

Les cahiers de recherche du

C R I

Collectif de Recherche sur l'Itinérance

**LE SUIVI SYSTÉMATIQUE CLINIQUE DE
PERSONNES ITINÉRANTES SOUFFRANT DE TROUBLES
MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS**

Marie-France Thibaudeau

Pierre Verenka

Jean Fortier

Mai 1999

**Les cahiers de recherche du
C R I**

Collectif de Recherche sur l'Itinérance

LE SUIVI SYSTÉMATIQUE CLINIQUE DE
PERSONNES ITINÉRANTES SOUFFRANT DE TROUBLES
MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS

Marie-France Thibaudeau

Professeure émérite
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Pierre Verenka

Travailleur social
Équipe Itinérance, CLSC des Faubourgs

Jean Fortier

Agent de recherche
CLSC des Faubourgs

Mai 1999

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	v
1. Introduction.....	1
1.1 Les objectifs de l'étude.....	2
1.2 Le fonctionnement de l'équipe	2
2. La recension des écrits	3
2.1 L'outreach.....	4
2.2 Le suivi systématique clinique	7
2.2.1 Les types de suivi systématique.....	8
2.2.2 Le suivi systématique aux États-Unis.....	9
2.2.3 Le suivi systématique clinique au Québec	12
2.2.4 L'évaluation des programmes de suivi systématique.....	12
3. La méthode.....	14
3.1 Le devis	14
3.2 La population.....	14
3.3 Les instruments de cueillette de données	16
3.3.1 Le journal de bord pour les clients	16
3.3.2 Le journal de bord général.....	17
3.3.3 Les échelles de l'évaluation des clients.....	17
3.3.4 Le questionnaire aux intervenants dans les refuges et les centres	18
3.3.5 Le questionnaire-entrevue avec les membres de l'équipe du projet.....	18
3.3.6 Le questionnaire-évaluation du suivi systématique par des ressources communautaires et des établissements.....	19
3.4 Les limites de l'évaluation du suivi systématique clinique	19
4. Les activités de suivi systématique.....	20
4.1 La description des activités et des observations du case manager.....	23
5. Les résultats de l'évaluation des clients.....	26
5.1 L'évaluation en décembre 1995	27
5.1.1 Les phénomènes psychiques.....	27
5.1.2 La condition physique.....	27

5.1.3 Les habiletés de vie autonome	28
5.1.4 Le fonctionnement social.....	28
5.1.5 Les crises et la consommation de drogues.....	29
5.1.6 La résidence	29
5.1.7 La collaboration au traitement.....	29
5.2 L'évaluation en mai 1996	31
5.2.1 L'état clinique des sujets : psychique et physique.....	31
5.2.2 Autres aspects de la vie des clients	32
5.3 Les perceptions des intervenants des refuges et des centres de jour quant à la condition des personnes itinérantes	33
6. L'évaluation générale du suivi systématique clinique	33
6.1 Les opinions de l'équipe du projet (juillet 1996).....	33
6.1.1 Le travail auprès des personnes itinérantes.....	34
6.1.2 Les facteurs qui nuisent au travail du case manager ou le facilitent.....	35
6.1.3 Signes indicateurs de l'amélioration des clients	35
6.1.4 Le travail avec les ressources communautaires	36
6.1.5 Le travail avec l'Équipe Itinérance.....	39
6.1.6 Commentaires généraux des membres de l'équipe du projet.....	39
6.2 L'opinion de l'Équipe Itinérance.....	40
6.3 L'évaluation du suivi systématique par des ressources communautaires et diverses institutions	41
7. Discussion	45
8. Conclusion.....	49
Bibliographie.....	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	
Modèles théoriques de suivi systématique	9
Tableau 2	
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données.....	15
Tableau 3	
Activités et observations notées dans le journal de bord	22
Tableau 4	
Satisfaction des répondants.....	42
Tableau 5	
Contribution du suivi systématique à l'amélioration de la condition de personnes itinérantes et des services.....	43
Tableau 6	
Évaluation globale du suivi systématique.....	44

1. INTRODUCTION

Au centre-ville de Montréal, les intervenants des organismes communautaires et ceux de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs sont toujours confrontés à des personnes itinérantes dont l'état requiert des soins psychiatriques et qui n'en reçoivent pas. Ces personnes, souvent coupées de la réalité, désorientées, inaptes à prendre soin d'elles-mêmes et à administrer leurs biens, vivent sur la rue et fréquentent les refuges et les centres de jour. Leur contact avec le système de santé et de services sociaux survient le plus souvent lors d'une crise ou de difficultés qui font en sorte que les techniciens-ambulanciers d'Urgences Santé ou les policiers les amènent à l'urgence psychiatrique de garde. Dans le but de cerner le phénomène de l'utilisation des urgences psychiatriques de garde par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, l'Équipe Itinérance du CLSC Centre-Ville¹ mettait sur pied, au printemps 1995, une étude qui comprenait deux volets : une enquête sur le profil des personnes itinérantes qui utilisent les 14 urgences psychiatriques de garde de la région de Montréal et une expérience-pilote qui consistait en une intervention de suivi systématique clinique d'un petit groupe de ces personnes. Les résultats de cette étude sont présentés dans un rapport intitulé *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions* (Thibaudeau, Fortier et Campeau, 1997) qui a été remis à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre en avril 1997. Le rapport-synthèse présente ici la description et l'évaluation du suivi systématique. Il comprend : les objectifs de l'étude, le fonctionnement de l'équipe, la recension des écrits, la méthode, les activités de suivi systématique, les résultats de l'évaluation des clients et du suivi, la discussion et la conclusion.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons adopté la définition de l'itinérance formulée à partir des critères énoncés par le Comité des sans-abri de la ville de Montréal (1987). Dans cette définition, la personne itinérante 1) ne dispose pas d'un logement stable, sûr et salubre pour 60 jours à venir, 2) est dépourvue d'un réseau de soutien significatif, 3) a de très faibles revenus ou n'en a aucun. Il faut ajouter que nos sujets souffrent de troubles mentaux sévères et persistants; ils ont une histoire d'hospitalisations psychiatriques ou une incapacité fonctionnelle grave et persistante.

