevaient une approche de non-jugement de la part de leur psychologue, ce qui leur donnait un sentiment de confiance :

*Au fur et à mesure, à toutes les rencontres j'en disais un peu plus. Pis je sentais que j'avais confiance à elle, pis que je pouvais parler sans qu'a me juge. (PSI 06)*

*Elle fait en sorte que c'est facile pour moi d'exprimer des idées et ne juge pas. (PSI 09)*

*J'ai raconté toute ma vie là, toutes les processus que j'ai passé, les deuils que j'ai faits de ma mère, mes problèmes de consommation aussi là. J'm'ai toute libéré de t'ça pas mal vite. (PSI 06)*

Un participant a ajouté que le fait que la psychologue soit extérieure à l'organisme communautaire facilitait les confidences. Il comparait ceci à une tierce partie qui se préoccupe de lui. Il a souligné qu'il n'y a pas de bagage émotionnel rattaché à elle, comme c'est le cas avec la famille et les amis, ce qui simplifie les rapports.

### Prendre soin de soi et de son avenir

Les personnes ont confié que le suivi leur a donné le souhait de prendre soin d'elles-mêmes, ce qu'elles associent aux rencontres avec la psychologue. Ainsi, au niveau corporel, les personnes ont manifesté le désir de réduire ou de cesser leur consommation d'alcool.

Au niveau relationnel, les personnes suivies ont pu rétablir ou établir une relation avec elles-mêmes et avec les autres. Par exemple, elles ont mentionné apprendre à mieux se connaître, dans un contexte où elles avaient inhibé leurs sentiments pendant les années avec l'alcoolisme, la toxicomanie et la vie dans la rue.

*Je me suis mieux compris dans moi-même. Mieux compris comme personne. J'ai été capable de mieux prendre le dessus sur mes émotions. (PSI 12)*

*Je suis en train de me retrouver moi. Pis je réalise que je suis mon meilleur ami pis que je m'aime. Ça, je réalisais pas ça avant. (PSI 07)*

La psychologue permet aux personnes de réfléchir sur ce qui les amène à consulter et à apporter les réponses par elles-mêmes :

*Sa méthode était de vous laisser parler sans s'impliquer ou donner des conseils ou apporter des points sur ce que vous pourriez faire. Elle vous laissait trouver par vous-même. (PSI 13)*

*Son rôle c'est d'orienter la réflexion, dans le fond je me parle à moi-même à voix haute pis elle oriente ça vers où ce que ça doit aller, selon ce que je lui ai dit que je veux. [...] elle guide mon raisonnement et ma réflexion pour me faire voir des choses que je ne vois pas d'habitude. (PSI 07)*

Au fil des rencontres, l'espace de consultation devient un lieu où faire le bilan et développer une « attention » particulière à soi et à ses comportements :

*On est plus dans le continuer à bien vivre au jour le jour, puis persister là-dedans et quand il y a des embûches, voir, discuter de quel a été mon comportement et comment gérer ça puis valider avec elle : « ça a-tu du bon sens? », « ça n'a pas de bon sens » et voilà. (PSI 04)*

La psychologue suscite une réflexion et aide les gens à prendre conscience de leurs comportements et réactions face aux événements quotidiens. Des participants notent :

*Mais [la psychologue] dit : « Dans le fond, vous vous faites violence à vous-même en essayant de pas faire violence aux autres, tsé. » Pis ça m'a décliqué des affaires, ç'a allumé, genre, OK. Dans le courant de cette semaine-là, j'ai trouvé des trucs [...] (PSI 07)*

*Mais tout, sur mes rapports, sur ma façon de voir les choses, ma relation avec le travail, avec les amis, en amour, tout ça était tellement mélangé avant (petit rire) donc ça me permet de me retrouver dans tout ça et de valider des choses aussi. (PSI 04)*

Les personnes gagnent ou développent à nouveau un sentiment de confiance en elles, après des années d'itinérance et de consommation :

*J'avais pas d'estime avant. Ça fait 25-30 ans que j'consomme là, t'as pas grand estime dans ce temps-là. C'est ça aussi, la psychologue, a m'a donné petit peu par petit peu comme on dit. Un petit peu d'estime de soi, a m'a pas jugé. L'estime a remonté un petit peu là. (PSI 06)*

Par ailleurs, le suivi psychologique permet aussi de se tourner vers les autres. Par exemple, l'un des participants a pu améliorer sa relation avec sa fille :

*Parce que mettons, je pouvais être dans des situations où de pleurais à chaudes larmes pour des choses bénignes. Donc c'est sûr que ce n'est pas cool d'avoir un père qui pleure toujours pour un enfant. Elle va avoir bientôt six ans. Voilà les perspectives. Donc oui, c'est vraiment une amélioration et à la limite, ce n'est pas juste une amélioration, mais, une vie à laquelle j'envisageais de mettre fin. Alors c'est une fille qui a un père. (PSI 02)*

Une personne suivie pour le deuil de sa mère a rapporté avoir travaillé sa manière d'être avec les autres et que cela lui a permis de se faire des amis :

*On a travaillé [...] ma présence. Juste ma présence des fois dérange les autres. Parce que j'ai pas une face de joueur de poker. (...) Ils étaient avec moi en réinsertion pis on s'est connus là pis, d'après juste par ma présence pis par ma façon d'agir pis de parler, ils sont devenus des amis. (PSI 12)*

Une autre personne, ayant débuté le suivi dans un contexte de consommation, de perte de logement et d'emploi et de retour au refuge et dans un état physique et moral bas, a rapporté s'être « ouvert » grâce à sa présence à la MBA et au suivi psychologique. Dans ses propres termes, elle a remplacé le vide qui existait en elle et qu'elle remplissait en consommant, par la présence d'amis avec qui elle organise parfois des sorties :

*Ça avec c'est une bonne partie de ma thérapie que j'ai faite. Peut-être que j'avais un vide en dedans de moi que je comblais avec la consommation. Le vide, j'commence à le combler avec les amis que j'ai ici pis toute, à ne pas rester tout seul. C'est ça qui est bon. (PSI 06)*

### **Changer ses comportements**

Plusieurs personnes ont rapporté réagir de manière moins impulsive et contrôler mieux leur colère. Une personne, ayant débuté le suivi pour le deuil de son père et suivi à présent pour sa manière de réagir et ses objectifs de vie, a rapporté repenser sa manière de réagir et être plus patient :

*Il y a des choses pour lesquelles je suis moins fâché. Comme, je ne vais pas réagir immédiatement. Je vais y penser. Peut-être que ç'a n'en vaut pas la peine. Et ça, c'est un changement. (PSI 09)*

Les personnes suivies pour leur agressivité ou colère et ayant vécu dans le passé des problèmes avec un parent, ont rapporté réfléchir et agir autrement ou contrôler leurs colère et agressivité, grâce à la psychologue et à une intervenante de la MBA :

*Avant je réagissais à tout. J'avais pas de filtre. [...] Un coup que j'étais en colère, là je réfléchissais comment il m'avait écorché pis à qu'est-ce que j'allais y faire [rires]. Au lieu de réfléchir avant pis de pas aller là, tu comprends? (PSI 07)*

Une personne, suivie pour son état dépressif et suicidaire et ayant vécu des problèmes de dépendance et des problèmes financiers, a rapporté une amélioration de son attitude et de son état. Il se dit « beaucoup plus calme » et « moins pessimiste » : « *Le niveau d'anxiété a beaucoup baissé. Beaucoup plus calme. Beaucoup moins impulsif aussi.* » (PSI 03). La même personne juge qu'il n'y a pas eu de « miracle », mais note que son suivi l'aide à être « *en meilleur état, en meilleur esprit* » (PSI 03).

Les personnes élaborent des projets, par exemple, sortir du milieu de la réinsertion afin d'avoir son propre appartement d'ici quelques mois, ce qui indique une capacité à sortir de l'urgence quotidienne et à se projeter à nouveau dans un avenir positif. Pour ce faire, un participant a partagé envisager de travailler à son compte ou encore de retourner aux études.

*Le fait de la rencontrer m'aide à me focaliser. Ça m'a aidé dans la planification d'un but. J'ai le but de sortir d'ici avant la fête du Travail. Comme d'avoir ma propre place. Et j'ai une façon de commencer à faire ça. Je vais chercher de nouveaux clients. Comme, je suis capable d'avancer mes projets et beaucoup de ça peut être attribué au focus qu'elle me donne dans ce que je fais. Et ça, c'est une des raisons pour lesquelles je continue à venir. Je trouve qu'elle m'aide à focaliser. Je peux planifier. Je peux établir un but et l'atteindre. C'est plus facile qu'avant. Je n'allais nulle part pendant plus d'un an. Et puis, après avoir commencé à la voir, maintenant je commence à voir des progrès. Je suis très content de ça. (PSI 09)*



## Des retombées mitigées

Bien que la plupart des personnes rencontrées aient vu des changements positifs chez elles, d'autres ont souligné que les rendez-vous avec leur psychologue n'apportent qu'un baume temporaire sur leur blessure. Pour une personne de notre échantillon, le fait de parler fait du bien, mais la dépression ou les idées suicidaires persistent. Les propos suivants illustrent les limites du soutien psychologique telles que perçues par certains participants :

*Tout ce que je peux dire c'est que le temps que je suis avec elle, c'est sûr que je me sens bien parce que je parle, mais une fois que je suis sorti du bureau, le malaise peut revenir. (PSI 11)*

*Je suis toujours au même point, je suis toujours suicidaire. Même si c'est sûr qu'elle peut pas faire disparaître mon problème, même aucun médecin peut réussir, même aucune pilule va réussir [...], mais si faut que ça fasse un an que je vienne continuer à la voir, c'est parce qu'à quelque part, ça fait une petite différence je dirais, il y a quelque chose. (PSI 11)*

## Discussion

Nos résultats indiquent qu'un soutien psychologique communautaire de proximité apporte des retombées importantes pour le bien-être des personnes et ce, à plusieurs niveaux. Les personnes en situation d'itinérance que nous avons rencontrées ont été capables d'engagement thérapeutique. Elles ont surtout montré à la suite de cet engagement avoir développé une réflexivité à l'égard de l'importance de bien prendre soin de soi et d'améliorer ses relations interpersonnelles. Il semble que la proximité du service, sa localisation dans l'organisme communautaire et l'accueil des psychologues ont contribué à favoriser l'engagement des personnes dans la démarche. Ceci dit, les personnes en situation d'itinérance ont rapporté se sentir à l'aise de se dévoiler, car la psychologue ne provenait pas de l'organisme dont elles utilisaient les services, mais bien d'une organisation indépendante.

