

Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants à Montréal : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions

Jean Fortier, Marie-France Thibaudeau et Paule Campeau

Volume 11, numéro 1, printemps 1998

L'itinérance

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301423ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301423ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fortier, J., Thibaudeau, M.-F. & Campeau, P. (1998). Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants à Montréal : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions. *Nouvelles pratiques sociales*, 11(1), 43-68. <https://doi.org/10.7202/301423ar>

Résumé de l'article

Cet article rend compte des principaux résultats d'un projet du CLSC des Faubourgs¹ portant sur l'intervention auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Le projet comporte deux volets : une recherche qui décrit les personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde à Montréal et les services qui leur sont dispensés et un projet pilote d'intervention auprès d'un échantillon de la population. La première partie de l'article présente les résultats de la recherche et aborde la question de l'accessibilité de la population aux services psychiatriques et les multiples difficultés reliées, d'une part, aux personnes, à leur maladie, à leurs conditions de vie et à leur résistance aux soins et, d'autre part, à l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux et à l'existence de ressources dans la communauté pour cette population. La deuxième partie de l'article décrit et évalue sommairement une expérimentation de suivi systématique individuel (case management) et s'intéresse à la question de l'approche d'intervention à privilégier auprès de la population compte tenu de ce qui précède.

❖ Les personnes itinérantes
souffrant de troubles
mentaux graves et
persistants à Montréal :
profil, services d'urgence
psychiatriques et
nouvelles interventions

Jean FORTIER
CLSC des Faubourgs

Marie-France THIBAudeau
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Paule CAMPEAU
Étudiante au doctorat en sociologie
Collectif de recherche sur l'itinérance
Université du Québec à Montréal

Cet article rend compte des principaux résultats d'un projet du CLSC des Faubourgs¹ portant sur l'intervention auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Le projet comporte deux volets : une *recherche* qui décrit

1. Le CLSC des Faubourgs a été mis sur pied en 1996 à la suite du regroupement des CLSC Centre-Ville et Centre-Sud. Le projet dont il est question a débuté en 1995 au CLSC Centre-Ville et s'est poursuivi dans le cadre du nouveau CLSC.

les personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde à Montréal et les services qui leur sont dispensés et un *projet pilote* d'intervention auprès d'un échantillon de la population. La première partie de l'article présente les résultats de la recherche et aborde la question de l'accessibilité de la population aux services psychiatriques et les multiples difficultés reliées, d'une part, aux personnes, à leur maladie, à leurs conditions de vie et à leur résistance aux soins et, d'autre part, à l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux et à l'existence de ressources dans la communauté pour cette population. La deuxième partie de l'article décrit et évalue sommairement une expérimentation de suivi systématique individuel (*case management*) et s'intéresse à la question de l'approche d'intervention à privilégier auprès de la population compte tenu de ce qui précède.

LA PROBLÉMATIQUE

Au Québec, l'intervention auprès des personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux graves et persistants préoccupe les intervenants de la santé et des services sociaux et les autorités publiques particulièrement depuis ces 10 dernières années. En 1990, dans la foulée de l'Année des sans-abris, la Ville de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux mettaient sur pied un programme conjoint de services pour les personnes itinérantes de Montréal. Ce dernier prévoyait, entre autres, la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire, rattachée au CLSC Centre-Ville, avec le mandat d'intervenir à Dernier Recours Montréal pour faciliter l'accès de la clientèle aux services du réseau de la santé et des services sociaux, notamment aux services psychiatriques. En 1991, un comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux, présidé par le Dr Aubut, analysait les services offerts aux personnes itinérantes souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie et formulait des recommandations. En 1994, la Régie régionale de la santé et des services sociaux recevait le rapport du Comité aviseur itinérance multiproblématique qu'elle avait mandaté pour formuler un projet de services spécialisés pour la même population.

Pendant ce temps, au centre-ville de Montréal, les intervenants des ressources communautaires et de l'Équipe Itinérance² du CLSC Centre-Ville voyaient et voient encore défiler plusieurs personnes itinérantes dont l'état requiert des soins psychiatriques et qui n'en reçoivent pas. Souvent coupées de la réalité, désorientées, inaptes à prendre soin d'elles-mêmes et à

2. Il s'agit de l'équipe mise sur pied en 1990 pour intervenir à Dernier Recours Montréal. Cette équipe multidisciplinaire compte deux travailleurs sociaux, deux infirmières, un médecin à mi-temps, des psychiatres-consultants à temps partiel, une secrétaire et un coordonnateur.

administrer leurs biens, ces personnes vivent dans la rue, dans les refuges et les centres de jour. Leur contact avec le système de santé et de services sociaux survient généralement lors d'une crise ou de difficultés qui font en sorte que les ambulanciers d'Urgences-santé ou les policiers les amènent à l'urgence psychiatrique de garde. Il faut savoir que sur l'Île-de-Montréal, comme les services psychiatriques sont sectorisés, un protocole³ répartit la garde pour les patients sans adresse entre les 14 hôpitaux dotés d'une urgence psychiatrique. De façon générale, les intervenants déplorent qu'après cette visite, les personnes itinérantes reviennent rapidement à leur centre sans avoir été traitées.

C'est dans le but de mieux cerner le phénomène des services psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants qui vivent des crises ou des difficultés et d'améliorer l'intervention auprès de cette population que l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs formule, à la fin de 1993, un projet qui sera accepté par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et se réalisera de 1995 à 1997. Dans ce texte, à l'exception de la définition particulière régissant le réseau des urgences psychiatriques, sur laquelle nous reviendrons plus loin, l'expression « personne itinérante » désigne « **une personne qui n'a pas de logement stable, sûr et salubre pour les soixante jours à venir, qui est dépourvue d'un réseau de soutien significatif et qui a de faibles revenus ou n'en a aucun**⁴ ». Dans la première partie de cet article, nous présentons les principaux résultats de la recherche et dans la deuxième, ceux de l'expérimentation du suivi systématique individuel (*case management*).

LA RECHERCHE

Les deux questions de départ de la recherche se formulaient ainsi : 1) quelles sont les caractéristiques des personnes itinérantes fréquentant le circuit des urgences psychiatriques de garde à Montréal ? 2) quels services dispensent ces équipes d'urgence en réponse à leurs besoins ? De ces questions découlent les deux objectifs de recherche suivants : 1) connaître le profil des personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde et les services psychiatriques dispensés, 2) connaître les perceptions qu'ont les intervenants

3. Il s'agit du *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A* (Szkrumelak et Prelevic, 1992). Ce protocole contient une définition particulière de la « personne itinérante » reliée à la sectorisation psychiatrique.

4. Cette définition est celle qui est généralement utilisée dans le milieu. Elle reprend celle du Comité des sans-abri de la Ville de Montréal (1987) et celle du *Protocole interministériel sur le phénomène de l'itinérance au Québec* (Gouvernement du Québec, 1993).

concernés de ce phénomène. Dans cette première partie, voyons d'abord les écrits, ensuite, la méthodologie, les résultats et la discussion.

La recension des écrits

Il existe une documentation scientifique abondante sur le phénomène des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants et sur les services psychiatriques qui leur sont destinés, surtout aux États-Unis, à partir de 1980 (Lipton, Sabatini et Katz, 1983 ; Farr et Burnam, 1986 ; Roth et Bean, 1986 ; Lamb et Grant, 1983 ; Lamb, 1990 et 1992 ; Bachrach, Santiago et Berren, 1990 ; Bachrach, 1992 ; Butler Slagg *et al.*, 1994 ; Cohen, 1990 ; Cohen et Tsemberis, 1991). Depuis la fin des années 1980, on retrouve aussi plusieurs écrits québécois (Fournier et Mercier, 1989 et 1996 ; Fournier, 1991 ; Fournier et Ohayon, 1993 ; Plante et Monette, 1990 ; Rapport Aubut, 1991 ; Comité aviseur itinérance multiproblématique, 1994 ; Robert, 1990 ; Laberge et Morin, 1995). Voyons d'abord le profil des personnes itinérantes et leur rapport aux services psychiatriques, ensuite les caractéristiques de ces services et leur réponse aux besoins des personnes itinérantes.