¹ Le CLSC Centre-Ville a été fusionné avec le CLSC Centre-Sud au cours du projet. Afin d'éviter une confusion nous emploierons, dans la suite de ce document, le nouveau nom, soit CLSC des Faubourgs.

1.1 Les objectifs de l'étude

L'équipe du projet-pilote a expérimenté, dans la communauté, une intervention préventive de l'utilisation de l'urgence psychiatrique et un suivi systématique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants dans le but d'améliorer le plus possible leur état de santé, de les aider à utiliser les services de santé et de bien-être de façon efficace et d'améliorer leur qualité de vie. L'équipe était animée par le désir fondamental d'humaniser les soins à ces personnes et elle cherchait à soutenir les ressources communautaires qui les hébergent ou les accueillent.

1.2 Le fonctionnement de l'équipe

L'équipe du projet-pilote du suivi systématique fait référence à deux personnes : un infirmier et un travailleur social à temps partiel, les deux travaillant en étroite collaboration avec une psychiatre-consultante de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs. Cette dernière équipe, qui est l'instigatrice de l'étude, est composée de deux travailleurs sociaux, deux infirmières, un médecin omnipraticien, des psychiatres-consultants à temps partiel, une secrétaire, un coordonnateur et l'équipe du projet-pilote. Nous centrons notre analyse sur cette dernière équipe mais en réalité l'Équipe Itinérance est omniprésente. Ses membres interviennent constamment avec et pour les membres de l'équipe du projet.

Au sein de l'équipe du projet, les rôles se répartissent comme suit : l'infirmier assure le suivi et la coordination des services pour le client, et le travailleur social travaille étroitement avec l'infirmier soit pour intervenir auprès des clients ou pour recueillir ou donner de l'information à leur sujet, pour administrer leurs finances, leur trouver un logement, pour intervenir auprès des autorités judiciaires, etc. La psychiatre-consultante évalue la condition des clients et recommande une thérapie médicamenteuse et de soutien ou un autre type d'intervention selon la pathologie du sujet.

Cette équipe est étroitement tissée, particulièrement l'infirmier et le travailleur social qui connaissent bien les sujets dans l'étude et les intervenants des refuges et des centres de jour; ils interchangent certaines dimensions de leurs rôles au besoin. Comme le projet prévoit que l'infirmier ne travaille que trois jours par semaine, ce dernier s'appuie sur le travailleur social qui aide les clients lorsque des situations d'urgence surviennent durant ses jours de congé. Ce travailleur social partage son temps entre le projet-pilote de suivi systématique (trois jours) et l'Équipe Itinérance (deux jours). De plus, une infirmière de l'Équipe Itinérance peut donner la médication si l'infirmier est absent. D'autres membres de l'Équipe Itinérance aident aussi l'équipe du projet-pilote lorsque nécessaire.

2. LA RECENSION DES ÉCRITS

Selon les écrits scientifiques, les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants se caractérisent par leur maladie mentale chronique et ses séquelles en termes de désorganisation, d'incapacité à faire face à leurs problèmes, par leur peur, leur souffrance émotionnelle et leur solitude. Plusieurs d'entre elles ont déjà été hospitalisées en psychiatrie, sont schizophrènes, âgées surtout entre 30 et 44 ans. Ces malades sont aussi privés de ressources de toutes sortes : financières, d'abri et de réseau de soutien social adéquat. Ce sont des personnes marginales, désaffiliées, méfiantes face à l'autorité et aux services, désengagées et stigmatisées. Elles résistent aux traitements et à la médication psychotropique ou éprouvent des difficultés à s'y engager et à persévérer. Enfin, plusieurs d'entre elles abusent d'alcool et de drogues et ont des démêlés avec la justice.

2.1 L'*outreach*

La grande majorité des articles sur l'itinérance et la santé mentale préconisent la mise en place de services d'*outreach* et de suivi systématique (*case management*). Selon Cohen et Marcos (1992), les équipes *outreach* remplissent les fossés retrouvés dans l'organisation des services de santé mentale en offrant des services que personne d'autre n'offre. Cette pratique d'*outreach* est essentielle selon Butler Slagg (1991) car elle vise particulièrement les personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits par les services traditionnels à cause de leur fragilité, de leur isolement et de leur aliénation face aux services courants. La notion *outreach* signifie « aller vers », sortir de l'institution pour aller rejoindre la clientèle dans le milieu où elle se trouve. Le suivi systématique de plusieurs types de clientèles avec des problèmes de santé et psychosociaux complexes est souvent nommé « gestion de cas » ou « suivi systématique de clientèle » (Nadon et Thibault, 1993).