L'offre des services a un impact sur l'utilisation de ceux-ci (Tremblay, 2016). La question de l'accessibilité est importante, mais aussi la posture d'accueil des intervenants (idem). Ceux-ci se disent mal formés pour travailler avec cette population. Il est de plus reconnu que les hommes n'ont pas tendance à demander de l'aide. L'approche de proximité où les services se déploient là où se trouvent les individus et en conformité avec leurs capacités s'avèrent donc particulièrement prometteuse. De plus, pour Ratté et coll. (2016), « la posture d'accueil de l'aidant est fortement déterminante de la possibilité de son aidé de plonger dans sa souffrance et de cheminer. Plus exactement, un accompagnement de la personne souffrante ancré dans l'accueil et la présence semble susceptible en lien avec d'autres conditions relationnelles (...), de permettre à l'aidé d'entrer dans un espace particulier d'expérience que les sujets-chercheurs avaient qualifiés, à la toute fin de ce premier cycle de recherche coopérative sur les fondements du counseling psychologique, de *spirituel* » (p. S110).

Notre étude suggère que les hommes en situation d'itinérance peuvent s'engager dans une relation à long terme en psychothérapie et en retirer des bénéfices au niveau de leur bien-

être. Les espaces d'entretien de notre étude ont permis à ceux-ci de réfléchir sur leur relation avec la psychologue. Les psychologues favorisent l'autonomisation des personnes en les laissant prendre leur propre décision quant à leur vie, en leur donnant le choix (Hopper *et collab.*, 2010). L'approche sans jugement et de proximité a donc été salutaire et a permis aux hommes pourtant très fragilisés de reprendre confiance en eux et d'envisager réaliser des projets.

Cependant, le service psychologique n'a probablement pas d'effet sur l'itinérance (Sumerlin et Pivette, 1994) et donc sur la dimension matérielle du bien-être des personnes. En effet, sans logement, l'impact du service ne peut être durable (Shinn, 1992, p. 21), la personne ayant constamment à combler ses besoins de base. Un suivi à plus long terme permettrait peut-être de constater une amélioration du point de vue des conditions de vie matérielle des participants.

Considérant les résultats, il semble pertinent d'affirmer qu'un service de psychologue dans le réseau public de la santé et des services sociaux sans barrière d'accès au service (carte d'assurance-maladie, heures, limites de durée, secrétaire, etc.) serait approprié pour les personnes marginalisées en situation ou à risque d'itinérance. Ce service les aiderait, selon nos résultats, à améliorer leur bien-être.

**Limites de l'étude** : Le recrutement était limité aux moments où la psychologue était absente du refuge, ce qui a possiblement causé un biais de sélection, car certaines personnes ne viennent que pour leur rendez-vous. Par ailleurs, le rôle masculin (Tremblay, 2016) a peut-être fait en sorte que des utilisateurs du service n'aient pas voulu s'affirmer comme tels devant leurs pairs. Cela a possiblement fait en sorte que notre échantillon a été formé seulement de personnes qui étaient bien dans leur peau quant à l'affirmation de consulter un psychologue, biaisant possiblement nos résultats.

La transférabilité est limitée du fait que notre échantillon est constitué que d'hommes adultes (26 ans et plus). Un biais de sélection peut être présent en raison des personnes « barrées » ou qui ont quitté le Refuge et auxquelles nous n'avons pas eu accès. Il est possible que le fait que la collecte ait été effectuée à la fin du printemps ait fait en sorte que certains participants potentiels n'aient pas été joignables (hors de la ville, non-utilisation des services offerts au site A). Notre étude a principalement rejoint des personnes ayant un long suivi et pour qui la relation avec la psychologue était positive; nous n'avons pas rejoint des personnes qui ont abandonné le suivi ou qui ont eu des expériences plus mitigées.

**Conclusion** : À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne portant sur la perspective des personnes en situation d'itinérance ayant eu recours au service de soutien psychologique de proximité. Cette étude a permis de constater une amélioration du bien-être chez les participants, notamment au niveau relationnel, une meilleure capacité à formuler des projets et à prendre soin de soi.

**Remerciements** : Nous remercions les membres du comité de suivi de Médecins du Monde et Médecins du Monde pour la bourse d'études. Nous remercions l'équipe de l'organisme pour leur accueil et disponibilité et aux personnes en situation d'itinérance pour leur générosité et leur réflexivité.

**Déclaration d'intérêt** : KP a bénéficié d'un soutien financier provenant de Médecins du Monde Canada pour mener une partie de son projet de maîtrise.

## Références

- Bentley, A. (1997). The psychological effects of homelessness and their impact on the development of a counselling relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(2), 195-210.
- Bonin, J. P., Fournier, L., & Blais, R. (2007). Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada. *Psychiatric Services*, 58(7), 936-941.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Université du Québec à Chicoutimi.
- Boucher, N. (2008). Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles réalités? par Evelyne Baillargeau, Céline Bellot (sous la dir.) Collection « Problèmes sociaux et interventions sociales », Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2007, 255 p. Préface rédigée par François Aballéo Postface de Jean-Pierre Deslauriers Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles réalités? par Evelyne Baillargeau, Céline Bellot (sous la dir.) Collection.... *Service social* :, 54(1), 125-128.
- Bright, D. M. (2011). Being homeless: The influence of personality and coping styles on health outcomes
- Cargo M, Mercer S. The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annual Review of Public Health*. 2007; 29:24.1-24.26.
- Deck, S. M., & Platt, P. A. (2015). Homelessness is traumatic: abuse, victimization, and trauma histories of homeless men. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(9), 1022-1043.
- Goodman, L. A., Saxe, L., & Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma: Broadening perspectives. *American psychologist*, 46(11), 1219.
- Guilcher, S. J., Hamilton-Wright, S., Skinner, W., Woodhall-Melnik, J., Ferentzy, P., Wendaferew, A.,... & Matheson, F. I. (2016). "Talk with me": perspectives on services for men with problem gambling and housing instability. *BMC health services research*, 16(1), 340
- Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian medical association Journal*, 164(2), 229-233.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(2), 80-100.

Joy, A. (2013). *The relationship of individual therapy to depressive symptoms among treatment-seeking homeless men*. Pepperdine University.

Kesisoglou, G., (2017). "Precarious Life, Homelessness and the Role of Counseling Psychologists". PsyArXiv. September 12. doi:10.17605/OSF.IO/5RX78.

Kim, M. M., Ford, J. D., Howard, D. L., & Bradford, D. W. (2010). Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health & Social Work*, 35(1), 39-48.

Kim, M. M., & Ford, J. D. (2006). Trauma and post-traumatic stress among homeless men: a review of current research. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 13(2), 1-22.

Klein, J. W., & Reddy, S. (2015). Care of the homeless patient. *Medical Clinics*, 99(5), 1017-1038.

Lafuente, C. R. (2003). Powerlessness and social disaffiliation in homeless men. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 9(1), 46.

Lalonde, F., & Nadeau, L. (2012). Risk and protective factors for comorbid posttraumatic stress disorder among homeless individuals in treatment for substance-related problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 626-645.

Lippert, A. M., & Lee, B. A. (2015). Stress, coping, and mental health differences among homeless people. *Sociological Inquiry*, 85(3), 343-374.

Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM, *et collab.* : Participatory research maximises community and lay involvement. *BMJ* 1999, 319:774-778.

Maguire, N. J., Johnson, R., Vostanis, P., Keats, H., & Remington, R. E. (2009). Homelessness and complex trauma: A review of the literature.

McAll, C, Fournier A. et B. Godrie (2014). « Vivre et survivre à domicile : le bien-être en cinq dimensions », *Revue du CREMIS*, 7 (1), 4-8.

O'Connor, J. (2005). Between the street and the consulting room: The role of therapeutic frame in working with homeless clients. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(4), 217-233.

Oudshoorn, A., Ward-Griffin, C., Forchuk, C., Berman, H., & Poland, B. (2013). Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness. *Nursing inquiry*, 20(4), 317-328.

Portail Québec — Services Québec. Santé mentale — Le Gouvernement du Québec annonce la création d'un programme public de psychothérapie : <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2512031288>

Schiltz, L., Houbre, B., Martiny, C., & Luxembourg, C. S. (2007). Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : étude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie. *L'évolution Psychiatrique*, 72(3), 453-468.

Schutt, R. K., Meschede, T., & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 134-142.

Taylor, H. C. (2012). *Being homeless and experiencing mental health-related difficulties: Listening to and learning from the experiences of service users of a designated homeless psychology service* (Doctoral dissertation, University of Leicester).

Tremblay, G. (2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services.

Tully, M. (2014). *Perceived discrimination, coping options and their relationship to mental health and psychological distress in homeless adults* (Doctoral dissertation, University of Leeds).

### **Synthèse du chapitre**

Le soutien psychologique permet aux personnes de se réaffilier à leur monde intérieur et au monde extérieur. Les personnes apprennent à mieux se comprendre et à mieux se connaître. Le soutien a aussi permis aux personnes de se projeter dans l'avenir en élaborant des projets, en voyant le futur sous un jour plus positif. Les personnes apprennent aussi à prendre soin d'elles et à s'écouter.

## **6. DISCUSSION**

Avant de discuter des résultats de cette étude en lien avec l'état des connaissances issues de la littérature, rappelons tout d'abord les principaux objectifs de cette étude. L'objectif principal était de comprendre l'expérience d'un service de pratique de proximité (soit le soutien psychologique de MdM) selon la perspective des hommes en situation d'itinérance qui fréquentaient le refuge ou les services de réinsertion de la Mission Bon Accueil. Nous avons deux objectifs secondaires: 1) explorer les perceptions des personnes en situation d'itinérance en lien avec le soutien psychologique reçu et 2) décrire les retombées que le soutien a eues sur leur bien-être.