Le profil des personnes

Au départ, ces personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux graves et persistants, la schizophrénie est prédominante, et elles sont aux prises avec les séquelles de leur maladie chronique : désorganisation, incapacité à faire face à leurs problèmes, déficits sociaux, inhabileté à tolérer la frustration et à faire face aux stress (Lipton, Sabatini et Katz, 1983). Elles vivent une souffrance émotionnelle, de la peur et de la solitude. Elles disposent de très peu de ressources en général, financières et sociales. Ce sont des individus marginaux, sans racine, sans abri et sans réseau de soutien adéquat (Bachrach, Santiago et Berren, 1990). Ces personnes sont plus désaffiliées des réseaux de soutien que les autres malades mentaux et cette désaffiliation contribuerait à accroître leur fragilité psychologique et leur taux de mortalité tout en rendant plus difficile la dispensation des services psychosociaux (Butler Slagg *et al.*, 1994). Elles font face à trois niveaux de handicap : leur maladie, l'absence d'opportunité sociale et la stigmatisation par la société ; en outre, elles sont victimes de l'échec des services en place à répondre à leurs besoins (Bachrach, 1992). Elles se distinguent des autres personnes itinérantes par leur moins bonne santé physique, une histoire d'itinérance plus longue, par le fait qu'elles sont plus désaffiliées, méfiantes, victimisées et impliquées dans des activités criminelles et qu'elles évitent les services de santé (Fournier et Ohayon, 1993).

Enfin, les deux tiers souffrent aussi de troubles reliés aux abus d'alcool et de drogues (Lamb, 1990 ; Raynault *et al.*, 1994).

À Montréal, 28 à 37 % des sans-abri auraient présenté des pathologies mentales au cours de leur vie (Fournier et Mercier, 1996). Une étude réalisée dans les missions et refuges par Fournier (1991) révèle que 16,4 % de la clientèle souffre de schizophrénie, que les 30-44 ans sont les plus affectés de troubles mentaux graves, que les trois quarts de ces derniers souffrent également de troubles reliés à la consommation de substances toxiques et que 32 % de l'ensemble de la clientèle ont un double diagnostic de troubles mentaux et de toxicomanie. Une autre étude auprès de 245 personnes itinérantes hospitalisées à Saint-Luc en 1988-1989 rapporte que les troubles mentaux constituaient le diagnostic principal de la grande majorité (62,9 %) et qu'une toxicomanie était présente chez les deux tiers (66,9 %) [Raynault *et al.*, 1994]. Dans son récent rapport à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, le Comité aviseur itinérance multiproblématique estime à environ 1 250 le minimum d'adultes itinérants fréquentant les ressources du grand Montréal qui souffrent à la fois de troubles mentaux graves et persistants, de toxicomanie et de maladies physiques. Selon le comité, ces personnes ont des conditions de vie précaires, subissent les effets de l'isolement, de l'incompréhension et du rejet et refusent les services du réseau de la santé et des services sociaux ou sont refusés par ces derniers. Elles ont besoin de services qui dépassent les états de crise et répondent à leurs problèmes chroniques (Comité aviseur itinérance multiproblématique de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 1994).

Le rapport aux services

Les écrits soulignent la sous-utilisation des services par ces personnes, le fait qu'elles ne se reconnaissent pas malades, qu'à l'hôpital elles soient plus intéressées à combler leurs besoins de base qu'à utiliser les services psychiatriques, le refus de la médication et de la psychothérapie, la peur d'être réhospitalisées, l'incapacité d'entreprendre la démarche de consulter et leur préférence pour la vie dans la rue qui offre liberté, anonymat et distance interpersonnelle désirée (Fournier et Ohayon, 1993 ; Goldfinger, 1986). Elles ont l'habitude de recourir aux services d'urgence des hôpitaux de sorte que la continuité des soins devient extrêmement difficile (Cohen et Tsemberis, 1991). Sachs-Ericsson *et al.* (1994) constatent que les personnes qui utilisent les services sont plus nombreuses que les non-utilisatrices à souffrir de dépression majeure (21,7 % contre 6 %), à présenter un trouble de personnalité antisociale (19,6 % contre 6 %) et à avoir un problème d'abus de drogue et d'alcool (30,4 % contre 14,9 %).

Les services psychiatriques

Plusieurs études (Lamb, 1990 ; Roth et Bean, 1986 ; Fournier et Ohayon, 1993) critiquent les services psychiatriques s'adressant à cette population, en particulier l'insuffisance des mesures mises en place après la désinstitutionnalisation et ses conséquences sur l'accès aux services. Elles soulignent que très peu de ressources furent mises sur pied dans la communauté afin de traiter ces personnes et de les aider à se loger, à se réinsérer socialement, surtout dans le cas des malades chroniques et des plus jeunes qui n'ont pas connu l'institutionnalisation. La condition de sans-abri chez les malades mentaux révélerait un manque de ressources adéquates et les barrières dans l'accès aux services. Ces services seraient réservés aux moins malades, fragmentés, inadéquats et sectorisés. Cohen et Tsemberis (1991) signalent la faiblesse de la coordination entre les services : l'absence de continuité entre les services internes et externes des hôpitaux, le mur (*disruptive division*) entre les services de santé mentale et de toxicomanie et le manque de coordination entre les systèmes de santé mentale, des services sociaux et de justice. Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux seraient donc les conséquences les plus visibles des dysfonctions des systèmes de services et traduiraient l'échec des politiques de désinstitutionnalisation à fournir des solutions de rechange dans la communauté. Cohen (1990) constate aussi l'attitude stigmatisante du personnel hospitalier qui considère les malades chroniques et abusant de drogues comme de mauvais patients parce qu'incapables d'accepter les traitements établis ou ne voulant pas le faire. Cette résistance des cliniciens affecterait la disponibilité et l'efficacité des traitements nécessaires. À l'urgence psychiatrique, ces patients seraient souvent étiquetés comme intraitables de sorte qu'on leur refuserait l'admission. Comme solution, ces auteurs prônent le parachèvement d'un système de services de santé mentale dans la communauté qui soit accessible, coordonné, intégré, complet et qui mette l'accent sur le soutien au logement et au revenu.

Les études réalisées à Montréal vont dans la même direction. Robert (1990) met en évidence les problèmes d'accès des malades chroniques vivant dans la communauté aux services externes de psychiatrie. Les services de première ligne seraient assurés par les urgences des hôpitaux et les cabinets des omnipraticiens. Selon l'auteure, la rupture entre les services offerts à l'intérieur de l'hôpital et ceux à l'extérieur constitue la grande faiblesse du système de soins. Pour sa part, le rapport Aubut (1991) constate que cette clientèle est bien connue des différents points de services du réseau médical et social et qu'elle s'y promène sans s'y accrocher. Les causes relevées tiennent aux intervenants (préjugés ou manque de connaissance, impuissance engendrée par la lourdeur, la chronicité et la complexité de la clientèle), aux services en place (non adaptés aux besoins, manque de ressources) et aux

personnes itinérantes (refus de toute forme d'encadrement à cause de leur style de vie ou de leur maladie, le fait que la personne doit réaliser qu'elle a un problème, qu'elle désire le modifier, qu'elle connaisse les différentes ressources et qu'elle s'y rende). Le rapport recommande la mise en place d'un système de « *case management* » auprès de cette clientèle. Plus récemment, le Comité aviseur itinérance multiproblématique (1994) propose la mise sur pied de services spécialisés pour cette clientèle. Il préconise l'adoption d'une approche psychosociale qui s'appuie sur une vision d'ensemble de la personne et qui vise à l'aider à reprendre du pouvoir sur elle-même et sur son environnement afin de mieux se maîtriser et de désirer prendre soin d'elle-même. Il prône aussi le développement d'une gamme complète de services de même que la coordination, l'accessibilité et la continuité de ces services, l'accompagnement stable aux personnes et l'aide à la sortie de l'itinérance et à l'intégration dans un nouveau milieu de vie et d'appartenance.