Ce concept peut s'appliquer à plusieurs services, par exemple, des services d'urgence psychiatriques, des services infirmiers, des services sociaux. Le *case manager* fait de l'*outreach* quand il rencontre des personnes itinérantes où qu'elles se trouvent. L'*outreach* est souvent la première étape du suivi systématique. Selon Bawden (1990), l'*outreach* et le rôle d'avocat (*advocacy*) sont des aspects fondamentaux du suivi systématique intensif des personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants.

Plusieurs écrits présentent des projets d'*outreach* agressif qui ont vu le jour dans diverses régions des États-Unis. Bush et ses collaborateurs (1990) décrivent l'opération *outreach* à Atlanta en 1983. C'est un projet de suivi systématique intensif de 28 personnes itinérantes avec des problèmes psychiatriques sévères. Ces personnes, qui comptaient de deux à 18 hospitalisations antérieures en psychiatrie vivaient dans des refuges, des conciergeries, sur la rue et en prison. Le projet qui a duré un an a réussi à diminuer dans le groupe expérimental le nombre de jours d'hospitalisation sur une période de six mois (10,52) comparativement à celui du groupe de contrôle (23,96).

À St-Louis, Missouri, en 1983, le Centre communautaire St-Patrick (Cunnane *et al.*, 1995) a mis sur pied un réseau de services pour les personnes itinérantes avec des troubles mentaux et des problèmes d'abus de drogues. Le but des services était d'aider les clients à faire des choix pertinents et à s'aider eux-mêmes. L'accent était mis sur deux approches : l'*outreach* et des services à l'emploi. Les programmes d'*outreach* comprenaient divers services. Le centre de jour Shamrock procurait des repas, des vêtements, des facilités d'hygiène, un toit, de l'intervention en situation de crise, du *counselling* et des soins de santé. Le programme d'*outreach* mobile composé

de deux intervenants disposait d'une caravane pour patrouiller, la nuit, les rues où se trouvaient les personnes itinérantes. En plus de fournir sur place des services et des soins de base à ces personnes, on les incitait à utiliser les services du centre Shamrock. On utilisait aussi la caravane pour transporter des personnes à l'hôpital ou dans un refuge de nuit lorsque nécessaire. Aucune évaluation formelle de cette approche ne semble avoir été réalisée mais les commentaires des auteurs laissent croire que des fonds ont été économisés, des souffrances ont été évitées et la qualité de vie des personnes itinérantes s'est améliorée.

The Hostel Outreach Program de Toronto est bien connu au Canada (Wasylenki *et al.*, 1993). Mis sur pied en 1988, ce programme est associé à deux refuges pour hommes et quatre pour femmes. Ces refuges, surtout de nuit, procurent le gîte de façon ponctuelle, semi-permanente ou permanente. Les intervenants de ces organismes réfèrent les personnes itinérantes atteintes de problèmes psychiatriques sévères aux *case managers* du programme *Outreach*. Les *case managers* suivent les clients sur une base individuelle et ils interviennent dans toutes les situations de crise et de survie auxquelles la personne itinérante fait face. Après neuf mois, ce programme présentait déjà des effets positifs relatifs au fonctionnement social et à l'utilisation des services de soutien.

Le projet probablement le plus cité est le projet HELP pour *Homeless Emergency Liaison Project* réalisé à New York durant une année, d'octobre 1987 à octobre 1988 (Cohen, 1990; Cohen et Tsemberis, 1991; Marcos *et al.*, 1990). Il s'agit d'un projet d'*outreach* agressif offrant des services psychiatriques d'urgence. Il a été mis sur pied à l'initiative du maire de New York suite aux pressions publiques devant le spectacle révoltant de la qualité de vie des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères. Ce programme s'adressait particulièrement aux personnes qui refusaient les traitements. Pour ce programme, les autorités avaient élargi les critères légaux permettant de traiter la personne contre sa volonté en incluant « le manque de capacité de la personne de se protéger des dangers évidents » ou « le fait qu'elle constitue un danger physique pour elle ou autrui dans un avenir prévisible » (Marcos *et al.*, 1990, p. 1557). Le projet était réalisé par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, d'une infirmière et d'un travailleur social et il disposait d'une unité mobile lui permettant d'évaluer sur place la clientèle ciblée par le programme. Dans le cas où la personne était jugée avoir besoin de soins psychiatriques, elle était transportée à l'hôpital avec son consentement ou de façon involontaire si elle répondait aux critères légaux présentés ci-dessus.

Au terme de l'année, ce programme avait rejoint 298 personnes qui ont totalisé 340 visites à l'hôpital. De ce nombre, 84% ont été transportées involontairement et 96,5% ont été hospitalisées,

dont 96% involontairement. La durée d'hospitalisation a varié entre deux et 228 jours pour une moyenne de 61 jours. Pour faciliter cette hospitalisation, l'hôpital Bellevue disposait de lits dans des unités diverses. L'évaluation de l'impact de ce projet sur la clientèle s'est limitée à identifier où elle était rendue deux ans après le début du programme. À ce moment, 28% des patients vivaient en logement dans la communauté, 27% vivaient en centres psychiatriques et 7,7% vivaient sur la rue, tandis que l'information n'était pas disponible dans le cas des autres 37%. Les effets cliniques de l'intervention n'ont donc pas été évalués. Les auteurs formulent l'hypothèse du bien-fondé du programme sans lequel plusieurs personnes itinérantes seraient demeurées à la rue et auraient possiblement souffert de détérioration physique et psychiatrique progressive. Selon eux, ces chiffres traduisent un impact positif quoique limité du programme.