Aussi, avant de revenir sur les principaux résultats de cette étude, il convient de revenir sur la façon dont Médecins du Monde définit son service de soutien psychologique et les résultats obtenus auprès des personnes tel que cela se reflète dans les propos suivants : « Il s'agit de l'instauration d'un espace physique où il est possible de se poser, de se raconter, d'énoncer et d'être accueilli, et ce, en vue de favoriser l'ouverture d'un espace psychique. La spécificité du psychologue tient entre autres à sa posture de neutralité et à sa capacité d'entendre, liées à sa situation extérieure, indépendante aux normes, exigences et règlements des organismes communautaires fréquentés par les personnes. Cette position désintéressée promeut et favorise une prise de parole plus libre des personnes rencontrées. » (Médecins du Monde, 2016 : 2).

Rappelons que nous n'évaluons pas l'intervention elle-même, mais les retombées de celle-ci selon les perspectives des personnes qui l'ont reçue.

### **Synthèse des principaux résultats**

Les entrevues ont permis aux personnes rencontrées de réfléchir sur les retombées du service de soutien psychologique sur leur bien-être. Elles ont eu l'occasion de réfléchir sur la place que celui-ci prend dans leur trajectoire de vie, comment il s'inscrit dans leur vie. Nous avons pu constater que, selon les dimensions de notre cadre conceptuel, le service de soutien psychologique a des effets à tous les niveaux du bien-être. Pour onze des douze personnes, le service a des retombées positives marquantes et qui semblent durables. Ainsi, au niveau

de la santé physique (dimension corporelle), les personnes ont souligné apprendre à prendre mieux soin d'elles, à vouloir mieux manger, mieux dormir, à réduire ou cesser leur consommation d'alcool et/ou de substances et à faire de l'exercice. Nous n'avons pas pu cerner concrètement comment le suivi psychologique influence ces sphères et si les personnes peuvent effectivement avoir un sommeil plus reposant depuis le début de leur suivi. Nous avons dû nous baser seulement sur la perspective des personnes. Il faut cependant considérer que, dans les entretiens, les personnes nous ont indiqué qu'elles dorment dans le dortoir de l'organisme, avec plusieurs autres personnes, ce qui n'est pas garant d'un bon sommeil en raison des bruits et des mouvements qui peuvent être faits. Par ailleurs, le suivi psychologique a probablement une faible influence sur le budget des personnes et, malgré leur souhait de mieux manger, celles-ci n'en ont peut-être pas les capacités financières. Les personnes rencontrées au refuge et à la réinsertion mangent à la cafétéria sur place, des aliments qu'on leur sert, sans avoir le choix du menu. Ces aliments qui proviennent en grande part des banques alimentaires sont généralement transformés et donc souvent trop sucrés ou trop salés. Malgré leur désir de mieux manger, les personnes n'en ont pas vraiment la possibilité. Cette volonté de prendre soin de soi peut aussi se traduire par une envie de régler les malaises physiques et par conséquent d'entrer dans le système de santé pour se soigner, un souhait qui a été nommé par quelques participants.

Quant à la consommation d'alcool et de drogues, c'est là où la psychologue a pu jouer un rôle et où les personnes ont vraiment de l'emprise. Leur compréhension d'eux-mêmes et leur rapprochement de leur soi leur donne envie de fouiller leurs blessures, leur permet de vouloir être en contact avec eux-mêmes et ne plus geler leur personnalité ou tenter d'inhiber leurs souvenirs et leurs douleurs psychiques. Il serait cependant intéressant de revenir rencontrer ces mêmes personnes dans quelques années afin de voir si ce désir de ne plus consommer et de prendre soin de soi est toujours présent.

Au niveau temporel, les personnes font un retour sur leur passé. Elles comprennent davantage leurs liens avec les autres et leurs propres actions passées. Certaines d'entre elle, qui vivaient en survie au jour le jour disent désormais être davantage capables de faire des projets d'avenir à court, moyen et long terme, et cela, sur plusieurs aspects, que ce soit au niveau du logement, du travail, etc.



Au niveau relationnel, le suivi permet aux personnes de briser l'isolement et l'exclusion sociale en partie en reprenant contact avec des relations passées (famille, amis, etc.). Les personnes se ré-affilient ou s'affilient à un réseau qui n'est pas celui de la rue, brisant ainsi les liens avec un passé de consommation. Par exemple, l'une des personnes rencontrées avait commencé à faire du bénévolat, ce qui lui permet d'acquérir de nouvelles compétences, mais aussi de rencontrer de nouvelles personnes qui sont issues d'un autre milieu que celui auquel il appartenait. Ce nouveau réseau, selon Berry (2015), contribuerait à faciliter la résilience chez les personnes. Elles sont aussi dorénavant capables de vivre avec elles-mêmes et de s'aimer, en rencontrant de nouvelles personnes et en bâtissant de nouvelles relations qui favorise une nouvelle confiance en eux.

Au niveau matériel, les personnes font le souhait de quitter le Refuge ou la Réinsertion pour occuper un emploi, d'autres ont même fait un certain cheminement depuis les débuts de leur suivi, passant par exemple du Refuge à la Réinsertion ou de la Réinsertion à un logement supervisé. Elles manifestent aussi vouloir occuper un logement à elles.

Finalement, au niveau décisionnel, les personnes n'acceptent plus de se faire imposer des décisions par d'autres; elles veulent vivre pour elles-mêmes. Cela signifie par exemple de ne plus se faire influencer par ses proches pour faire des choix sur sa vie, de se choisir et de vouloir prendre soin de soi.

### **Le service de soutien psychologique : un élément de l'équation**

Les personnes que nous avons rencontrées ont nommé à plusieurs reprises que le service psychologique faisait partie d'une équation, d'un tout, dans lequel font également partie un réseau de rue, des amis et des membres de la famille. Les personnes n'ont pas une relation privilégiée avec la psychologue dans le sens où ils lui confient des choses qu'ils n'ont pas osé confier à personne d'autre. Les personnes en situation d'itinérance qui fréquentent les services d'urgence comme un refuge sont rarement isolées complètement et ont accès, si elles le désirent, autant à des intervenants qu'à des travailleurs sociaux et à d'autres professionnels de la santé. Ainsi, les trois grands refuges montréalais proposent les services de professionnels de la santé : la Mission Bon Accueil et la Maison du Père offrent les

services d'une infirmière et la Mission Old Brewery accueille des infirmières et des psychiatres dans le cadre du projet PRISM en collaboration avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Les personnes qui ont leur carte d'assurance-maladie peuvent aussi bénéficier des services offerts dans différentes cliniques médicales et CLSC, qui offrent des services de travailleurs sociaux et de psychologues. Cependant, ces services sont limités à un nombre préétabli de séances, contrairement au suivi psychologique offert par Médecins du Monde. De plus, il peut s'écouler beaucoup de temps avant d'y accéder, car les listes d'attentes sont importantes. Les personnes ont, en plus, comme nous l'avons mentionné, un réseau de rue, qui peut leur indiquer des ressources communautaires au besoin.

Le thérapeute ne devrait pas être seul face à la problématique de l'itinérance : « L'itinérance constituant un problème complexe, une intervention ne peut se résumer à un acte isolé à caractère clinique comme lorsque c'est souvent le cas auprès d'une personne qui possède un bon potentiel de résilience. » (Michel Fontaine dans Danielle Laberge, 2000, p. 279). L'équipe de recherche s'est également intéressée au rôle des intervenants tel que décrit par les personnes suivies et par les intervenants eux-mêmes, dans le but de mieux comment le suivi psychologique s'inscrivait dans la trajectoire de vie des personnes. Il est évident que ce suivi ne peut être isolé, que les services psychologiques, étant dispensés dans un organisme communautaire qui est un milieu de vie, font partie d'un tout et que des intervenants extérieurs comme des infirmières, travailleurs sociaux, travailleurs de rue, etc. font aussi parfois partie du quotidien des personnes.

Ainsi, les intervenants rencontrés ont nommé créer des liens avec les personnes, qui peuvent venir les voir au besoin et raconter leurs tracas. Certains avaient des liens plus serrés, notamment les intervenants de *Projet Logement Montréal*. Fait à noter, la plupart sont en poste depuis peu, variant de quelques mois à deux ans.

Les personnes peuvent, en théorie, voir les intervenants aussi souvent que nécessaire et aussi longuement que souhaité, alors que c'est différent avec les psychologues, comme l'avaient noté les psychologues lors d'une rencontre du comité consultatif. En effet, les psychologues se doivent de poser un cadre, une limite dans le temps et dans l'espace : cinquante minutes sont réservées à la personne en face d'elles chaque semaine ou toutes les deux semaines.

Cela crée un rapport différent, qui peut être moins envahissant que celui avec lequel les intervenants sont appelés à composer. Ainsi, les intervenants doivent souvent composer dans l'urgence, dans l'immédiat, alors que les psychologues peuvent aller plus au fond des choses, plus loin que le moment présent.

Seager souligne : « La question la plus importante alors est : si l'attachement et les relations sont si importantes et forment la fondation de nos vies, pourquoi les ignorons-nous autant dans la prestation des services, en particulier pour les personnes vulnérables pour qui les carences précoces et les relations dommageables sont à la base de leurs problèmes? » (traduction libre, p. 185-186).

L'offre de service a un impact sur l'utilisation de ceux-ci (Tremblay, 2016). Leur accessibilité est importante, de même que la posture d'accueil du personnel le desservant (*idem*). Les intervenants se disent mal formés pour travailler avec cette clientèle (*idem*). Comme les hommes n'ont pas tendance à aller vers les services et à demander de l'aide, ce sont les services qui doivent aller vers eux.

Le contexte du milieu communautaire dans lequel le service est offert joue également un rôle : en effet, les intervenants restant peu longtemps en poste, les personnes utilisatrices de service doivent par conséquent constamment nouer de nouveaux liens avec les intervenants et raconter de nouveau leur histoire. La psychologue auprès des personnes au Refuge est stable; or, l'autre site a connu des changements, ce qui a bouleversé les personnes suivies.