Enfin, les ouvrages américains font état d'un débat sur l'approche coercitive dans le traitement et le respect de la liberté de choix du patient. Lamb (1990 et 1992) défend le droit du malade d'être soigné même contre son gré et l'élargissement de la Loi du malade mental concernant l'hospitalisation involontaire tandis que Mossman et Perlin (1992) considèrent l'itinérance d'abord comme une situation de pauvreté et un problème social. Ces derniers relèvent les limites de la pharmacothérapie, particulièrement chez les schizophrènes, et estiment que le refus des personnes peut se baser sur des connaissances personnelles et des appréhensions légitimes face à la piètre qualité du traitement de certains hôpitaux publics américains. Ils privilégient la réponse aux besoins de base de cette clientèle et, comme psychiatres, de s'abstenir de jouer un rôle de contrôle social. Cela pose la question de la finalité de l'intervention. À ce propos, Robert (1990) souligne l'importance de s'intéresser aux conditions de vie de ces personnes afin de les aider à réussir leur insertion sociale. Elle préconise d'accorder beaucoup d'importance au soutien, à la réponse aux besoins de base (hébergement, nourriture, vêtements, soins de santé), à l'accompagnement et à l'aménagement d'un cadre de vie qui favorise leur maintien dans la communauté.

La méthode de recherche

Pour connaître le profil des personnes itinérantes fréquentant le circuit des urgences psychiatriques de garde et recevant les services qui y sont dispensés, une enquête exploratoire a été menée durant une année auprès de la clientèle itinérante des 14 urgences psychiatriques de garde⁵ régies par le *Protocole*

5. Douze urgences font partie d'un hôpital général et deux font partie d'un hôpital psychiatrique.

pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A et auprès de 47 intervenants de ces équipes et des ressources qui réfèrent les personnes itinérantes. Une fiche de profil (voir tableau 1) complétée par une personne répondante de chaque équipe d'urgence de garde a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques du patient, ses caractéristiques de santé, les services reçus et les dispositions prises après la consultation. Deux guides d'entrevue semi-structurée ont été utilisés dans le cadre de 24 entrevues pour connaître la perception des deux groupes d'intervenants concernés : les 14 équipes d'urgence psychiatrique (19 entrevues auprès de 25 personnes)⁶ et les intervenants « référants » (cinq entrevues auprès de 22 personnes), à savoir les ressources communautaires du Centre-Ville (une entrevue, six personnes), le personnel ambulancier et la direction d'Urgences-santé (deux entrevues, cinq personnes), les policiers des postes 25 et 33 (une entrevue, six personnes) et les psychiatres-parrains rattachés à l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs (une entrevue, cinq personnes). L'entrevue portait sur le profil de la clientèle, le fonctionnement de leur service, l'intervention réalisée, les difficultés éprouvées et les solutions proposées.

TABLEAU 1
Variables à l'étude et instruments de collecte des données

Variables	Instruments	Date
1. Profil de la personne itinérante - sociodémographique - psychiatrique - utilisation de l'urgence	Fiche de profil (remplie par la personne-répondante de l'urgence psychiatrique)	Mai 1995 à mai 1996
2. Services dispensés - services rendus par l'urgence - dispositions		
3. Perceptions du profil et de l'intervention - profil des personnes itinérantes - intervention de s'intervenants - difficultés éprouvées - solutions proposées	- Guide d'entrevue semi-structurée auprès des intervenants référants (intervenants de refuges et de centres de jour, policiers, ambulanciers d'Urgences-santé et de psychiatres-parrains)	Avril à septembre 1995

6. Dans le cas des équipes d'urgence, il s'agit d'entrevues individuelles organisées selon le temps dont disposent les intervenants. Dans certaines urgences, deux entrevues individuelles ont été menées, l'une avec l'infirmière, l'autre avec le psychiatre ou la travailleuse sociale. Dans deux cas, il s'agit d'entrevues de groupe de l'équipe de l'urgence. De leur côté, les intervenants référants ont tous été rencontrés dans le cadre d'entrevues de groupe de deux à six personnes organisées à partir de leur temps libre.

La *Fiche de profil* a été soumise à un prétest durant deux semaines de garde avec la collaboration d'une urgence d'hôpital général et d'une autre d'un hôpital psychiatrique. Les fiches de profil ont été remplies sur une période de 52 semaines (soit quatre cycles de garde) du 8 mai 1995 au 5 mai 1996⁷; les renseignements ont été codifiés et traités à l'aide du logiciel Excel. Les *Fiches de profil* utilisent la définition de personne itinérante donnée dans le *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*⁸ et qui est en partie différente de celle utilisée dans le reste de la recherche (voir problématique). Les entrevues ont été réalisées durant les premiers mois de l'étude. Elles ont été enregistrées, retranscrites et analysées à l'aide du logiciel Nud.ist. Les *Guides d'entrevue* n'ont pas été validés de façon formelle, cependant, des chercheurs du Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI), la psychiatre consultante et des membres de l'Équipe Itinérance les ont revus et corrigés.

Les résultats

Les personnes répondantes des 14 équipes des urgences ont retourné 200 *Fiches de profil* couvrant 44 des 52 semaines de garde à l'étude⁹. Ces 200 visites ont été effectuées par 188 personnes itinérantes; de ce nombre, 177 personnes différentes se sont présentées une seule fois, 10 cumulent deux visites et une seule est revenue à trois reprises. Les deux tiers des personnes (68,5%) proviennent de l'Île-de-Montréal et le tiers (31,5%) aurait une adresse à l'extérieur de Montréal. Compte tenu de l'espace accordé à

7. Au cours de l'année, le nombre d'urgences est passé à 12 à cause de la fermeture des hôpitaux Reddy Memorial et Reine-Elizabeth dans le cadre de la restructuration du réseau montréalais. Ainsi, 14 hôpitaux participaient au système de garde lors des deux premiers cycles de garde et 12, lors des deux derniers cycles.

8. Le *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A* définit ainsi les personnes itinérantes:

a) « les patients avec une adresse en dehors des régions sectorisées à Montréal ;

b) les patients avec une adresse inconnue ou incertaine ;

c) les patients sans adresse stable significative. [...] Les patients itinérants doivent avoir un diagnostic de **trouble fonctionnel**. Les Troubles organiques, la Déficience mentale et l'usage abusif de drogues et d'alcool **sont exclus** de la définition de l'itinérance pour fins psychiatriques». (Szkrumelak et Prelevic, 1992: section 6.01)

Cette définition a pour but de répartir les patients sans adresse dans la région de Montréal entre les urgences psychiatriques. Elle ne tient pas compte des deux autres variables de la définition généralement utilisée dans le milieu et dans cette recherche (voir problématique): l'absence de réseau de soutien significatif et la précarité ou l'absence de revenu. De plus, elle exclut explicitement les personnes qui abusent de l'alcool et des drogues et celles qui souffrent de troubles organiques et de déficience mentale.

9. Il manque les données d'une urgence durant trois semaines de garde et celles d'une semaine dans le cas de cinq des 13 autres urgences de garde, pour un total de huit semaines manquantes.

cet article, nous limitons la présentation des résultats à ce premier groupe¹⁰ qui représente 130 personnes qui ont fait en tout 135 visites à l'urgence psychiatrique de garde (voir tableau 2). Ce sont des personnes considérées « itinérantes » selon le *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A* et reconnues comme n'ayant pas d'adresse à l'extérieur des régions sectorisées à Montréal.

Le profil de la clientèle

Le profil de la clientèle des urgences psychiatriques de garde correspond à celui des écrits sur les personnes itinérantes en ce qui concerne le sexe et l'âge, soit une majorité d'hommes (67,2 %) et la catégorie des 30-39 ans est légèrement plus nombreuse. Une forte proportion des personnes considérées « itinérantes » selon le protocole des urgences psychiatriques (voir note 8) semble correspondre à la définition de « personne itinérante » utilisée dans la recherche puisque la grande majorité (84,1 %) se trouve en situation d'instabilité résidentielle, vivant dans la rue, dans un refuge ou une chambre, le tiers (37,7 %) ne dispose d'aucun revenu tandis que les autres reçoivent les prestations de la sécurité du revenu dans plus de trois cas sur quatre (82,9 %); enfin, plus du tiers des personnes (38,1 %) sont référées aux ressources d'aide et d'hébergement à leur sortie de l'hôpital, ce qui dénote l'absence de réseau de soutien significatif. En entrevue, les intervenants des ressources communautaires confirment l'isolement de la clientèle, son retrait, son dénuement et l'absence de réseau de soutien significatif. Les diagnostics recourent aussi les études antérieures. Un diagnostic psychiatrique est posé dans trois cas sur quatre (73,9 %), plus fréquemment dans le cas des femmes (81,8 % contre 70,8 %). Une prépondérance des troubles de la personnalité, de comportement et de personnalité antisociale (38,5 %) et de la schizophrénie (33,3 %) est observée comparativement à la dépression majeure avec tendance suicidaire (11,5 %), aux troubles bipolaires (9,4 %) et à la psychose (7,3 %). Près de la moitié des personnes identifiées comme toxicomanes¹¹ par les personnes répondantes ont reçu un diagnostic de trouble de personnalité, de comportement et de personnalité antisociale (46,9 %). Ces données correspondent généralement au portrait brossé par les intervenants en entrevue.