Dans un projet réalisé à Chicago, de 1990 à 1992, auprès du même type de clientèle (Butler Slagg *et al.*, 1994), des travailleurs sociaux à bord de camionnettes patrouillaient la ville et intervenaient en situation de crise. Ils faisaient une évaluation et une intervention brève. Ils s'assuraient que les personnes étaient mises en contact avec les ressources existantes. Le projet mettait l'accent sur les liens avec le vaste réseau de soutien qui autrement aurait été inaccessible pour cette population désaffiliée.

Witheridge (1991) parle d'*outreach* intensif (*assertive outreach*) en décrivant le *Thresholds Bridge Program* dans la région métropolitaine de Chicago. C'est un organisme de réadaptation psychiatrique qui comprend un éventail de programmes localisés dans six centres. Thresholds a la mission 1) de rejoindre les personnes atteintes de troubles mentaux, à haut risque d'itinérance et de réhospitalisation, 2) de les aider à demeurer dans un domicile, et à vivre dans la communauté dans le meilleur état possible d'indépendance, de bien-être et de satisfaction. Cette approche d'*outreach* intensif varie selon les projets réalisés dans les centres. On mentionne, en plus des services d'*outreach*, des logements supervisés, de l'évaluation, de l'intervention en situation de crise, des services pour le maintien d'emplois, etc. L'évaluation de ces programmes s'est avérée positive en termes de fidélité aux traitements, d'une meilleure utilisation des services hospitaliers, de stabilité dans un logement et de difficultés moindres dans plusieurs sphères de la vie.

En résumé, selon les auteurs, des efforts d'*outreach* doivent être faits à l'intention des personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits par les services traditionnels à cause de leur fragilité, de leur isolement et de leur aliénation face aux services courants. Ils préconisent également pour cette population la mise en place de services de suivi systématique à long terme et le développement de logements d'urgence et de logements de transition.

2.2 Le suivi systématique clinique

Selon Greene et Vourlekis (1992, p. 13), les buts du suivi systématique sont les suivants : 1) fournir la continuité d'un traitement à un individu qui fait partie d'une population cible dite à risque, et qui cumule plusieurs problématiques; 2) coordonner et lier les composantes du système de dispensation de services; 3) mettre sur pied un programme global qui rencontrera les besoins de soins d'un individu afin de maximiser et accroître son indépendance.

2.2.1 Les types de suivi systématique

Ross (1980) a répertorié trois modèles de suivi systématique : 1) le modèle minimal comprend quatre services — l'*outreach*, l'évaluation du client, la planification des soins et la référence aux autres professionnels; 2) le modèle de coordination comprend, en plus des services du premier modèle, le rôle d'avocat, les services directs, le développement de réseaux de soutien dans le milieu naturel et la réévaluation; 3) le modèle global englobe tous ces services ainsi que la création de nouvelles ressources, le contrôle de la qualité des services, l'éducation du public et les interventions en situation de crise.

L'analyse de trois modèles théoriques de suivi systématique américains, tirés des écrits de trois auteurs indépendants (voir tableau 1), semble confirmer les modèles de suivi systématique mis de l'avant par Ross. Ainsi, dans son modèle théorique, Moxley (1989) propose cinq fonctions — l'évaluation, la planification, l'intervention, le monitoring (*monitoring*) et l'évaluation — qui rejoignent sensiblement le modèle minimal proposé par Ross. Pour sa part, Radol Raiff (1993) propose un modèle à six fonctions, — soit l'évaluation, la planification des services, la réalisation du plan de services, la coordination et le monitoring (*monitoring*), la défense des droits (*advocacy*) et la fermeture du dossier — qui rejoint le modèle de coordination proposé par Ross. Quant au modèle à huit fonctions présenté par Greene (1992) — l'*outreach*/l'identification de la clientèle cible, l'évaluation individuelle et familiale, la planification des services/l'identification des personnes, le maillage (*linking*) entre la clientèle et les services, la réalisation/la coordination du plan de services, le monitoring (*monitoring*), la défense des droits (*advocacy*) et l'évaluation, — il semble une version sophistiquée du modèle de coordination présenté par Ross.

Tableau 1
Modèles théoriques de suivi systématique

Moxley (1989)	Radol Raiff (1993)	Greene (1992)
Évaluation	Évaluation	<i>Outreach</i> + identification de la clientèle cible
Planification	Planification de services	Évaluation individuelle et Familiale
Intervention	Réalisation du plan de services	Planification des services : identification des personnes
Monitorage (<i>monitoring</i>)	Coordination + monitorage (<i>monitoring</i>)	Maillage entre la clientèle et les services
Évaluation	Défense des droits de la clientèle (<i>advocacy</i>)	Réalisation du plan de services + coordination
	Fermeture du dossier	Monitorage (<i>monitoring</i>) Défense des droits de la clientèle (<i>advocacy</i>) Évaluation

2.2.2 Le suivi systématique aux États-Unis

Selon Nadeau (1989), le suivi systématique clinique représente le mariage entre la gestion de cas et l'approche de réadaptation en santé mentale. Aux États-Unis, la pratique du suivi systématique clinique auprès des personnes itinérantes malades mentales remonte à environ une vingtaine d'années. Bien que les écrits sur le sujet foisonnent, il est possible d'y remarquer le même chaos définitionnel qui semble si particulier au phénomène de l'itinérance et aux autres phénomènes sociaux complexes. Pourtant, Swire Billing *et al.* (1987), Goering (1988) et Maurin (1990) s'entendent pour relever un consensus de base dans le but du suivi systématique américain : améliorer la qualité des services communautaires.