Les personnes qui avaient connu un suivi psychiatrique le comparaient avec celui de la psychologue, mais affirmaient que le suivi psychologique permettait d'aller plus en profondeur et d'établir une véritable relation. Pour eux, la psychologue prenait le temps de les écouter, alors qu'ils se sentaient toujours pressés dans les bureaux médicaux. Ils sentaient que le temps qui leur était imparti leur était entièrement consacré et que la psychologue était là pour eux. Le fait qu'il n'y avait pas d'interruptions a aussi été important.

L'alliance thérapeutique joue également un rôle dans l'adhérence au traitement et incidemment, aux retombées sur le bien-être. Dans une méta-analyse, Diener et Monroe (2011) se sont intéressés au lien entre le style d'attachement des patients et l'alliance

thérapeutique dans le cadre d'une thérapie individuelle. Leurs résultats indiquent que les personnes qui ont un style d'attachement plus fort connaissent une plus grande alliance thérapeutique (p. 242), mais que des personnes plus fragiles peuvent aussi avoir une alliance positive avec leur thérapeute (p. 244). On pourrait croire que les personnes désaffiliées socialement ne s'attachent pas; pourtant, outre la personne qui a testé le lien, la majorité des personnes suivies avaient établi une bonne alliance avec leur psychologue.

Les personnes ont généralement tendance à consulter en dernier recours, lorsqu'ils n'en peuvent plus (Oudhoom et collab., 2013). Le service de Médecins du Monde étant disponible dans leur milieu de vie et accessible facilement, celui-ci peut leur permettre de consulter davantage afin d'assouvir une curiosité, de se comprendre et ainsi, de consulter plus rapidement.

Les psychologues favorisent l'autonomisation des personnes en les laissant prendre leurs propres décisions quant à leur vie, en leur donnant le choix (Hopper et collab., 2010). Bentley (1997), nous le rappelons, rapportait que les personnes en situation d'itinérance ont souvent un sentiment d'impuissance face à leur vie; la psychothérapie proposée permet aux gens de reprendre le contrôle sur ce qu'ils vivent, sur leurs émotions et de voir l'avenir sous un jour meilleur. Cela rappelle Simard (2000), selon qui l'itinérance n'était pas un choix. Cette autonomisation permet donc aux personnes de reprendre contrôle sur leur vie, de ne plus se faire imposer des choix et ainsi d'être mieux dans leur peau.

Les psychologues ne sont pas les seuls à pouvoir exercer la psychothérapie au Québec. Il serait intéressant d'examiner l'apport des autres disciplines autorisées à exercer ces thérapies auprès des personnes en situation d'itinérance. De plus, la place des pairs aidants, qui jouent parfois un grand rôle, pourrait être examinée plus avant. Des études évaluatives pourraient contribuer à améliorer les traitements psychologiques offerts aux personnes en situation d'itinérance.

### **Contributions de cette étude à l'état des connaissances**

Nos résultats vont dans le même sens que l'étude de Boutin (2005) qui a été réalisée auprès de 90 personnes ayant rencontré une psychothérapeute à au moins trois reprises. Ses participants étaient principalement de sexe féminin, gagnaient moins de 35 000 \$ annuellement et détenaient un diplôme d'études collégiales ou moins. « Les résultats obtenus indiquent que l'alliance thérapeutique est reliée significativement à la santé mentale et à la satisfaction des clients envers la thérapie. Néanmoins, l'alliance thérapeutique est davantage reliée aux indicateurs de bien-être psychologique ainsi qu'à la satisfaction des clients envers la thérapie. Seul un indicateur de détresse psychologique, la dépression, s'est montré faiblement relié à l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est corrélée positivement à la santé mentale et ce, principalement chez les clients ayant complété entre 11 et 20 séances de thérapie et ceux âgés de 35 ans et plus. » (p.II et III). Ils rejoignent aussi ceux de Lambert et Barley (2001) qui affirment que l'empathie et le fait d'être chaleureux jouent un rôle important dans la relation entre le psychologue et la personne suivie (p.357). Berry (2015) précise par ailleurs que les personnes que les thérapeutes voyaient comme étant celles voulant faire le plus de cheminement sont celles qui s'engageaient le plus dans l'alliance thérapeutique. Cependant, selon le même article, pour les personnes vivant avec des troubles de toxicomanie, l'alliance thérapeutique ne change rien quant à la consommation.

La prévalence des troubles de la personnalité est forte chez les personnes en situation d'itinérance. Ces personnes, surtout celles avec des personnalités antisociales, agressives, narcissique et limite (p.383) seraient davantage sujettes à abandonner les traitements, selon Salavera et collab. (2013). L'étude précise que toutes les personnes ayant une personnalité limite ont abandonné leur traitement (p. 384). Cependant, selon cette étude qui comprenait une psychothérapie individuelle et de groupe, la présence d'un réseau social autour de la personne encouragerait celle-ci à poursuivre son traitement. Dans le cas de notre étude, bien que certaines personnes rencontrées aient nommé avoir un de ces troubles, ces personnes avaient poursuivi le traitement, non sans accroches et tests du lien.

Les personnes doivent émettre le souhait de rencontrer une psychologue. En effet, selon Sumerlin (1996), les hommes sans-abris les plus autonomes et isolés sont ceux qui sont les plus récalcitrants à rencontrer un intervenant. De plus, Sumerlin (1996) cite Snow et Anderson (1993) en affirmant que « les personnes en situation d'itinérance s'accoutument à la vie à la rue et développent des routines. Par conséquent, un psychologue ou un intervenant devrait prendre en considération le temps passé à la rue par la personne devant lui. » (traduction libre, p. 661-662). De plus, Sumerlin (1995) cite Snow et Anderson (1987) en soulignant que bien que l'estime de soi diminue à l'arrivée dans l'itinérance, celle-ci connaît un regain au bout de quatre ans de rue, lorsque la personne accepte une identité d'itinérant. (p. 297). Pour arriver à cette nouvelle identité, Sumerlin (1995) explique que la personne traverse différentes étapes : une période d'« alarme » pendant laquelle la personne se sent menacée et subit les événements, suivie d'une période de résistance, pendant laquelle son estime de soi s'évapore. En troisième lieu arrive l'épuisement; c'est là qu'arrive l'acceptation de cette nouvelle identité. (p. 310). La personne se dit généralement satisfaite alors de sa vie à la rue. Il devient dès lors difficile d'agir sur la personne. À ce point, cependant, si on extrapole Sumerlin, la personne a dépassé la résignation et se contente de cette vie.

Cependant, Kiesler (1991) cité dans Sumerlin et Privette (1994), soutient que « même si les services psychologiques peuvent réparer certains effets non voulus de l'itinérance, il est improbable qu'ils affectent significativement l'incidence et la prévalence de l'itinérance. » (traduction libre, p. 612)

Shinn souligne qu'« un des rôles importants des psychologues est la modestie » (1992, p. 21) Selon elle, les psychologues devraient jouer un rôle dans l'influence des décideurs afin que ceux-ci comprennent les facteurs sous-jacents à l'itinérance. La psychologie auprès des personnes en situation d'itinérance se heurte à des limites. Ainsi, sans logement, souligne Shinn, l'impact ne peut être durable et grand. (1992, p. 21). O'Connor (2005) va dans le même sens et ajoute qu'un réseau doit être mis en place autour de la personne en plus pour un plus grand soutien.

Considérant les coûts importants engendrés dans le système de santé en santé mentale par les personnes en situation d'itinérance (Latimer, 2017), il semble pertinent de dire qu'un

service de psychologie communautaire tel qu'étudié ici peut contribuer à la prévention de l'utilisation de tels services d'urgence. Finalement, l'itinérance ne devrait pas être vue seulement négativement, apporte Sumerlin (1995) qui ajoute que plusieurs se disent heureux. Les études, argumente-t-il, n'étudient pas les personnes quand elles ne sont pas à la rue (p.295).

### **Pistes futures et implications pratiques**

Ce service de soutien psychologique offert par des psychologues aux personnes en situation d'itinérance est novateur au Québec. Il favorise un accès aux soins psychologiques dans un contexte où l'accès aux soins de santé est ardu pour les personnes en situation d'itinérance (Hwang, 2001) et où les personnes subissent de la discrimination (Klein et Reddy, 2015). Considérant les résultats, il semble pertinent de dire qu'un service de psychologue dans le réseau public, sans barrière d'accès au service (carte d'assurance-maladie, heures, limites de durée, secrétaire, etc.) serait approprié pour les personnes marginalisées âgées de vingt-six ans et plus. Cependant, comme Jarrett (2010) le précise, les personnes doivent pouvoir sentir qu'elles ont « le contrôle de l'utilisation du service » (traduction libre, p.285). Pour ce faire, Dr Suzanne Elliott, dans ce même article, souligne l'importance d'un « code vestimentaire souple et non imposant (pas de talons hauts, par exemple), pas de jargon et une précision quant aux limites de la confidentialité » (traduction libre, *idem*).

Ponce et collab. (2017) affirment avoir été les premiers à mener une étude aux États-Unis auprès de 400 psychologues et étudiants dans le domaine afin de comprendre leur attitude face à la clientèle formée des PSI. Le sondage a démontré que les psychologues, ressentaient de la compassion à 96.5 pourcent, de la colère face à l'itinérance à 87.9 pourcent et s'étaient impliqués l'année précédant le sondage dans des activités comme des dons d'argent ou de nourriture à 56 pourcent. D'autres ont nommé souhaiter s'engager davantage s'ils avaient plus de temps (à 49 pourcent), de la formation (à 30 pourcent), accès à des personnes vivant l'itinérance à 30 pourcent et financement pour des services à 24 pourcent et de la recherche à 17 pourcent. Une étude auprès de l'Ordre des Psychologues du Québec serait intéressante afin de voir si les psychologues québécois seraient également prêts à s'engager auprès de cette population. Shinn ajoute que les psychologues peuvent être des activistes, notamment

concernant le logement (p.21-22) pour mettre sur pied des associations et travailler en collaboration avec les groupes.