10. Certains chefs d'urgence psychiatrique ne considèrent d'ailleurs pas le deuxième groupe comme des personnes itinérantes. Nous traitons de cette question dans notre rapport de recherche. Notre analyse nous amène à conclure que la majorité de ces personnes présentent les caractéristiques des personnes itinérantes.

11. Sur la fiche de profil, la toxicomanie n'était pas mentionnée puisque ces cas sont exclus du *Protocole pour l'application de la sectorisation*. Les données proviennent de notes des personnes répondantes spécifiant l'existence de cette problématique.

TABLEAU 2
Variables de l'enquête

Variables	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Âge						
- 29 ans et moins	10	23,3	23	26,7	33	25,4
- 30-39 ans	15	34,9	26	30,2	41	31,5
- 40-49 ans	11	25,6	19	22,1	31	23,8
- 50 ans et plus	7	16,2	18	21,0	25	19,3
Type de logement						
- dans la rue	14	35,9	47	56,0	61	49,6
- refuge	14	35,9	17	20,2	31	25,2
- chambre	0	0	3	3,6	3	2,4
- autre	11	28,2	17	20,2	28	22,8
Revenu						
- oui	28	73,7	48	57,1	76	62,3
- non	10	26,3	36	42,9	46	37,7
Type de revenu						
- sécurité du revenu	23	82,1	40	83,3	63	82,9
- autres	5	17,9	8	16,7	13	17,1
Fréquentation de l'urgence						
- volontaire	16	38,1	38	43,7	54	41,5
- involontaire	26	61,9	49	56,3	76	58,5
Motif de la fréquentation						
- demande d'évaluation	22	53,7	34	40,0	56	44,4
- plainte	4	9,8	8	9,4	12	9,5
- crise	6	14,6	20	23,5	26	20,6
- autre	9	21,9	23	27,1	32	25,5
Provenance						
- autoréférence	5	12,8	12	14,1	17	13,7
- police	7	18,0	9	10,6	16	12,9
- Urgences-santé	18	46,2	37	43,5	55	44,4
- police et Urgences-santé	3	7,7	10	11,8	13	10,5
- autre	6	15,3	17	20,0	23	18,5
Personne connue de l'urgence						
- oui	12	27,3	27	30,0	40	29,6
- non	32	72,7	63	70,0	95	70,4
Recherche d'information						
- oui	30	68,2	63	71,7	93	69,9
- non	14	31,8	25	28,4	40	30,1
Diagnostic psychiatrique posé						
- oui	36	81,8	63	70,8	99	73,9
- non	8	18,2	26	29,2	35	26,1
Personne identifiée toxicomane						
- oui	13	29,6	30	33,3	43	31,9
- non	31	70,4	60	66,7	92	68,1

TABLEAU 2
Variables de l'enquête (suite)

Variables	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Services offerts						
- oui	39	95,1	75	83,3	114	86,4
- non	2	4,9	15	16,7	18	13,6
Types de services offerts						
- garde sous observation	19	48,7	39	52,0	58	50,9
- médicaments	16	41,0	38	50,7	54	47,4
- hospitalisation	11	28,2	21	28,0	32	28,1
- rendez-vous en consultation externe	2	5,1	5	6,7	7	6,1
Types de dispositions prises						
- hospitalisation	7	20,6	17	23,9	24	22,9
- transfert vers un autre établissement	10	29,4	9	12,7	19	18,1
- rendez-vous en consultation externe	11	32,4	29	40,9	14	13,3
- référence vers ressource communautaire	6	17,6	6	8,5	40	38,1
- assistance matérielle	6	17,6	6	8,5	12	11,4
- congé chez un ami ou de la famille	0	0	6	8,3	6	5,7

On a surtout recours à l'urgence psychiatrique de garde de façon involontaire (58,5 %) et par l'intermédiaire d'Urgences-santé et de la police (67,8 %) comme le prévoit le *Protocole*. Dans près de la moitié des cas, l'évaluation constitue le motif de la fréquentation comparativement à un cas sur cinq à cause d'une crise et à un cas sur dix à la suite d'une plainte. En entrevue, les intervenants des urgences rapportent que la grande majorité des personnes abusent de l'alcool et des drogues, certains précisent que les troubles mentaux sont souvent légers par rapport à la toxicomanie. Ils observent que les personnes sont souvent amenées à l'urgence parce qu'elles dérangent l'entourage ou à cause de leur comportement bizarre, les femmes, dans les lieux d'hébergement, les hommes, sur la rue. Ces comportements inciteraient le public, les intervenants des ressources communautaires, les ambulanciers d'Urgences-santé et les policiers à les référer à l'urgence psychiatrique de garde. De leur côté, les intervenants communautaires observent que les personnes les plus touchées mentalement sont très tranquilles dans leur ressource, coupées des autres et que d'expérience la référence à l'urgence psychiatrique de garde s'avère inutile dans leur cas parce qu'elles n'y sont pas traitées.

Les services de l'urgence psychiatrique

L'enquête et les entrevues des intervenants des équipes d'urgence mettent d'abord en lumière les efforts considérables déployés dans la recherche de renseignements sur la clientèle. Seulement un peu plus du quart de la clientèle (29,6 %) est connue de l'urgence de garde. Les intervenants vérifient si la personne est connue d'un autre établissement dans plus des deux tiers des cas (69,9 %). En entrevue, ils ajoutent que cette recherche de renseignements consomme beaucoup de temps et d'énergie. Ils souhaiteraient obtenir plus d'information de la part des ambulanciers et des policiers afin de mieux orienter leur intervention. Dans la majorité des cas (86,4 %), les urgences offrent des services, surtout aux femmes (95,1 % contre 83,3 %) et dans la majorité des cas où un diagnostic psychiatrique a été posé (90,3 %) et même lorsque aucun diagnostic n'est posé (74,3 %). Les services les plus fréquents sont la garde sous observation (50,9 %) et la distribution de médicaments ou l'émission d'ordonnance (47,4 %) tandis que l'hospitalisation (28,1 %) et la référence en consultation externe (6,1 %) sont moins offerts. Contrairement aux études et aux propos des intervenants des urgences qui soulignent les efforts de plusieurs personnes itinérantes pour passer inaperçues afin d'éviter les services psychiatriques, en raison de leur méfiance envers le psychiatre et le système psychiatrique, l'enquête révèle que la majorité des personnes acceptent les trois premiers services. Parmi les dispositions prises par l'urgence à la fin de la visite dans le cas de trois personnes sur quatre (77,8 %), les plus fréquentes consistent à référer la personne à une ressource communautaire (38,1 %), ensuite à l'hospitaliser (22,9 %) ou à la transférer dans un autre établissement (18,1 %). Enfin, la fréquentation de l'urgence est limitée à la semaine de garde¹².

En entrevue, les intervenants qui réfèrent les personnes itinérantes à l'urgence psychiatrique de garde se disent insatisfaits des services. Les équipes d'urgence ne répondraient pas aux besoins de cette population ; trop souvent, elles ne les traiteraient pas et les remettraient à la rue parce qu'elles ne les considèrent pas assez malades. Le problème serait déplacé d'un intervenant à l'autre, personne ne voulant prendre ces personnes en charge. Les ambulanciers soulignent que le personnel des urgences semble irrité lorsqu'ils amènent des personnes itinérantes. Des policiers disent que, sachant que la personne qu'ils amèneront à l'urgence sera vite remise à la rue, ils lui font faire un tour d'automobile et la déposent dans un autre secteur de la ville. Pour leur part, les intervenants des urgences reconnaissent que le système

12. L'enquête touchait la semaine de garde et la semaine régulière suivante afin d'établir une comparaison. Sur les 44 semaines régulières pour lesquelles nous avons des données, au total 10 urgences ont admis 30 personnes itinérantes.

ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins de cette clientèle. Ils mentionnent le fait de ne pas connaître la majorité des personnes, la difficulté d'offrir un suivi, l'absence des moyens nécessaires pour traiter la toxicomanie et fournir un encadrement. Ils mettent en cause les dispositions légales empêchant l'intervention auprès des personnes récalcitrantes dont l'état ne constitue pas un « danger immédiat » pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans l'ensemble, les intervenants rencontrés constatent que le système des urgences psychiatriques de garde répond mal aux besoins des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.

Discussion

L'étude du phénomène de l'utilisation des urgences psychiatriques de garde par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants confirme le profil et les besoins de la clientèle, met en lumière les limites des services psychiatriques pour cette population et renforce les critiques des études antérieures sur l'insuffisance des ressources mises en place dans la communauté pour ces malades chroniques lors de la désinstitutionnalisation. Un intervenant d'urgence affirme, à juste titre, que le problème ne réside pas surtout dans les services d'urgence psychiatrique mais plutôt « avant et après l'urgence ». Comment traiter une personne sans logement, démunie, sans réseau de support significatif, sans revenu ou incapable d'administrer son allocation d'aide sociale ? L'étude fait aussi ressortir la complexité de la problématique pour les intervenants : comment traiter une personne itinérante souffrant de troubles mentaux graves et persistants qui refuse les services psychiatriques et qui cumule des problématiques telles que l'abus d'alcool et de drogues, les problèmes avec la justice, la désaffiliation sociale ? Enfin, à qui revient ce rôle ? Les intervenants des ressources communautaires ont le sentiment d'être les seuls à s'occuper de cette clientèle. Après la visite à l'hôpital, le système prévoit peu d'aide et de ressources adaptées à leur condition. Le plus souvent, les équipes d'urgence réfèrent aux ressources communautaires et les personnes retrouvent leurs conditions de vie précaires difficilement conciliables avec un suivi psychiatrique. L'articulation entre l'hôpital et les ressources communautaires est faible et aucune mesure ne facilite l'accès aux services psychiatriques à une clientèle dont les membres n'ont pas les préalables pour les utiliser à cause de la précarité de leurs conditions de vie, de l'absence ou des limites de leur réseau de soutien, du fait qu'ils ne se reconnaissent pas malades, de leur refus de se faire soigner, de la méfiance face aux soins, du non-respect des exigences des services de psychiatrie concernant la sobriété et du non-respect des traitements prescrits.

Sur une année, la fréquentation de l'urgence psychiatrique de garde touche un petit nombre de personnes itinérantes de Montréal-Centre, surtout

des personnes différentes, inconnues de l'établissement, amenées contre leur gré, qui dérangent ou inquiètent l'entourage à cause de comportements perturbateurs qui seraient reliés à l'abus d'alcool et de drogues et à des troubles mentaux confirmés par un diagnostic chez la grande majorité de la clientèle. Compte tenu des estimés élevés des ambulanciers¹³, du recours limité à l'urgence de certains autres intervenants «référants» à la suite d'expériences négatives et du fait que, dans le cas des 12 hôpitaux généraux, l'urgence psychiatrique ne reçoit que la clientèle pour laquelle une consultation est demandée par le médecin de l'urgence, on peut penser que cette faible fréquentation ne représente que «la pointe de l'iceberg» en ce qui concerne les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants en crise ou en difficulté. Par ailleurs, les services dispensés par les urgences se limitent surtout à l'observation et à la médication tandis que les mesures de prise en charge comme l'hospitalisation ne s'appliquent qu'à une minorité. De plus, comme il s'agit de malades chroniques, on note le très faible taux de référence en consultation externe. Cette situation pourrait s'expliquer par différents facteurs comme l'éloignement de l'établissement de garde par rapport au milieu de vie de la personne, l'absence d'intérêt de celle-ci et l'expérience des intervenants du non-respect de ces rendez-vous par la clientèle.

Les entrevues des deux groupes d'intervenants traduisent deux perceptions et deux points d'observation différents du phénomène de l'utilisation des urgences psychiatriques de garde. Les intervenants des urgences décrivent le petit nombre de personnes qui leur sont référées par l'urgence générale tandis que les intervenants «référants» décrivent le phénomène à l'entrée de l'hôpital¹⁴ où ils référeraient un plus grand nombre de personnes. Les premiers parlent d'utilisation inappropriée de l'urgence dans le cas de troubles mentaux chroniques «non urgents» ou d'intoxication par l'alcool et les drogues alors que les seconds critiquent sévèrement ces services et perçoivent une absence de volonté de traiter les personnes référées. Les perceptions différentes de la maladie mentale et du rôle de l'urgence psychiatrique ressortent : pour les ambulanciers d'Urgences-santé, presque toutes les personnes itinérantes ont des troubles mentaux et pour les intervenants «référants», l'urgence psychiatrique représente le seul endroit où ils peuvent référer une personne itinérante en crise ou en difficulté. En entrevue, les policiers et les ambulanciers posent la question suivante : si ce n'est pas à l'urgence, où pouvons-nous amener la personne itinérante intoxiquée qui est en crise ? Les intervenants communautaires, quant à eux, se demandent où

13. Les ambulanciers d'Urgence-santé estiment qu'ils amènent à l'urgence une trentaine de personnes itinérantes par fin de semaine qui auraient presque toutes des troubles mentaux.

14. Sauf dans le cas des deux hôpitaux psychiatriques.

ils doivent référer la clientèle très perturbée et incapable de prendre soin d'elle-même. Cela soulève donc la question des ressources existantes dans la communauté pour cette population, celle du rôle de l'urgence psychiatrique et de l'organisation des services de santé mentale.

Par ailleurs, tous les intervenants se disent préoccupés par l'amélioration des services psychiatriques à la clientèle et souhaitent vivement qu'une volonté collective du réseau public s'attaque à ce problème. Ils préconisent l'intervention « dans le milieu » où se tiennent les personnes itinérantes, le déploiement des efforts pour les rejoindre (*reaching out*) et la mise en place de services de suivi systématique personnalisé (*case management*). Ils proposent de centraliser les services d'urgence psychiatrique dans deux ou trois hôpitaux du centre-ville et de leur confier aussi le mandat de suivi et de prise en charge de la clientèle. Le développement de ressources d'hébergement serait également nécessaire. En ce qui concerne les limites légales, certains avancent l'idée d'un projet pilote pour expérimenter l'utilisation de la notion de danger « dans un avenir prévisible » au lieu de la règle actuelle de danger « immédiat ». En somme, des mesures qui, selon les intervenants, permettraient d'appivoiser et de mieux connaître la clientèle, d'identifier des ressources responsables et d'offrir dans la communauté des services appropriés, coordonnés, continus et complets pour répondre à ses besoins.

LE PROJET PILOTE DE SUIVI SYSTÉMATIQUE INDIVIDUEL (CASE MANAGEMENT)

Parallèlement à la recherche, deux intervenants de l'Équipe Itinérance réalisaient deux projets pilotes expérimentant deux approches novatrices d'intervention, soit le suivi systématique individuel (*case management*) et le maillage. Compte tenu de l'espace dont nous disposons pour cet article, nous ne traiterons que du premier, réalisé durant une année par un infirmier et un travailleur social de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, affectés à ce projet à temps partiel¹⁵. Nous présenterons succinctement les écrits sur cette approche, la méthodologie, l'expérimentation et l'évaluation.

La recension des écrits

Pour rejoindre les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, contrer leur méfiance et leur refus des soins et leur donner les soins requis, bon nombre d'auteurs (Aubut *et al.*, 1991 ; Comité aviseur

15. Les données sur l'expérimentation ne proviennent que de l'infirmier; cependant, l'intervention a été réalisée par deux intervenants, l'infirmier étant affecté au projet à raison de trois jours par semaine, et le travailleur social, deux jours par semaine environ.

itinérance multiproblématique de la région régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 1994 ; Lamb, Bachrach et Kass, 1992 ; Robert, 1990 ; Bush *et al.*, 1990 ; Wasylenki *et al.*, 1993) préconisent la mise en place d'approches novatrices consistant à faire les démarches pour les rejoindre dans leur milieu (*outreach*) et à intervenir avec elles au moyen d'un suivi systématique individuel (*case management*) qui s'appuie sur une vision d'ensemble de la personne et tout en visant l'intégration et l'alliance des approches sociale, psychiatrique et médicale. L'*outreach* est présentée comme la première étape du *case management*. Un certain nombre d'études analysent des projets d'*outreach* agressif réalisés au Canada et aux États-Unis, comme le Hostel Outreach Program de Toronto (Wasylenki *et al.*, 1993) et le projet HELP à New York (Marcos *et al.*, 1990). Ce dernier, réalisé par une équipe multidisciplinaire, s'adressait aux personnes itinérantes fragiles, isolées et s'opposant aux traitements. Les programmes d'*outreach* exigent la mise en place de services de suivi systématique individuel à long terme et le développement de logements d'urgence et de logements de transition pour les personnes itinérantes souffrant de troubles graves et persistants.