Ces mêmes auteurs ont aussi constaté que tous les programmes de suivi systématique partagent les cinq fonctions suivantes : identifier les besoins du client, développer un plan de soins global, établir des liens entre le client et les services, défendre les intérêts du client auprès des services (*advocacy*) et contrôler la qualité des services.

Kanter (1989) déplore la pénurie de modèles conceptuels pour définir les fonctions du *case manager*. Il décrit un modèle de suivi clinique qui va au-delà de la vision d'un coordonnateur de systèmes, de courtier de services ou de compagnon de soutien. Le *case manager* intervient par rapport à la globalité de la vie des personnes itinérantes, soit les environnements physiques et sociaux incluant l'hébergement, le traitement psychiatrique, les soins de santé, le transport, la famille et le réseau social. Kanter propose 13 activités regroupées dans quatre grandes classes, soit la phase initiale, les interventions auprès des environnements, les interventions auprès du client et les interventions dans les situations de crise.

Pour sa part, Swayze (1992), directrice d'un important programme d'*outreach* auprès d'une quarantaine de refuges et de centres de jour à New York, mentionne que le suivi systématique clinique des personnes itinérantes malades mentales poursuit essentiellement deux buts : le premier est de parvenir d'abord à une réduction de la désorganisation prononcée qui se manifeste par un délire, une hygiène déficiente et un fonctionnement social inadéquat; le second est d'identifier et de fournir des milieux de vie adéquats à ces personnes, de façon à prévenir les rechutes qui les ramènent à la rue.

Swayze identifie cinq principes essentiels du suivi systématique clinique des personnes itinérantes malades mentales. Le premier principe concerne la conception de la maladie mentale sévère et persistante, soit comme un désordre bio-psycho-social avec des conséquences dévastatrices. Ces conséquences sont généralement visibles à l'oeil nu dans les refuges et les centres de jour. Le second a trait à la continuité des services sociaux et psychiatriques qui doivent refléter un plan intégré mis en branle par le *case manager*. Le troisième suggère de centrer les services sur les besoins de la personne, tels qu'exprimés par la personne et évalués par le *case manager*. Le quatrième principe propose d'individualiser les services, les soins et les programmes. Le cinquième principe suggère de reconnaître et d'appuyer les efforts du *case manager* afin qu'il puisse agir sur l'ensemble des systèmes de services.

La citation suivante, tirée de Baker et Intagliata (1991, p. 219), résume la définition du suivi systématique clinique :

Le suivi systématique est le lien entre le client et le système, le seul dispensateur de services concerné et responsable de la globalité du client. Par conséquent, ces agents procurent un mécanisme pour personnaliser le système de services. La relation humaine développée entre l'agent et le client devrait être considérée comme la force fondamentale du suivi systématique et les programmes qui s'en inspirent devraient être structurés pour faciliter et capitaliser sur ce processus.

Dixon et ses collaborateurs (1995) décrivent le projet PACT (*Program Assertive Community Treatment*) à Baltimore qui a adapté le modèle de soins psychiatriques intensifs dans la communauté. La philosophie de base des services est la suivante : la qualité de vie des clients s'améliore si on adopte une façon d'intervenir rassurante et non intrusive et si on les assiste pour régler leurs problèmes de logement, pour exercer leurs droits, pour obtenir les soins de santé médicaux et psychiatriques et pour fonctionner dans la société. Selon les auteurs, à la fin de leur participation au programme, le passage à des services moins intensifs est une source d'estime de soi pour les clients et leur prouve qu'ils sont responsables de leur vie. Ce programme PACT serait surtout approprié pour les schizophrènes et les personnes souffrant de troubles psychotiques; il le serait moins pour les personnes présentant des troubles de personnalité à moins d'être limité dans le temps pour éviter la dépendance et la régression.

D'autres recherches sur le modèle PACT (Drake et Burns, 1995) ont aussi établi ses impacts positifs : amélioration de l'état clinique et du fonctionnement social, baisse du nombre de jours d'hospitalisation, augmentation de la satisfaction du client face aux services, amélioration de l'habileté à une vie indépendante, réinsertion dans la communauté, baisse des coûts et amélioration de la qualité de vie.

2.2.3 Le suivi systématique clinique au Québec

Selon Nadeau (1989), qui a retracé l'émergence et le développement de la pratique du suivi systématique au Québec, la fonction première du suivi était de compenser l'incapacité des malades mentaux à vivre dans la communauté et à utiliser de façon adéquate les nombreux services existants mais non reliés. La première forme de suivi se limitait donc à la gestion des services. Est apparue plus tard une préoccupation pour la coordination et la continuité des services. Ces préoccupations se sont articulées autour du plan de service individualisé (PSI), dont la coordination était assurée par une personne-pivot. Cet outil a fait son apparition au Québec en 1984 dans le milieu de pratique en déficience intellectuelle. En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux définissait ainsi le PSI :

Le PSI est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection.

Selon Nadeau (1989, p. 52), le suivi systématique est devenu progressivement un mode de pratique en santé mentale reconnaissant l'importance d'intégrer les dimensions bio-psycho-sociales du traitement et de combiner l'intervention clinique et communautaire. On parle de plus en plus de suivi systématique clinique. À partir d'un rôle instrumental, celui du courtage de services, le suivi systématique a évolué vers un mode d'intervention complexe. Ainsi, plusieurs projets de soutien ou de suivi communautaire ont vu le jour au Québec.