Il est par ailleurs préoccupant de songer à une fin éventuelle du programme tel qu'il est dispensé et à un transfert dans le réseau public de la santé. En effet, l'accès aux soins pourrait redevenir difficile pour les personnes pour les raisons discutées plus haut. De plus, le trauma qui a mené à la consultation initialement, lui, ne disparaît pas et peut revenir. La possibilité de consulter une psychologue à nouveau n'est pas garantie à travers le projet qui doit s'autofinancer. Il serait également intéressant de voir les retombées du service de soutien psychologique sur la judiciarisation et la pauvreté, dans une future étude rétrospective. Le service gagnerait à être étendu et connu : plusieurs personnes à qui j'ai parlé lors de ma collecte de données ne savaient pas qu'il y avait une psychologue dans les murs du refuge et ils ont signalé qu'ils allaient faire une demande pour être reçus. Il s'agit donc d'un service apprécié dans un contexte où les services publics sont difficiles d'accès et limités dans le temps.

### **Forces et limites de l'étude**

Au niveau des critères de rigueur, pour la crédibilité, la subjectivité du chercheur a été prise en compte par la tenue d'un journal de bord. Les entrevues ont été transcrites par la chercheuse et des bénévoles de l'organisme partenaire et un tiers de celles-ci ont été vérifiées par l'équipe. L'analyse des résultats est ancrée dans des extraits d'entrevues. Une vingtaine d'heures a été passée sur le terrain. Une description approfondie du milieu a été faite. Le recrutement a été facilité par le contact avec le milieu et l'expérience professionnelle antérieure de l'étudiante.

Pour la transférabilité, une description détaillée des participants a été faite. Ceux-ci ont été choisis selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale.

En ce qui concerne la fiabilité, celle-ci a été assurée par une présence à long terme sur le terrain, à raison de plusieurs semaines plusieurs fois par semaine. Les analyses ont été réalisées en équipe de recherche. Les résultats ont été validés en rencontres avec MdM.



Cette étude apporte des données sur un sujet novateur. Pour la réaliser, nous avons obtenu la collaboration et la coopération de l'équipe de la MBA et avons collaboré avec MdM tout au long de la recherche.

Notre transférabilité est limitée en raison de notre clientèle, qui est composée d'hommes en situation d'itinérance qui fréquentent un refuge. Ainsi, les personnes qui dorment exclusivement dehors et ne fréquentent ni refuge ni centre de jour, ne peuvent être rejointes par cette initiative.

Notre recrutement a dû se limiter aux moments où la psychologue était absente au Refuge et en raison de la saison (printemps/été). Nous avons donc pu connaître un biais de sélection là, de même qu'en raison des personnes « barrées » ou qui ont quitté le Refuge.

Au niveau du recrutement, le rôle masculin tel qu'évoqué précédemment a probablement fait en sorte que des utilisateurs du service n'aient pas voulu s'affirmer comme tels devant leurs pairs. Cela a possiblement fait en sorte que notre échantillon a été formé seulement de personnes qui étaient bien dans leur peau quant à l'affirmation de consulter un psychologue, biaisant possiblement nos résultats. Notre groupe avait visé des personnes qui étaient toujours en situation d'itinérance au moment de l'entrevue, donc qui fréquentaient un refuge de nuit, et des personnes en situation d'itinérance, car sans adresse à elle et qui étaient dans un programme, logées dans des chambres de transition dans l'organisme et suivies de près. Il va de soi que celles qui faisaient partie du programme avaient entamé une démarche sur elles-mêmes pour y être; de plus, elles étaient suivies de près par une intervenante. Nous aurions pu croire, initialement, que celles-ci auraient pu être davantage engagées dans leur démarche. Mais les discussions, autant avec les psychologues qu'avec les intervenants et les personnes suivies, nous ont démontré que les personnes fréquentant le refuge, étaient tout aussi engagées, ne manquant pas leurs rendez-vous, avertissant si elles devaient manquer, etc. Dans le cas de notre recherche, lors des rencontres avec l'équipe de Médecins du Monde et avec les personnes suivies, nous avons constaté que plusieurs personnes ont consulté la psychologue par curiosité et ne sont pas restées plus qu'une rencontre, mais d'autres qui étaient initialement simplement curieux, se sont engagées et sont restées plus de six mois, voire un an. La stratégie de recherche participative que nous avons utilisée nous a permis de

mieux comprendre la façon dont s'inscrit le service dans l'organisme, d'élaborer le protocole de recherche, les méthodes de recrutement. Elle a été participative en amont, et non avec les personnes recevant le soutien psychologique.

Les personnes doivent aussi être prêtes à rencontrer un psychologue et à travailler sur elles, comme le dit un des participants de notre étude :

« Ben, j'ai appris à pas me censurer, ces dernières années (rire). J'ai bien vu que ça donnait rien de faire semblant que tout va bien. J'ai appris ça, mais c'est comme mon problème d'alcool : je ne le niais pas, mais je le minimisais. Fait que c'est sûr que tu minimises la grosse partie d'un problème que t'as, ça fait pas une thérapie qui peut avancer beaucoup, tsé. C'était plus axé sur comment gérer les conséquences de ma consommation. Alors que là on n'est pas là-dedans, on est plus dans le continuer à bien vivre au jour le jour puis persister là-dedans et quand il y a des embûches, voir, discuter de quel a été mon comportement et comment gérer ça puis valider avec elle, ç'a-tu du bon sens, ça n'a pas de bon sens et voilà. Donc je peux dire que la différence c'est moi. » (PSI 04, p.7)

Finalement, nous avons principalement rencontré des personnes ayant un long suivi pour qui ça se passe bien avec la psychologue. Ceci ne résulte pas d'un choix délibéré L les personnes qui venaient de débiter le suivi n'étaient pas incluses et les personnes sollicitées sur place disaient souvent ne pas avoir de suivi.

## 7. CONCLUSION

Cette recherche a décrit les retombées d'un service de soutien psychologique dans le cadre d'un projet pilote dispensé dans un organisme communautaire auprès des personnes en situation de grande précarité et marginalisées. Les résultats sont généralement positifs pour les personnes qui ont pu créer un lien positif avec leur psychologue, alors que leur expérience dans le domaine de la santé mentale auparavant avait généralement été négative. Le service de psychologue a apporté des retombées positives sur leur bien-être, leur permettant de mieux se connaître, de connecter ou de reconnecter avec les autres et d'apprendre à prendre soin de soi.

Il s'agit d'une première étude canadienne documentant un service de soutien psychologique à des personnes qui ont peu accès à des soins en santé mentale autrement. Une étude auprès de l'Ordre des Psychologues du Québec serait pertinente pour évaluer leur ouverture à cette clientèle, comme le sondage de Ponce et collab. (2017) l'a fait. Par ailleurs, les conditions nécessaires à l'extension du service gagneraient à être mieux investiguées de manière à être accessible à tous, sans discrimination ni diagnostic et sans barrières d'accès ou limites. Considérant les résultats positifs de notre étude, il serait pertinent de mener une étude avec un devis «intent to treat» afin d'évaluer la contribution de ce programme.

Je souhaite terminer avec cette citation de Michel Fontaine, sociologue, qui illustre pour moi la nécessité de voir l'individu derrière la personne en situation d'itinérance et la nécessité d'offrir des services compréhensifs adaptés.

« Si on le voulait collectivement, et sans s'enfermer dans des considérants analytiques interminables, la personne itinérante serait vue pour ce qu'elle est, soit une personne en besoin qui n'a pas toujours la capacité d'exprimer son mal et sa détresse psychologique et dont on ne doit pas attendre nécessairement des comportements prévisibles ni facilitants. » (Michel Fontaine dans Danielle Laberge, 2000, p. 276-277).

## LISTE DES RÉFÉRENCES

Addis, M. E. & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5.

Amato, F. & MacDonald, J. (2011). Examining risk factors for homeless men: Gender role conflict, help-seeking behaviors, substance abuse and violence. *The Journal of Men's Studies*, 19(3), 227-235.

Arveiller, J. P. & Mercuel, A. (2011). *Santé mentale et précarité : Aller vers et rétablir*. Lavoisier.

Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T. & O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 371-379.

Barley, E. (2017). Improving mental healthcare. *New Vistas*, 3(1), 4-10.

Beckmann, J. (2017). University research ethics clearances: Safety nets, or a false sense of legal immunity?. *South African Journal of Higher Education*, 31(3), 6-23.

Bel, S. (2016). Personnes toxicomanes vieillissantes et services institutionnels de santé : inclusion, exclusion et auto-exclusion.

Bentley, A. (1997). The psychological effects of homelessness and their impact on the development of a counselling relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(2), 195-210.

Berry, K., Gregg, L., Hartwell, R., Haddock, G., Fitzsimmons, M. & Barrowclough, C. (2015). Therapist-client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. *Drug & Alcohol Dependence*, 152, 170-176.

BIEN-ETRE, F. E. & DE, T. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2).

Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205.

Bonin, J. P., Fournier, L. & Blais, R. (2007). Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada. *Psychiatric Services*, 58(7), 936-941.

Jean-Pierre Bonin, Louise Fournier, Régis Blais and Michel Perreault "Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal

et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie." *Drogues, santé et société* 42 (2005) : 211–248. DOI : 10.7202/012604ar

Boucher, N. (2008). Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles réalités? par Evelyne Baillargeau, Céline Bellot (sous la dir.) Collection « Problèmes sociaux et interventions sociales », Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2007, 255 p. Préface rédigée par François Aballéo Postface de Jean-Pierre Deslauriers Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles réalités? par Evelyne Baillargeau, Céline Bellot (sous la dir.) Collection.... *Service social*, 54(1), 125-128.

Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Université du Québec à Chicoutimi.

Bradley, S., Doucet, R., Kohler, E. & Drapeau, M. (2015). Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État : comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 175-200.

Bright, D. M. (2011). Being homeless: The influence of personality and coping styles on health outcomes

Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(2), 155-165.

Buckland, L., Jackson, A., Roberts, P. & Smith, P. (2001). Structural and Systemic Factors Contributing to Homelessness in Canada: An Analysis of Research Gaps And Proposed Research Directions. *Report prepared for the National Homelessness Secretariat. Canadian Council on Social Development : Ottawa.*

Campbell, J. (2006). Homelessness and Containment—a Psychotherapy Project with Homeless people and Workers in the homeless field. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(3), 157-174.