Quoique les programmes de suivi systématique individuel puissent varier, tous partagent cinq fonctions : 1) identifier les besoins du client, 2) développer un plan de soins global, 3) établir des liens entre le client et les services (maillage), 4) défendre les intérêts du client auprès des services (*advocacy*) et 5) contrôler la qualité des services aux clients (Swire Billing et Levinson, 1987 ; Goering *et al.*, 1988 ; Maurin, 1990). Rares sont les projets de suivi systématique individuel qui ont été évalués systématiquement. Dixon *et al.* (1995) trouvent que le programme de soins psychiatriques dans la communauté appelé PACT, à Baltimore, était approprié pour les schizophrènes et les personnes souffrant d'autres troubles psychotiques mais il le serait moins pour les personnes présentant des troubles de la personnalité à moins d'être bien limité dans le temps pour éviter la dépendance et la régression. En dépit de certaines limites, le suivi systématique individuel aurait des effets positifs sur la qualité de vie des clients et sur l'utilisation et les coûts des services aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.

La méthodologie

Une évaluation sommaire du projet pilote a été réalisée par une méthode qualitative. L'infirmier a tenu un journal de bord de ses activités auprès de sept clients très perturbés. Pour évaluer l'état physique et psychosocial de 14 clients choisis au hasard parmi ses clients, ce dernier a rempli à deux

TABLEAU 3
Variables à l'étude et instruments de collecte de données

Variables	Instruments	Date
1) Activités de <i>case management</i>	Journal de bord des activités de l'infirmier auprès de 7 clients	Mai 1995 à mai 1996
2) Évaluation du <i>case management</i>		
A - État physique et psychosocial	7 échelles (remplies par l'infirmier dans le cas de 14 personnes itinérantes suivies)	Décembre 1995 (temps 1)
1 - état clinique psychique, affectif		
2 - état clinique physique		Mai 1996 (temps 2)
3 - habiletés de vie autonome	1 échelle (remplie par les intervenants des refuges et des centres)	
5 - crises et consommation de drogue		
6 - résidence		
7 - collaboration au traitement		
B - Perceptions des intervenants sur l'expérimentation	Questionnaire aux ressources communautaires et aux institutions	Mai 1996
	Rencontre de l'Équipe Itinérante	Mai 1996
	Grille d'entrevue auprès des deux intervenants réalisant le projet	Juillet 1996

moments différents, en décembre 1995 et en mai 1996, sept échelles évaluant autant de variables tandis qu'une autre a été complétée par les intervenants des refuges (voir tableau 3). Un questionnaire d'évaluation du suivi systématique individuel (*case management*) a été complété à la fin du projet par neuf intervenants ayant participé à l'expérimentation et qui provenaient de quatre ressources communautaires : d'un foyer privé, de deux hôpitaux, d'une prison et de la Curatelle. Enfin, une entrevue a été réalisée avec le travailleur social et l'infirmier responsables du projet.

L'activité de suivi systématique individuel (*case management*)

Le journal de bord permet d'analyser les activités de l'infirmier (*case manager*) auprès de sept des 14 personnes itinérantes perturbées suivies intensivement. L'analyse montre l'hétérogénéité des sujets et les difficultés auxquelles il fait face dans ses interventions. Tous les sujets sont différents par certains aspects tels que la réticence à se laisser approcher par un intervenant, le besoin de garder leur indépendance, la confiance qu'ils ont envers un intervenant, et ils sont aussi tous semblables par d'autres aspects tels que leur vulnérabilité, leur incapacité de suivre un plan de traitement, leur besoin d'aide pour continuer dans la vie. Tous ont été l'objet de recherche (*outrreach*) intensive par l'infirmier au début de leur relation avec lui. La relation s'est toujours établie à travers des actions concrètes, par exemple, donner des soins, des injections, des médicaments, des vêtements et de la nourriture. Ces actions ont été poursuivies tout au long de la relation. Le contrat entre la personne itinérante et l'infirmier a aussi pris une place importante, car il a permis d'amener le sujet à poser certains gestes relatifs à sa santé et à son bien-être. L'intervenant a constamment mis le sujet en face des conséquences de ses actes. L'analyse du journal de bord révèle aussi que cinq sujets sur sept ont des interactions avec la curatelle, la police, la cour ou la prison et que les contraintes occasionnées par la *Loi sur la personne dont tout état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* frustrer l'intervenant au plus haut point et semblent ralentir énormément l'évolution positive de la situation de certains sujets. Ce dernier doit se faire constamment leur « avocat » auprès de diverses institutions, surtout judiciaires, pour expliquer, donner des renseignements, convaincre, etc. La recherche de renseignements, les discussions avec des intervenants des hôpitaux ou des ressources communautaires pour établir un plan de soins ou pour l'établir à nouveau occupent aussi une large part du temps de l'infirmier responsable du suivi systématique individuel. Après six à huit mois d'intervention auprès des sept clients, l'intervenant n'a plus besoin de faire des démarches pour les rejoindre (*outrreach*) : les clients viennent d'eux-mêmes au CLSC ou ils appellent l'infirmier. En collaboration avec le travailleur social, ce dernier travaille intensivement avec certains pour la recherche de chambres ou de foyers appropriés ; il négocie constamment la fidélité à la médication et la gestion du budget personnel.

Une cliente qui désire faire de l'artisanat est orientée vers un centre. Les clients se sentent en confiance non seulement avec le trio formé par l'infirmier, le travailleur social et la psychiatre consultante (ou omnipraticien) mais aussi avec d'autres membres de l'Équipe Itinérance.

L'évaluation sommaire des effets de l'intervention

En décembre 1995, après trois à cinq mois d'intervention (temps 1), l'évaluation de la condition de 14 sujets suivis par les deux intervenants au moyen des échelles permet de dresser le tableau de personnes moyennement perturbées sur le plan psychique, avec tendances paranoïdes et dépressives, facilement contrariées et manifestant des signes d'anxiété. Leurs problèmes physiques semblent moins importants que ce qu'on lit dans les écrits sur les personnes itinérantes. Ces sujets s'organisent pour s'alimenter convenablement. Aucun n'a de logement stable. Aucun d'entre eux non plus n'est capable de gérer correctement ses finances et la très grande majorité sont incapables d'organiser leur vie. Tous les sujets à l'exception de deux ne veulent pas travailler. Sur le plan du fonctionnement social, leur déficit est très marqué. Aucun sujet n'a de famille ni de réseau social. Les intervenants des refuges et des centres et parfois d'autres intervenants sont leurs seuls liens significatifs. De façon générale, ils collaborent peu à leur traitement et semblent incapables d'en assumer la responsabilité. En mai 1996 (temps 2), 12 des 14 sujets sont réévalués étant donné qu'un est parti de Montréal et qu'un deuxième est à l'Institut Philippe-Pinel. Les sujets présentent une légère augmentation de l'intensité des symptômes de nature psychologique surtout en ce qui a trait à la tristesse, à la solitude, à la difficulté de se concentrer, au sentiment d'être persécuté et à l'anxiété générale. D'un autre côté, ils sont moins incohérents, moins prêts à se fâcher et ils ont moins de pertes de mémoire. L'infirmier connaît mieux les clients, il semble mieux comprendre leur langage et, à la longue, leur histoire commence à prendre un sens. Les clients parlent plus de leur solitude. Le nombre de problèmes de santé physique a grandement augmenté chez tous les sujets. Les problèmes de santé physique sont-ils réellement plus nombreux ou les voit-on mieux qu'au début? Une des 12 patientes est décédée dans un foyer quelques semaines auparavant¹⁶ après des tentatives infructueuses de l'infirmier de la faire soigner adéquatement à l'hôpital pour un problème cardiaque. On note quelques changements quant aux habiletés de vie autonome. Plus de sujets veulent vivre en chambre ou dans un logement, trois sujets veulent travailler. L'administration des finances personnelles reste très déficiente. Certains ont de meilleurs liens avec les intervenants des ressources communautaires et semblent prendre moins de drogues. C'est sur la collaboration au traitement que les personnes itinérantes

16. Les données sur cette personne étant disponibles, cette dernière a été incluse parmi les 12 cas évalués en mai 1996.

ont fait le plus de progrès. Chez cinq sujets, on passe d'une absence de collaboration en décembre 1995 à une collaboration presque constante en mai 1996. Il reste trois irréductibles. En résumé, on note au temps 2 des améliorations chez six sujets, trois semblent inchangés et trois semblent moins bien. Neuf de ces sujets sont connus des intervenants de refuges ou de centres de jour et font l'objet d'observations de la part d'intervenants. Ceux-ci notent que les personnes suivies par l'infirmier présentent peu de problèmes pour leur centre. Ils voient une nette amélioration chez trois des sujets et font appel au CLSC en cas de besoin ou de demandes relatives à la santé chez ces personnes.