2.2.4 L'évaluation des programmes de suivi systématique

Il ressort de l'analyse des études que l'évaluation des programmes de suivi systématique de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants pose de grands problèmes méthodologiques (Chamberlain et Rapp, 1991; Solomon, 1992). D'abord, les populations de malades mentaux semblent hétérogènes : certains clients sont âgés, d'autres sont jeunes; les diagnostics sont variés. Ensuite, la pratique du suivi systématique, la variable indépendante, est rarement décrite. Enfin, les effets sur l'état clinique des individus sont rarement mesurés car les objectifs du programme sont au début trop généraux. L'évaluation s'adresse plutôt à des éléments du système, tels que des manières d'utiliser les services, des caractéristiques et des activités des *case managers*, plutôt qu'aux effets sur le client. De plus, peu de devis expérimentaux avec groupe témoin sont utilisés pour des raisons d'éthique. La grande limite vient du fait que le suivi systématique n'est qu'un élément de la variable indépendante qui comprend aussi l'ensemble des services fournis par les refuges, les centres de jour et de nuit, les autres professionnels de la santé, etc.

En dépit de ces limites, le suivi systématique semble avoir des effets positifs sur le nombre de jours d'hospitalisation, sur la qualité de vie des clients, sur l'utilisation des services et sur les coûts des services aux personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants.

Le suivi systématique clinique est particulièrement adapté à notre clientèle; d'abord, parce qu'il préconise de la rejoindre où elle se trouve (*outreach*), puis de l'appivoiser et de créer une relation de confiance en vue de l'accompagner à travers une série d'institutions et de services, de satisfaire des besoins de base et de l'aider à résoudre ses problèmes. Cette approche s'adapte à la personne et à son milieu et adopte le rythme du client. En plus de comprendre les cinq fonctions décrites ci-dessus, le modèle permet de s'attaquer aux barrières à l'accessibilité au système de soins, de concilier les préoccupations d'insertion sociale et de répondre aux besoins de base et au besoin de soins psychiatriques.

La plupart des programmes de suivi systématique dans les écrits scientifiques sont issus d'un centre hospitalier, parfois d'un centre de santé mentale. La situation qui prévaut au centre-ville de Montréal est unique : une équipe spéciale pour les services aux personnes itinérantes dans un Centre local de services communautaires (CLSC) et un réseau de 12 urgences psychiatriques qui se relayent à chaque semaine pour recevoir des personnes itinérantes en état de crise que leur réfèrent des policiers et Urgences Santé. De plus, un certain nombre de refuges, de centres de jour et de nuit et un centre social de soir complètent le réseau ainsi que des foyers qui acceptent de loger des personnes itinérantes. Il semblait donc opportun de donner des services adaptés à la population et au contexte particulier dans lequel nous sommes, d'où la nécessité de la présente démonstration du suivi systématique clinique comme moyen d'améliorer les services à la population-cible. Nous verrons dans l'analyse des journaux de bord du *case manager* que c'est le deuxième modèle présenté par Ross (1980) et les activités proposées par Kanter (1981) qui s'apparentent le plus au suivi systématique réalisé ici.

3. LA MÉTHODE

3.1 Le devis

C'est au moyen d'une étude descriptive auprès de 14 personnes itinérantes que les données relatives aux interventions du *case manager* et à l'évaluation de ces interventions ont été recueillies sur une période de 12 mois. Des mesures relatives à la condition des sujets ont été prises en deux temps : au temps 1, en décembre 1995 auprès de 14 sujets suivis depuis un à six mois; au temps 2, en mai 1996, à la fin de l'intervention. Le tableau 2 présente les variables à l'étude, les instruments de mesures et les dates de l'utilisation des instruments.

3.2 La population

Des refuges et des centres de jour du centre-ville ont référé à l'équipe du projet, de la fin de mai 1995 à novembre 1995, des personnes itinérantes qui correspondaient à notre population-cible. D'autres personnes sont venues de la rue et de centres hospitaliers. L'équipe du projet avait

informé ces centres et refuges qu'elle coordonnerait les soins de ces personnes afin d'en assurer la continuité et la cohérence et afin d'éviter l'éparpillement et la duplication de services et l'éternel recommencement du plan de traitement. Quatorze personnes, sept hommes et sept femmes suivis intensivement par l'équipe, ont donc été choisies parmi les plus perturbés, par les *case managers* pour la présente étude. D'autres clients (environ 35) ont reçu des services de l'équipe mais ils ne sont pas étudiés ici.

Tableau 2
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données

Variabes	Instruments	Date
1. Activités du <i>case manager</i>	Journal de bord du <i>case manager</i>	Mai-nov. 1995 Déc.-mai 1996
2. Évaluation du <i>suivi systématique</i>		
a) État physique et psychosocial de 14 personnes itinérantes	7 échelles (<i>case manager</i>)	Décembre 1995 Mai 1996
	1 échelle (intervenants dans les refuges et les centres)	Décembre 1995 Mai 1996
b) Perceptions de divers intervenants	Questionnaire aux deux membres de l'équipe du projet	Juillet 1996
	Rencontre de l'Équipe Itinérance	Mai 1996
	Questionnaire aux ressources communautaires et institutions	Mai 1996

Les 14 personnes itinérantes suivies par les *case managers* devaient présenter les caractéristiques suivantes : vivre dans la région de Montréal-centre; souffrir de troubles mentaux sévères et persistants; avoir une histoire d'hospitalisations psychiatriques ou une incapacité fonctionnelle grave et persistante; ne pas recevoir de soins psychiatriques parce qu'elles les refusent ou parce que le système ne les dispense pas.