Suzanne Carrière : L'itinérance à Montréal, évolution de la problématique et modèles d'action pour contrer l'impact de certaines politiques sociales. Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance de Montréal, présenté lors du colloque international La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques, les 13, 14 et 15 juin 2007

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, (22), 11–27. doi:10.7202/1002206ar

Charras, K. & Evnard, C (2014). Penser un environnement pour l'accueil de personnes présentant des vulnérabilités sociales et psychologiques.

Chuma, J. (2012). *The Experience of Becoming Homeless* (Doctoral dissertation, John F. Kennedy University).

Cockersell, P. (2011). Homelessness and mental health: adding clinical mental health interventions to existing social ones can greatly enhance positive outcomes. *Journal of Public Mental Health, 10*(2), 88-98.

Coleman, J.; *Social Work in Public Health, 2017; 32*(3) : 154-165. 12 p. (journal article)  
ISSN : 1937-1918 PMID : 28 129 091, Base de données : CINAHL Plus with Full Text

Collins, J. A. (2008). *Reaching the unreachable: Predictors for successfully linking chronically and episodically homeless adults to services*. State University of New York at Stony Brook.

Comfort, M., Lopez, A. M., Powers, C., Kral, A. H. & Lorvick, J. (2015). How institutions deprive: ethnography, social work, and interventionist ethics among the hypermarginalized. *RSF*.

Côté, P. B. & MacDonald, S. A. (2016) Nouveaux visages, pratiques novatrices, croisement des savoirs. *L'État social à la dérive, 35*.

Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American journal of community psychology, 22*(2), 149-179.

Davidson, P. & Page, K. (2012). Research participation as work: comparing the perspectives of researchers and economically marginalized populations. *American journal of public health, 102*(7), 1254-1259.

Deck, S. M. & Platt, P. A. (2015). Homelessness is traumatic: abuse, victimization, and trauma histories of homeless men. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 24*(9), 1022-1043.

Deegan, P. E. (1997) "Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities", *Social Work in Health Care, 25*: 3, 11 — 24

Dei, E. (2016). Psychocentrism and Homelessness: The Pathologization/Responsibilization Paradox. *Studies in Social Justice, 10*(1).

Douville, O., Benhaim, M., Boukobza, C., Cousein, M., Degorge, V., Fourment, M. C.,... & Zucca, S. Q. (2012). *Clinique psychanalytique de l'exclusion*. Dunod.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*(1), 47-60.

Dr. John O'Connor (2005) Between the street and the consulting room : The role of therapeutic frame in working with homeless clients, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 7:4, 217-233, DOI: 10.1080/13642530500367597

Delivering Psychological Services in a Homeless Shelter. Psynopsis: Canada's Psychology Newspaper [serial online]. January 2016:12, 13. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed September 29, 2017.

Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M., Lapante, J. & Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179–194. doi : 10.7202/014458ar

Desgagnés, J. Y. (2016). *La pauvreté au masculin : de l'autoréalisation de soi à la " Vie Nue"* (Doctoral dissertation, Université Laval).

Diener, M. J. & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237.

Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2), 7-27.

Dubreucq, S., Chanut, F. & Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31–46. doi:10.7202/1012642ar

du Québec, G. (2014). Ensemble, pour éviter la rue et en sortir : Politique nationale de lutte à l'itinérance. *Ministère de la Santé et des Services sociaux*.

Duquesnoy, I., Perdereau, F. & Guedeney, N. (2006). Psychopathologie de l'adulte et attachement. N. Guedeney. & A. Guedeney (Éds), *L'attachement, concepts et applications*, 179-192.

Eberle, M. (2001). *Homelessness, Causes & Effects, Vol. 1 : The Relationship Between Homelessness and the Health, Social Services and Criminal Justice Systems: a Review of the Literature*. Ministry of Social Development & Economic Security.

Farmer, O. (2011). Santé mentale au cœur de la ville : au carrefour urbain des différences. *Santé mentale au Québec*, 36 (2), 7-14. doi : 10.7202/1008587ar

Frankish, C. J., Hwang, S. W. & Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, S23-S29.

Fréchet, G. & Savard, F (2016). La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : État de situation 2016, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Fournier A., Godrie, B. & McAll, C. (2014). Vivre et survivre à domicile : le « bien-être » en cinq dimensions, Rapport de recherche subventionné par la Fondation du CSSS Jeanne-Mance, 98p.

Furtos, J., Lahlou, J., & Laval, C. (1999). Clinique de la casse et modalités d'intervention des psy en CHR. *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, 62-100.

FURTOS, J. (2008). L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité: la précarité de la confiance. \_\_\_\_\_. *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Londres: Elsevier Masson

Furtos, J. (2009). Souvenirs et acquis de séminaires sur l'articulation de la santé mentale et de la précarité. *VST-Vie sociale et traitements*, (1), 10-15.

Gaetz S., Dej E., Richter T., & Redman M. (2016) : The State of Homelessness in Canada 2016. Toronto : Canadian Observatory on Homelessness Press

Gilbert, S., Emard, A. M., Lavoie, D. & Lussier, V. (2017). Une intervention novatrice auprès des femmes en état d'itinérance : l'approche relationnelle de La rue des Femmes.

Good, G. E., Dell, D. M. & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of counseling psychology*, 36(3), 295.

Goodman, L. A., Saxe, L. & Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma: Broadening perspectives. *American psychologist*, 46(11), 1219.

Grenier, G. & Fleury, M. J. (2014). Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 119-136.

Grimard, C. (2006). L'accès aux services institutionnels et communautaires : le discours des personnes en situation d'itinérance.

Guay, J. (1987). *Manuel québécois de psychologie communautaire*. Chicoutimi, Québec : G. Morin.

Guilcher, S. J., Hamilton-Wright, S., Skinner, W., Woodhall-Melnik, J., Ferentz, P., Wendaferew, A.,... & Matheson, F. I. (2016). "Talk with me": perspectives on services for men with problem gambling and housing instability. *BMC health services research*, 16(1), 340

Hachet, P. (2013). *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*. Erès.



Harris, K. M. & Edlund, M. J. (2005). Self-medication of mental health problems: New evidence from a national survey. *Health Services Research, 40*(1), 117-134.

Haushofer, J. & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science, 344*(6186), 862-867.

Hegarty K. An exploration of the psychological mechanisms associated with the resilience process of people who are homeless. [serial online]. 2014; Available from: British Library EThOS, Ipswich, MA. Accessed May 25, 2017.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L. & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal, 3*(2), 80-100.

Hough, R. L., Tarke, H., Renker, V., Shields, P. & Glatstein, J. (1996). Recruitment and retention of homeless mentally ill participants in research. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(5), 881.

Huble, A. M., Russell, L. B., Palepu, A. & Hwang, S. W. (2014). Subjective quality of life among individuals who are homeless: A review of current knowledge. *Social indicators research, 115*(1), 509-524.

Hwang, S. W. (2001). Homelessness and health. *Canadian medical association Journal, 164*(2), 229-233.

Hwang, S. W., Ueng, J. J., Chiu, S., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L.,... & Redelmeier, D. A. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American journal of public health, 100*(8), 1454-1461.

Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle, n° 8*(2), 21-29. doi:10.3917/pp.008.0021.

Jarrett, C. (2010). Helping the homeless. *The Psychologist*.

Joy, A. (2013). *The relationship of individual therapy to depressive symptoms among treatment-seeking homeless men*. Pepperdine University.

Issari, P., Kesisoglou, G. & Gouliami, Z. PRECARIOUS LIFE, HOMELESSNESS IN GREECE AND THE ROLE OF COUNSELING PSYCHOLOGISTS.

KESISOGLU, G. (2017, September 12). Precarious Life, Homelessness and the role of counseling psychologists. <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/5RX78>

Kim, M. M., Ford, J. D., Howard, D. L. & Bradford, D. W. (2010). Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health & Social Work, 35*(1), 39-48.

Kim, M. M. & Ford, J. D. (2006). Trauma and post-traumatic stress among homeless men: a review of current research. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 13(2), 1-22.

Klein, J. W. & Reddy, S. (2015). Care of the homeless patient. *Medical Clinics*, 99(5), 1017-1038.

Kothari, G., Hardy, G. & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients : A qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, 15(4), 257-271.

Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K. & Schuetz, C. G. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(8), 1235-1243.

Laberge, D. (2000). *L'errance urbaine*. Éditions MultiMondes.

Lalonde, F. & Nadeau, L. (2012). Risk and protective factors for comorbid posttraumatic stress disorder among homeless individuals in treatment for substance-related problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 626-645.

Lafuente, C. R. (2003). Powerlessness and social disaffiliation in homeless men. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 9(1), 46.

Lambert, J. J. (2011). *Housing First/Harm Reduction model: the Philadelphia project* (Doctoral dissertation, Rutgers University-Camden Graduate School).

Lambert, M. J. & Barlev, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy : Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.

Latimer, E. A., Rabouin, D., Cao, Z., Ly, A., Powell, G., Aubry, T., ... & Veldhuizen, S. (2017). Costs of services for homeless people with mental illness in 5 Canadian cities: a large prospective follow-up study. *CMAJ open*, 5(3), E576.

Lazarus, A. (Ed.). (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Division.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. & Patsios, D. (2007). The multi-dimensional analysis of social exclusion.

Lesage, A., Bernèche, F. & Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p.

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 177-190.

Lippert, A. M. & Lee, B. A. (2015). Stress, coping, and mental health differences among homeless people. *Sociological Inquiry*, 85(3), 343-374.

Ludwig, M. (1999). Le temps qui passe... : Exclusion sociale et suivi psychologique : un cas clinique. *L'évolution Psychiatrique*, 64603-609. doi:10.1016/S0014-3855(00)80075-4

<https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-23/edition-4/helping-homeless/www.homelesshub.ca>

Maguire, N. J., Johnson, R., Vostanis, P., Keats, H. & Remington, R. E. (2009). Homelessness and complex trauma: A review of the literature.

McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.-Y., Gagné, J., Godrie, B. Keays, N., Plante, M.-C., et N., Stoetzel (2012). *Au-delà du préjugé : trajectoires de vie, pauvreté et santé*, Montréal : Presses universitaires du Québec, collection Problèmes sociaux et interventions sociales.

Médecins du Monde Canada (2015) Enquête sur les perceptions des besoins en santé mentale des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques psychologiques*, 12(2), 145-155.

Mellier, D. (2007). La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance. In *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 85-106). ERES.

Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 21-25.

Miller, W. R. & Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52(12), 1269.

Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 1-9.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biome Beha Resea, & Ryan, K. J. P. (1978). The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research-the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. US Government Printing Office.

Nguyen, C. M., Liu, W. M., Hernandez, J. O. & Stinson, R. (2012). Problem-solving appraisal, gender role conflict, help-seeking behavior, and psychological distress among men who are homeless. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(3), 270.

North, C. S. & Smith, E. M. (1993). A comparison of homeless men and women: Different populations, different needs. *Community mental health journal*, 29(5), 423-431.

O'Connor, J. (2005). Between the street and the consulting room: The role of therapeutic frame in working with homeless clients. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(4), 217-233.

Organisation Mondiale de la Santé: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/mental_health/fr/)

Oudshoorn, A., Ward-Griffin, C., Forchuk, C., Berman, H. & Poland, B. (2013). Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness. *Nursing inquiry*, 20(4), 317-328.

Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C. & Drake, R. E. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American journal of orthopsychiatry*, 78(3), 333-339.

Parsell, C. & Parsell, M. (2012). Homelessness as a Choice. *Housing, Theory and Society*, 29(4), 420-434.

Ponce, A. N., Cowan, B. A., Toro, P. A., Schumacher, J. E., Gross, S. Z., Bray, J. H.,... & Milburn, N. G. (2017). Psychologists' roles in ending homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 26(2), 116-127.

Prestidge, J. (2014). Using Trauma-Informed Care to provide therapeutic support to homeless people with complex needs: a transatlantic search for an approach to engage the "non-engaging". *Housing, Care and Support*, 17(4), 208-214.

Ratté, J., Dubois, A., Caouette, L., Roussin, C. & Goyer, L. Le lieu d'accueil de la souffrance : Seconde recherche coopérative expérientielle sur les fondements du counseling et de la psychothérapie. (French). *Canadian Journal Of Counselling & Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie* [serial online]. July 3, 2016; 50:S109-S136. Available from: Education Source, Ipswich, MA. Accessed December 11, 2017.

Roberts, L. W., Bruss, C., Brems, C., Johnson, M. E., Dewane, S. & Smikowski, J. (2009). Community-Based Participatory Research for Improved Mental Health.

Rokach, A. (2005). Private lives in public places : Loneliness of the homeless. *Social Indicators Research*, 72(1), 99-114.

Roy, S. & Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale. (2006). *Itinérance et accès aux services [ressource électronique] : problèmes et enjeux*. [Montréal] : collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Roy, S. & Soulet, M. H. (2001). Présentation. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 3-11.

Salavera, C., Tricás, J. M. & Lucha, O. (2013). Personality disorders and treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 379.

Sarradon-Eck, A., Farnarier, C. & Hymans, T. D. (2014). Caring on the margins of the healthcare system. *Anthropology & medicine*, 21(2), 251-263.

Seager, M. (2011). Homelessness is more than houselessness: a psychologically-minded approach to inclusion and rough sleeping. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(4), 183-189.

Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec. Le phénomène de l'itinérance au Québec. Mandat d'initiative. Document de consultation, Assemblée nationale du Québec, juin 2008

Shepherd, J. P., Qureshi, R., Preston, M. S. & Levers, B. G. (1990). Psychological distress after assaults and accidents. *BMJ : British Medical Journal*, 301(6756), 849.

Schiltz, L., Houbre, B., Martiny, C. & Luxembourg, C. S. (2007). Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : étude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie. *L'Évolution psychiatrique*, 72(3), 453-468.

Research Involving the Homeless: Arguments against Payment-in-Kind (PinK)

Author(s) : Toby L. Schonfeld, Joseph S. Brown, Meaghann Weniger and Bruce Gordon  
Source : IRB: Ethics & Human Research, Vol. 25, No. 5 (Sept. — Oct. 2003), pp. 17-20

Schutt, R. K., Meschede, T. & Rierdan, J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 134-142.

Shinn, M. (1992). Homelessness: What is a psychologist to do?. *American Journal of Community Psychology*, 20(1), 1-24.

Simard, M. (2000). Entre l'asile et le refuge : repères d'un parcours. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 132-152.

Simard, M. (2016). L'itinérance dans les sociétés modernes contemporaines. Repères pour un changement de paradigme. Auto-publié. Disponible en ligne.

Sirota, A. (2014). 9 L'attaque initiale du cadre de travail : le processus groupal et ses artisans. In *Les méthodes cliniques en psychologie* (pp. 169-188). Dunod.

Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016. Montréal, Ville de, Québec, Canada.

Stein J, Gelberg L. Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental And Clinical Psychopharmacology* [serial online]. February 1995; 3(1): 75-86. Available from: PsycARTICLES, Ipswich, MA. Accessed November 20, 2017.

Sumerlin, J. R. & Privette, G. (1994). Humanistic constructs and counseling homeless men. *Psychological reports*, 75(1), 611-626.

Sumerlin, J. R. (1996). Discriminant analyses of willingness to talk with a counselor and most difficult issues in the experience of unsheltered homeless men: Self-actualization, loneliness, and depression. *Psychological reports*, 78(2), 659-672.

Taylor, H. C. (2012). *Being homeless and experiencing mental health-related difficulties: Listening to and learning from the experiences of service users of a designated homeless psychology service* (Doctoral dissertation, University of Leicester).

Tully, M. (2014). *Perceived discrimination, coping options and their relationship to mental health and psychological distress in homeless adults* (Doctoral dissertation, University of Leeds).

torontoforall.ca/homelessness

L'itinérance au Québec – Premier portrait, MSSS, 2014 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-738-01W.pdf>

Thomas, Y., Gray, M. A. & McGinty, S. (2012). An exploration of subjective wellbeing among people experiencing homelessness: A strengths-based approach. *Social work in health care*, 51(9), 780-797.

Tremblay, G. (2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services.

Tremblay, M. E., Dubé, G. & Baraldi, R. (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p.

Turchetto, E. L. (2012). *Les hommes sans domicile fixe et leur rapport aux services de santé et services sociaux* (Doctoral dissertation, Université Laval).

Vandecasteele, I. & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 137-162.

Van Straaten, B., Rodenburg, G., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Wolf, J. R. & Van de Mheen, D. (2016). Changes in Social Exclusion Indicators and Psychological Distress Among Homeless People Over a 2.5-Year Period. *Social Indicators Research*, 1-21.

Walks, R. A. & Maaranen, R. (2008). Gentrification, social mix, and social polarization : Testing the linkages in large Canadian cities. *Urban Geography*, 29(4), 293-326.

Yousaf, O., Grunfeld, E. A. & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health psychology review*, 9(2), 264-276.

## ANNEXE 1

### Annexe — Guide d’entrevue

#### Pour les personnes bénéficiant du soutien psychologique :

- Depuis quand voyez-vous la psychologue?
- Comment avez-vous entendu parler d’elle?
- Qui vous a référé?
  
- Est-ce que vous avez déjà dit des choses importantes à la psychologue?  
 Questions de relance : Est-ce que c’est la première fois que vous en parliez?  
 Pourquoi ne l’avez-vous jamais dit avant? Comment vous êtes-vous senti en le disant?
- Qu’est-ce qui vous a surpris quand vous avez rencontré la psychologue? Est-ce que ça ressemble à un service que vous avez déjà eu par le passé?  
 Question de relance : est-ce que votre idée des psychologues a changé?
- Qu’aimez-vous des rencontres? Est-ce qu’il y a des choses que vous n’aimez pas?
- Dans le cas où il y a eu une interruption de suivi : qu’est-ce qui vous a poussé à quitter? à revenir?
- Qu’est-ce qui est différent aujourd’hui par rapport à la 1<sup>ère</sup> rencontre?  
 Questions de relance : il peut s’agit de changements dans votre vie (humeur, comportements, représentations) au niveau de vos relations avec les autres, mais aussi de la relation avec la psychologue.
- Est-ce que vous remarquez des changements dans votre vie depuis que vous voyez la psychologue? Est-ce que des personnes vous ont fait remarquer des changements?
- Est-ce que vous la recommanderiez à un proche?
- Qu’est-ce qui permettrait d’améliorer le soutien psychologique?  
 Questions de relance : (donne des exemples au besoin) sur le soutien psychologique lui-même, sur les lieux, les horaires, etc.
- Avez-vous d’autres intervenants (présent ou dans le passé)? Si oui, lesquels et en quoi le suivi avec eux est-il différent de celui avec la psychologue? En quoi est-ce différent de ce que vous échangez avec les intervenants de la MBA?  
 Questions de relance : enfance – âge adulte – désiré ou imposé.
- Quelles sont les difficultés que vous vivez dans l’accès à des services sociaux et soins?



Pour les psychologues :

- Quel est votre parcours professionnel en tant que psychologue?  
Questions de relance : Quelles sont vos expériences de pratique avant l'expérience à la MBA? Votre formation professionnelle vous a-t-elle outillé pour votre pratique? Aviez-vous déjà travaillé avec cette population auparavant?
- Comment qualifiez-vous cette population? Quels sont leurs besoins du point de vue du soutien psychologique?

En quoi consiste votre travail à la MBA? Questions de relance : en quoi se distingue-t-il de celui des autres professionnels de la santé et des services sociaux vus par les personnes suivies? Quelles sont vos relations avec les intervenants de la MBA?

Pouvez-vous me raconter votre dernière rencontre avec une personne suivie? Questions de relance : tout en gardant le maximum de confidentialité, de qui s'agit-il? Pourquoi vient-elle vous voir et depuis quand? De quoi avez-vous parlé? Quelle est l'intervention que vous avez faite? Est-ce que la relation a changé et comment? Est-ce que cette rencontre est représentative de votre pratique auprès de ces personnes?