L'évaluation du projet pilote

L'évaluation de l'ensemble du projet pilote par les neuf ressources communautaires et institutions qui y ont participé s'avère positive, surtout en ce qui a trait à l'aide reçue pour faciliter leur travail, à la disponibilité des deux intervenants, au soutien et aux services qu'ils donnent aux personnes itinérantes. Les répondants signalent leur besoin de formation pour prendre soin de ces personnes, surtout pour savoir imposer des limites et gérer les crises. Le temps limité des intervenants dans le cadre du projet n'a pas permis ce type d'intervention. Ces répondants de même que les intervenants de l'Équipe Itinérance sont unanimes pour recommander que l'intervention de suivi systématique individualisé (*case management*) se poursuive en y octroyant plus de ressources, que l'on aménage des logements et des chambres supervisés ainsi que des centres de jour où l'on offrira des programmes et des services selon les besoins des personnes. Ils proposent aussi que des relations étroites s'établissent entre tous les intervenants du réseau ayant affaire aux personnes itinérantes, que ce soit les ressources communautaires, l'Équipe Itinérance ou les institutions telles que les hôpitaux et le système judiciaire.

Discussion

Le suivi systématique individuel (*case management*) mis en place dans le projet pilote s'est avéré positif de l'avis de tous les répondants. Malgré les limites de l'expérimentation pour ce qui est de la durée de l'intervention (8 à 10 mois) et des ressources (deux intervenants à temps partiel), elle a permis d'améliorer la condition des sujets, leur collaboration aux soins et a facilité le travail des intervenants des ressources et des institutions concernées. Les deux intervenants (*cases managers*) ont réussi à apprivoiser les sujets et à entreprendre des démarches de réinsertion sociale et de soins psychiatriques. Le cadre de la mise en œuvre du projet pilote est important. L'infirmier et le travailleur social de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, dégagés à temps partiel de cette équipe, l'ont réalisé en étroite collaboration avec la psychiatre consultante, l'omnipraticien et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire spécialisée en itinérance. Ces derniers

sont aussi reliés aux intervenants des ressources communautaires qui, en cas de difficultés avec les sujets, font appel à eux. Il est intéressant de souligner également dans l'expérimentation la fonction, remplie par l'intervenant, de parrain et d'avocat de la personne itinérante auprès des institutions remplie par l'intervenant (*case manager*). Selon les termes de l'infirmier, cette approche épouse le rythme de la vie : « C'est un système de petits pas, de balises et de réévaluation constante. » En somme, l'expérimentation démontre que l'approche de suivi systématique individualisé (*case management*) décrite est prometteuse pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants qui cumulent aussi d'autres problématiques et qui refusent les soins, parce qu'elle permet d'approcher la personne globalement et d'entreprendre progressivement les démarches nécessaires. Cependant, dans sa mise en œuvre future, il serait important de mieux préciser les objectifs et les résultats attendus et de développer le volet social. En effet, cette intervention s'inscrit dans une approche globale de la personne. Elle devrait viser des objectifs et des résultats clairs sur le plan de la réinsertion sociale : redonner à la personne une estime de soi, la renforcer, l'aider à développer ses habiletés sociales, ses capacités de vivre de façon autonome, de se réadapter et d'enrichir sa qualité de vie.

CONCLUSION

Ce projet du CLSC des Faubourgs a pour origine le constat d'impuissance des intervenants des ressources communautaires et de l'Équipe Itinérance face aux besoins d'aide des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants et de leur volonté d'améliorer l'intervention et les services qui s'adressent à eux. La recherche présente le point de vue des intervenants et met en lumière les limites des services en place, le manque de ressources dans la communauté de même que les besoins multiples et le dénuement de la clientèle. Elle soulève la question de l'organisation des services et des approches d'intervention adaptées et propose des pistes de solution. Le projet pilote confirme la nécessité d'un suivi systématique individualisé (*case management*) fondé sur une approche globale d'intervention auprès de la personne relativement à sa santé (mentale et physique) et à sa situation sociale (exclusion sociale, conditions de vie, réseau de soutien, pauvreté). Il se dégage de l'ensemble du projet le sentiment que cette clientèle glisse entre les mailles du système et que des pistes de solutions intéressantes et une volonté existent chez les intervenants pour remédier à cette situation. Enfin, ce projet illustre la contribution de la recherche à l'intervention et la fécondité de la collaboration entre intervenants et chercheurs universitaires¹⁷.

17. Cette recherche du CLSC des Faubourgs, financée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, a bénéficié du soutien et de l'expertise de membres du Collectif de recherche sur l'itinérance. Cette équipe rassemble des intervenants du CLSC des Faubourgs, d'organismes communautaires, de l'UQAM et de l'Université de Montréal.

Bibliographie

- ARCE, A. A., TADLOCK, M., VERGRAVE, M.J. et S.H. SHAPIRO (1983). « A Psychiatric Profile of Street People Admitted to an Emergency Shelter », *Hospital and Community Psychiatry*, n° 34, 812-817.
- AUBUT, Jocelyn *et al.* (1991). *Rapport du Comité aviseur auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux sur les personnes itinérantes, malades mentales et toxicomanes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- BACHRACH, Leona L., SANTIAGO, José M. et Michael R. BERREN (1990). « Homeless Mentally Ill Patients in the Community: Results of a General Hospital Emergency Room Study », *Community Mental Health Journal*, vol. 26, n° 5, 415-423.
- BACHRACH, Leona L. (1992). « What We Know About Homelessness Among Mentally Ill Persons: An Analytical Review and Commentary », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 5, 453-463.
- BAWDEN, E. L. (1990). « Reaching Out to the Chronically Mentally Ill Homeless », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 28, n° 3, 6-13.
- BELCHER, John R. (1988). « Are Jails Replacing the Mental Health System for the Homeless Mentally Ill ? », *Community Mental Health Journal*, vol. 24, n° 3, 185-195.
- BREKKE, J. S. (1987). « The Model-Guided Method for Monitoring Program Implementation », *Evaluation Review*, vol. 11, n° 3, 281-299.
- BURNS, Barbara J. et Alberto B. SANTOS (1995). « Assertive Community Treatment: An Update of Randomized Trials », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, 669-675.
- BUSH, C. T. *et al.* (1990). « Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 6, 647-649.
- BUTLER SLAGG, Nancy, LYONS, John, COOK, Judith A., WASMER, Daniel J. et Amity RUTH (1994). « A Profile of Clients Served by a Mobile Outreach Program for Homeless Mentally Ill Persons », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, n° 11, 1139-1141.
- CHAMBERLAIN, R. et C. A. RAPP (1991). « A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcome Research », *Community Mental Health Journal*, vol. 27, n° 3, 171-188.
- COHEN, Neal L. (1990). « Stigma Is in the Eye of the Beholder: A Hospital Outreach Program for Treating Homeless Mentally Ill People », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 54, 255-258.
- COHEN, Neal L. et Sam TSEMBERIS (1991). « Emergency Psychiatric Intervention on the Street », *New Directions for Mental Health Services*, vol. 52, hiver, 3-17.
- COMITÉ AVISEUR ITINÉRANCE MULTIPROBLÉMATIQUE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1994). *Projet de services pour les personnes itinérantes à problèmes multiples*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 43 pages.
- COMITÉ AVISEUR AUPRÈS DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Jocelyn AUBUT, président) (1991). *Rapport du Comité aviseur auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux sur les personnes itinérantes, malades mentales et toxicomanes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 pages.