Ces personnes présentent de grandes difficultés de gestion aux ressources communautaires qu'elles fréquentent parce qu'elles sont souvent en situation de crise, soit qu'elles manifestent du délire, des hallucinations, de l'agression, de l'incohérence, de la désorganisation, soit que ces

symptômes sont combinés à de l'intoxication. En d'autres mots, la clientèle du suivi systématique est la plus difficile à soigner.

Nous avons éliminé la possibilité de constituer un groupe de contrôle compte tenu de la situation d'intervention dans les cinq ressources communautaires du centre-ville qui recevaient la clientèle. Il aurait été difficile de justifier aux intervenants de ne répondre qu'à un cas sur deux pour lesquels ces derniers demandaient notre aide. Nous avons pensé à un autre type de groupe comparable mais vu les efforts considérables de recrutement auprès d'une population aussi particulière et mouvante, nous avons aussi rejeté cette idée.

3.3 Les instruments de cueillette de données

Ces instruments sont de deux ordres. D'abord, le journal de bord du *case manager* recueille les données sur ses interventions auprès de la population étudiée. C'est la description de la variable indépendante. Ensuite, des instruments sont utilisés pour recueillir les données relatives à l'évaluation des effets du suivi systématique sur la condition des personnes itinérantes et sur le travail des ressources communautaires auprès de cette population.

3.3.1 Le journal de bord pour les clients

Comme il a été dit dans la recension des écrits, une grande lacune des programmes de suivi systématique se rapporte au manque de description des interventions du *case manager*. Aussi, dès le début du suivi, l'infirmier a tenu un journal de bord au sujet de sept clients (parmi les 14). Il y notait tout chaque jour : ses observations, ses actions, ses intentions, les rencontres avec le client, les contacts avec les organismes reliés au client, etc. Il notait aussi les multiples démarches quotidiennes pour trouver le client (*reaching out*), pour parler à des intervenants au sujet du client dans les refuges, les hôpitaux, les prisons, etc. Il exprimait ses frustrations face au peu de collaboration du client ou des autres organismes, etc. Les sept clients étaient évidemment ceux à qui il donnait beaucoup d'attention à cause de leur état de crise.

3.3.2 Le journal de bord général

L'infirmier inscrivait également dans un autre journal de bord l'ensemble des activités non spécifiques à un client mais qui concernaient les orientations et le fonctionnement de l'Équipe Itinérance, les rencontres avec des intervenants pour établir des collaborations, les questionnements des membres de l'équipe du projet au sujet de l'orientation générale des services aux personnes itinérantes, etc.

3.3.3 Les échelles de l'évaluation des clients

L'équipe du projet et l'équipe de recherche ont identifié, à partir de leur expérience avec la clientèle et des nombreux écrits et études sur l'itinérance, sept variables qu'il était possible de mesurer et sur lesquelles le suivi systématique clinique pouvait avoir quelques effets positifs. Ces variables correspondent aux sept échelles suivantes :

- 1) l'état clinique-phénomènes psychiques, affectifs et psychosomatiques;
- 2) l'état clinique physique;
- 3) les habiletés de vie autonome;
- 4) le fonctionnement social;
- 5) les crises et la consommation de drogues;
- 6) la résidence;
- 7) la collaboration au traitement.

Nous référons le lecteur au rapport de recherche original de cette étude pour les explications concernant la construction de ces échelles et leur validation (Thibaudeau *et al.*, 1997). Qu'il nous suffise de noter que des items ont été empruntés à d'autres échelles utilisées pour des malades psychiatriques ou pour cerner des phénomènes comme ceux que nous étudions. Enfin, ces échelles sont plus faciles à utiliser par l'infirmier que la rédaction de notes qui prennent plus de temps.²

3.3.4 Le questionnaire aux intervenants dans les refuges et les centres

L'infirmier a fait remplir un questionnaire de 10 énoncés et deux questions par un intervenant dans un des refuges ou des centres de jour où va le client. Le but de ce questionnaire était d'obtenir l'opinion et les observations des intervenants des refuges sur nos sujets à l'étude. Ce questionnaire contient des items sur le comportement des clients, ses relations interpersonnelles, ses soins personnels, sa capacité de suivre les règles de la maison, sa consommation de drogues et

d'alcool, son état psychique en général, l'amélioration de son comportement au cours des derniers trois mois et ses visites à l'urgence psychiatrique.

3.3.5 Le questionnaire-entrevue avec les membres de l'équipe du projet

Ce questionnaire recueille l'opinion de l'infirmier et du travailleur social sur l'ensemble de leur travail avec les personnes itinérantes, les effets de leurs interventions, leurs relations avec les intervenants dans les ressources, les difficultés rencontrées, etc. Ce questionnaire était nécessaire à la fin de l'étude vu une moins grande quantité de données sur les sujets à la fin du projet et le fait qu'il s'agit autant du suivi systématique d'une équipe que de celui d'un seul individu.

² Nous renvoyons le lecteur au rapport de 1997 pour la consultation des instruments de cueillette des données utilisés dans le cadre du projet-pilote.