- Quel impact constatez-vous auprès des personnes? Orienter les réponses sur des exemples concrets.
- Qu'est-ce que vous appréciez le plus de votre travail auprès de ces personnes?
- Quels sont les défis de votre pratique? Qu'est-ce qui vous permettrait d'offrir un meilleur soutien?

Pour les intervenants de la Mission Bon Accueil :

*Questions sur leur pratique et la population*

- Quel est votre parcours d'intervenant? Depuis combien de temps travaillez-vous à la Mission Bon Accueil?
- Comment définiriez-vous les personnes qui fréquentent la MBA? Qu'en est-il de leur accès à des services sociaux et de santé? Qu'en est-il de leur bien-être?
- Comment qualifiez-vous votre travail auprès des personnes qui fréquentent la MBA?  
Questions de relance : Quelles sont les relations que vous avez avec elles? Quel est le type de soutien que vous leur donnez? En quoi consiste cette écoute? Comment construisez-vous le lien de confiance avec elles?
- Quel impact pensez-vous avoir auprès de ces personnes? Sur quelles dimensions de leur vie?

*Questions sur le soutien psychologique*

- Qui est recommandé au service de soutien psychologique? Avez-vous déjà recommandé une personne? Pour quelle raison?

Question de relance : quels sont les critères retenus pour la recommandation?

- Quelles relations avez-vous avec les personnes recommandées en psychologie ou suivies par les psychologues?
- Qu'est-ce que vous connaissez du travail des psychologues de Médecins du Monde? Quels sont vos liens avec les psychologues de Médecins du Monde?
- Que constatez-vous chez les personnes suivies?  
Questions de relance : Dans quelle sphère de leur vie? Quelle différence cela fait-il auprès de ces personnes?

## Annexe 2 – Liste des mots-clés utilisés pour la recherche documentaire

Une recension des écrits a été menée en collaboration avec le bibliothécaire. Celle-ci a été réalisée dans les bases PSYCH INFO, CINALH, SocIndex, Medline et Social Work Abstracts. Les articles qui traitaient de l'approche *Logement d'abord*, des femmes, des jeunes, du VIH et des vétérans ont été exclus parce que la clientèle du projet est composée d'hommes majeurs en situation d'itinérance qui ne font partie d'aucun programme d'insertion en logement. Les mots-clés utilisés étaient (all(homeless)) NOT all(veterans OR Young OR hiv OR women) AND all("mental disorders") OR all("mental health") AND (all(access)) OR all("mental illness") AND all("support services") OR all(wellbeing) OR all("service utilization"). À cette recherche a été ajoutée une recherche manuelle de type boule de neige, c'est-à-dire en référence aux articles lus.

PRO QUEST, PsychInfo  
Cinahl  
Medline  
Social Work Abstracts  
SocIndex

Total 485

Première sélection : 38 textes

Après lecture: 6 textes retenus

Being homeless and experiencing mental health difficulties
--

Résultats  
des études

Auteur	Objectifs	Échantillon	Méthode de collecte de données	Résultats
Helen Taylor (2012) Université de Leicester, Angleterre	Comprendre l'expérience des usagers d'un service de psychologie de l'itinérance et de la santé mentale, les besoins psychologiques, un service et leurs idées pour le développement d'un service.	7 adultes	Entrevues face à face. Analyse phénoménologique interprétative	L'itinérance a eu un impact sur chacun des participants. Tous, sauf un, ont bénéficié du service : une meilleure compréhension, se libérer, dépasser le désespoir, apporter des changements positifs

The relationship of individual therapy to depressive symptoms among treatment seeking homeless men

Auteur	But/Questions	Recrutement/échantillonnage	Méthode de collecte de données	Résultats
Adam Joy, Pepperdine University	Examiner la relation entre la thérapie individuelle et les symptômes dépressifs	81 hommes âgés de 39,95 ans en moyenne en situation d'itinérance se soumettant à un programme de désintoxication dans une mission	Symptômes mesurés par Beck et BCI	Les résultats au post-test ont indiqué une réduction significative des symptômes après avoir commencé le suivi psychologique.

Increasing Overall Well-Being is Salient in Treating Homelessness

<b>Auteur/Journal</b>	<b>But/Questions</b>	<b>Recrutement/échantillonnage</b>	<b>Méthode de collecte de données</b>	<b>Résultats</b>
J.Coleman (2017) <i>Social Work in Public Health</i>	Comparer des personnes maintenant logées et suivies de près (case management) et des PSI	30 participants divisés en deux groupes	Ils devaient remplir trois questionnaires : un incluait des données sociodémographiques et l'historique de placement de chacun et la fréquence de services sociaux reçus, puis le Brief Psychiatric Rating Scale, de même que le Oxford Happiness Scale.	Les résultats ont démontré peu de différence dans la qualité de vie. L'auteure suggère que des services thérapeutiques soient offerts afin d'améliorer la qualité de vie.

Subjective quality of life among individuals who are homeless: A review of current knowledge

<b>Auteur/Journal</b>	<b>But/Questions</b>	<b>Recrutement/Échantillonnage</b>	<b>Méthode de collecte de données</b>	<b>Résultats</b>
Hubley, A. M.,	Effectuer une revue de	Dans PubMed et	Revue de littérature	Les PSI ont une moins bonne qualité de vie que les

Russell, L. B., Palepu, A., & Hwang, S. W. (2014). Social indicators research	littérature sur la qualité de vie subjective des PSI, entre les PSI, les personnes logées, selon la démographie et les types de programmes.	PsychInfo de janvier 1981 à août 2011		personnes logées, mais il faut tenir en compte l'âge, le sexe la santé et d'autres variables.
---	---	---------------------------------------	--	---

#### Stress, coping and mental health differences among homeless people

Auteur/Journal	But/Questions	Recrutement/échantillonnage	Méthode de collecte de données	Résultats
Lippert, A. M., & Lee, B. A. (2015). Sociological Inquiry	Examiner dans une étude américaine comment le stress de la rue affectait les troubles de santé mentale.	Ils ont utilisé les données du National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients, de 1996.	Revue de littérature	Les stress impactent le quotidien : la nourriture, les médicaments (12 pourcent des gens avaient du mal à suivre la prescription ou garder la médication). Victimization chez beaucoup, négligence. Stresseurs tôt dans la vie et pendant l'épisode d'itinérance augmente les chances de problèmes de santé mentale.

#### An exploration of subjective wellbeing among people experiencing homelessness: A Strengths-based approach

Auteur/Journal	But/Questions	Recrutement/échantillonnage	Méthode de collecte de données	Résultats

Yvonne Thomas et collab. (2012) Social work in health care	Explorer le sens et l'expérience du bien-être dans la vie quotidienne de personnes en situation d'itinérance	20 personnes en situation d'itinérance	Entrevues qualitatives	L'exclusion sociale causée par l'itinérance a un effet sur le bien-être des personnes.
---	--	--	------------------------	--

## Annexe 3 – Prospectus de recrutement



Recherche sur les retombées du service psychologique offert par Médecins du Monde à la Mission Bon Accueil

Conditions de participation :

Avoir eu une ou plusieurs séances avec l'une des psychologues

Les entrevues seront confidentielles et volontaires et se feront à l'endroit de votre choix. Elles dureront environ une heure.

Si vous êtes intéressé, veuillez contacter Karine au (450) 466-5000, poste 4773 et laissez un message



## Items pour grille d'analyse

<i>Indicateur</i>	<i>Entre</i>	<i>Exemples/e</i>	<i>Profil</i>	<i>Comm</i>	<i>Descripti</i>	<i>Retomb</i>	<i>Tout</i>
<i>s</i>	<i>vue</i>	<i>xtraits</i>	<i>des</i>	<i>ent le</i>	<i>on du</i>	<i>ées</i>	<i>autre</i>
<i>no.</i>			<i>person</i>	<i>suivi</i>	<i>suivi</i>	<i>selon</i>	<i>élé</i>
			<i>nes et</i>	<i>intervi</i>	<i>gique par</i>	<i>PSI et</i>	<i>ent</i>
			<i>trajecto</i>	<i>ent-il</i>	<i>personne</i>	<i>interven</i>	
			<i>ires</i>	<i>dans la</i>		<i>ants</i>	
				<i>traject</i>			
				<i>oire</i>			

Les personnes accrochent : elles sont ponctuelles, ne ratent pas de rendez-vous, arrivent en retard, manquent

2. Le soutien psychologique permet de rejoindre des personnes qui ont peu ou pas de suivi de la part d'autres professionnels ou d'autres services.

3. Les personnes changent de comportement ou de discours vis-à-vis d'elles-mêmes, vis-à-vis des autres et du monde en général. Par exemple, elles changent leur rapport à la consommation, font des prises de conscience par rapport à des phénomènes de répétition dans leur vie, etc. Ces changements

*peuvent être lus comme des signes qu'elles prennent soin d'elles-mêmes d'une manière ou d'une autre. Il peut aussi s'agir de reprise de confiance en soi et d'amélioration de leur estime de soi.*

*4. Les personnes confient des choses pour la première fois ou partagent des choses que peu de personnes connaissent.*

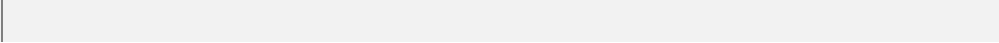
5. Elles élaborent des projets, ce qui témoigne de leur capacité à se projeter dans l'avenir

6. La réaffiliation de la personne à un réseau : elles établissent des contacts avec d'autres professionnels, des amis ou des membres de leur famille.

7. Le soutien psychologique leur offre un modèle relationnel positif.<sup>8</sup>

*Les personnes reprennent contact avec le service de soutien psychologique après une interruption du suivi.*

*9. Amélioration de l'accès à d'autres services : les personnes sont recommandées vers d'autres professionnels (par exemple, une équipe de santé mentale) ou d'autres services (aide sociale, dentiste, etc.).*



Cette liste d'indicateurs n'est pas exhaustive et nous conduira certainement à mieux définir les différentes dimensions du bien-être touchées par l'intervention de Médecins du Monde.