- COMITÉ DES SANS-ABRI DE LA VILLE DE MONTRÉAL (1987). *Vers une politique municipale pour les sans-abri*, Montréal, Ville de Montréal, 64 pages.
- CROWE, Cathy et Kathy HARDILL (1993). « Nursing Research and Political Change: The Street Health Report », *The Canadian Nurse*, vol. 89, n° 1, 21-24.
- CUNNANE, Edith, WYMAN, William, ROTERMAND, Ann et Ruth MURRAY (1995). « Innovative Programming in a Community Service Center ». *Community Mental Health Journal*, vol. 31, n° 2, 153-161.
- DIOGÈNE (1994). *Rapport annuel 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1994*, Montréal, Programme Intervention et recherche Psycauses inc., 25 pages.
- DIXON, Lisa B. et al. (1995). « Modifying the PACT Model to Serve Homeless Persons with Severe Mental Illness », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, 684-688.
- DRAKE, Robert E. et Barbara J. BURNS (1995). « Special Section on Assertive Community Treatment: An Introduction », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 7, 667-668.
- FARR, R. P. Koegel et A. BURNAM (1986). *A Study of Homelessness and Mental Illness in a Skid Row Area of Los Angeles*, Californie, Department of Mental Health.
- FOURNIER, Louise et Céline MERCIER (sous la direction de) (1996). *Sans domicile fixe, au delà du stéréotype*, Montréal, Méridien.
- FOURNIER, Louise et Céline MERCIER (1989). *Étude spéciale sur Dernier Recours Montréal*, Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 92 pages.
- FOURNIER, Louise (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*, Verdun, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Unité de recherche psychosociale, 152 pages.
- FOURNIER, Louise et M. OHAYON (1993). « Itinérance et troubles mentaux: proposition d'un cadre de référence pour les travaux de recherche », *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Saint-Étienne (France), 16-19 juin 1992, tome IV, 220-234.
- GOERING, Paula N., WASYLENKI, Donald A., FARKAS, Marianne, LANCEE, William J. et Ron BALLANTYNE (1988). « What Difference Does Case Management Make? », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 3, 272-276.
- GOLDFINGER, Stephen M. et Linda CHAFETZ (1984). « Developing a Better Service Delivery System for the Homeless Mentally Ill », dans LAMB, Richard H. (sous la direction de), *The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report*, Washington D.C., The American Psychiatry Association, 91-108.
- GOLDFINGER, Stephen M. (1986). « Treating a Homeless Mentally Ill Patient Who Cannot Be Managed in the Shelter System », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, n° 6, 577-579.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1993). *Le Phénomène de l'itinérance au Québec. Protocole interministériel*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- INTAGLIATA, J. (1982). « Improving the Quality of Care for the Chronically Mentally Disturbed: The Role of Case Management », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, n° 4, 655-674.
- JEZEWSKY, M. A. (1995). « Staying Connected: The Core of Facilitating Health Care for Homeless Persons », *Public Health Nursing*, vol. 12, n° 3, 203-210.

- LABERGE, Danielle et Daphné MORIN (1995). « The Overuse of Criminal Justice Dispositions: Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems? », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 18, n° 4, 389-414.
- LALONDE, Pierre (1988). *La schizophrénie expliquée*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 170 pages.
- LAMB, R. H. (1992). « Perspectives on Effective Advocacy for Homeless Mentally Ill Persons », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 12, 1209-1212.
- LAMB, Richard H. (1990). « Will We Save the Homeless Mentally Ill? », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n° 5, 650-651.
- LAMB, Richard H. et Robert W. GRANT (1983). « Mentally Ill Women in a County Jail », *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, 349-368.
- LAMB, R. H., BACHRACH, L. L. et F. I. KASS (1992). *Treating the Homeless Mentally Ill. A Report of the Task Force on the Homeless Mentally Ill*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 315 pages.
- LAMB, Richard H. et Doris M. LAMB (1990). « Factors Contributing to Homelessness Among the Chronically and Severely Mentally Ill », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 3, 301-305.
- LIPTON, Frank R., SABATINI, Albert et Steven E. KATZ (1983). « Down and Out in the City: The Homeless Mentally Ill », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, n° 9, 817-821.
- _____ (1992). « Perspectives on Effective Advocacy for Homeless Mentally Ill Persons », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 12, 1209-1212.
- MARCOS, Luis R., COHEN, Neal L., NARDACCI, David et Joan BRITAIN (1990). « Psychiatry Takes to the Streets: The New York City Initiative for the Homeless Mentally Ill », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n° 11, 1557-1561.
- MAURIN, J. T. (1990). « Case Management: Caring for Psychiatric Clients », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 28, n° 7, 7-12.
- MERCIER, Céline et Guylaine RACINE (1995). « Case Management with Homeless Women: A Descriptive Study », *Community Mental Health Journal*, vol. 31, n° 1, 25-36.
- MERCIER, Céline, ROBITAILLE, Claire et Guylaine RACINE (1994). « Les mesures d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux du programme conjoint à l'intention des personnes itinérantes de Montréal », *Rapport d'évaluation déposé au Comité de suivi*, Verdun, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Unité de recherche psychosociale, 36 pages.
- MIGNEAULT, Pierre (1993). « Pratiques psychiatriques auprès des patients itinérants et sans-abri: quelques leçons et pièges », Document non publié, Montréal, Centre hospitalier Douglas, 14 pages.
- MINISTÈRE DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET DE LA SÉCURITÉ DU REVENU (1992). *Les sans-abri au Québec: étude exploratoire*, Québec, Gouvernement du Québec, 138 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 pages.
- MOSSMAN, Douglas et Michael L. PERLIN (1992). « Psychiatry and the Homeless Mentally Ill: A Reply to Dr Lamb », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, n° 7, 951-957.

- NADEAU, B. (1989). « Le *case management* au carrefour de l'intervention clinique et communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 51-59.
- NADON, M. et C. THIBAUT (1993). *Suivi systématique de clientèles*, Montréal, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 141 pages.
- PLANTE, Marie-Carmen et Yvan MONETTE (1990). « L'itinérance et le psychiatre: plus qu'un questionnement, un engagement », Montréal, Département de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc, 12 pages.
- RAYNAULT, Marie-France *et al.* (1994). « Motifs d'hospitalisation et durées de séjour d'une population d'itinérants de Montréal », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 85, n° 4, 274-277.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1994). « Itinérance. Analyse et propositions d'un mécanisme régional de coordination », Projet pilote, Montréal, Service aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale, 19 pages.
- ROBERT, Marie (sous la direction de Danielle Laberge) (1990). *L'impact de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur l'itinérance*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Département de sociologie, Groupe de recherche et d'analyse sur les politiques et les pratiques pénales, 59 pages.
- ROTH, Dee et Gerald J. Jr. BEAN (1986). « New Perspectives on Homelessness: Findings From a Statewide Epidemiological Study », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, n° 7, 712-719.
- SACHS-ERICSSON, N., CIARLO, J. A., TWEED, D., DILT, S. et E. CASPER (1994). « The Colorado Homeless Mentally Ill: Users and Non-users of Services: An Empirical Investigation of "Difficult to Treat" Characteristics », *Journal of Community Psychology*, vol. 22, 339-345.
- SOLOMON, Phyllis (1992). « The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients », *Community Mental Health Journal*, vol. 28, 163-179.
- SURBER, Robert W., DWYER, Eleanor, RYAN, Katherine J., GOLDFINGER, Stephen M. et John T. KELLY (1988). « Medical and Psychiatric Needs of the Homeless – A Preliminary Response », *Social Work*, mars -avril, 116-119.
- SWIRE BILLING, N. et C. LEVINSON (1987). « Homelessness and Case Management in Montgomery County, Maryland: A Focus on Chronic Mental Illness », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. XI, n°1, 59-66.
- SZKRUMELAK, N. et Z. PRELEVIC (1992). *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*, Montréal, Comité de coordination des urgences psychiatriques pour la région 6A.
- VILLE DE MONTRÉAL ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). « Programme conjoint à l'intention des personnes itinérantes de Montréal », Montréal, 14 pages.
- WASYLENKI, D. A. *et al.* (1993). « The Hostel Outreach Program: Assertive Case Management for Homeless Mentally Ill Persons », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 9, 848-853.