3.3.6 Le questionnaire-évaluation du suivi systématique par des ressources communautaires et des établissements

Nous avons demandé l'opinion des intervenants des ressources communautaires qui ont collaboré au projet-pilote ainsi que celle de certains professionnels de salles d'urgence, de prisons et de la Curatelle. Le questionnaire est composé de 19 questions qui traitent du besoin de soutien des intervenants, de la collaboration avec l'équipe du suivi, de la satisfaction des intervenants et des professionnels face au suivi systématique, de ses effets sur la clientèle et sur le travail des intervenants, du besoin de poursuivre l'expérience et des améliorations à y apporter. Le questionnaire a été envoyé à six refuges et centres de jour, deux foyers, quatre hôpitaux, deux prisons et la Curatelle après entente avec eux. Neuf questionnaires sur 15 ont été retournés.

3.4 Les limites de l'évaluation du suivi systématique clinique

La grande limite de l'étude vient du petit nombre de sujets analysés et de l'absence de la « parole » des personnes itinérantes elles-mêmes. Comme l'infirmier ne travaillait que trois jours par semaine et comme les cas suivis demandaient beaucoup de son temps au début, il ne pouvait décrire sa pratique en détail que pour sept des 14 sujets évalués. Toutefois, nous croyons que les activités relevées donnent une bonne image du travail d'un *case manager* infirmier. Pour des raisons de logistique, seul l'infirmier a tenu un journal de bord; nous aurions une bien meilleure image des interventions de réadaptation sociale si le travailleur social avait aussi pu tenir un journal de bord.

Nous n'avons pas cru bon de questionner les sujets étudiés. Ils sont très malades et méfiants. Gagner leur confiance était déjà une activité extrêmement difficile pour le *case manager*. Enfin, une autre limite se rapporte à la durée du suivi systématique. Certains sujets ont été suivis durant onze mois, d'autres, six mois. C'est trop peu pour effectuer des changements significatifs. Les programmes de suivi systématique recensés indiquent des durées de 12 à 36 mois; la plupart font l'évaluation après deux ans.

4. LES ACTIVITÉS DE SUIVI SYSTÉMATIQUE

Comme il a été dit auparavant dans le texte, peu d'écrits présentent de façon détaillée le suivi systématique. On ne trace d'habitude que les grandes lignes du travail du *case manager* qui se

résume à l'établissement d'une relation de confiance, le contrat, le rôle d'avocat, des soins, le don d'objets tels que des vêtements et de la nourriture et les références à d'autres services. Dans le projet actuel, aucun modèle spécifique d'intervention n'a été donné à l'équipe du projet au départ. Les membres de l'Équipe Itinérance se sont toutefois entendus sur des mécanismes de collaboration entre les membres de l'équipe et avec les intervenants dans les refuges, sur la nécessité du *reaching out*, de l'établissement de la confiance entre le client et l'équipe, et d'un contrat clair avec le client. La psychiatre-consultante a accepté de superviser, une heure par semaine, l'infirmier qui jouait le rôle principal de *case manager*. L'infirmier connaissait déjà la clientèle des personnes itinérantes pour avoir travaillé durant trois ans dans l'Équipe Itinérance. Ce dernier et le travailleur social avaient d'ailleurs plusieurs années d'expérience dans un hôpital psychiatrique.

Nous avons donc cru nécessaire de faire une analyse du journal de bord et de décrire le processus utilisé par le *case manager* pour intervenir auprès de la personne itinérante et coordonner les services qu'elle reçoit, les réactions de cette personne et du *case manager*, la collaboration des organismes communautaires et le travail de l'équipe du projet.

Les journaux de bord concernant les services à quatre hommes et trois femmes ont été analysés. Ces personnes avaient été suivies durant une période variant de deux à sept mois au moment de l'analyse des journaux. Lors de l'entrée dans le projet, ces personnes étaient connues de six à 13 intervenants dans des ressources communautaires, des hôpitaux ou autres.

Nous ne donnons ici qu'un aperçu de la méthode d'analyse de contenu du journal de bord (voir le rapport principal, Thibaudeau *et al.*, 1997). Le chercheur a d'abord lu le journal au complet pour avoir un aperçu global de la situation. Ensuite, il a résumé pour chaque jour les activités principales décrites pour et avec le client. Puis, il a développé une liste de 25 énoncés des observations et des activités du *case manager* qui regroupent les énoncés dans tous les journaux de bord. Ces énoncés ont été codés avec des chiffres de sorte que l'on peut identifier rapidement pour chaque client les actions qui sont prioritaires (voir tableau 3). Deux énoncés ont été regroupés durant l'analyse; la liste finale en compte donc 24.

Les journaux de bord ont été analysés pour la période de mai à la fin de novembre 1995, et pour la période de décembre 1995 à mai 1996. Il était prévu que les activités du *case manager* seraient modifiées au fur et à mesure que la condition et le comportement de la personne itinérante changeraient.

Nous présentons une liste des activités et des observations du *case manager* par ordre de grandeur telles que notées dans le journal de bord et nous donnons des explications supplémentaires sur ces activités. Nous ne croyons pas que la présentation de fréquences exactes soit pertinente. Le but de l'analyse du journal de bord est de décrire les activités que le *case manager* a notées et, ensuite, d'indiquer celles notées plus fréquemment parce qu'il a dû, à cause des situations, les faire plus souvent. La liste qui suit comprend ces activités et ces observations par ordre de fréquences, la première catégorie étant notée plus souvent et la dernière, moins souvent.

Tableau 3
 Activités et observations notées dans le journal de bord

Catégorie 17	injections, médicaments, soins donnés, etc.
Catégorie 23	visite au client ou au sujet du client
Catégorie 8	contrat avec le client
Catégories 21 et 26	contact avec la curatelle, la police, la prison, la cour - rôle d'avocat
Catégorie 22	recherche de renseignements sur le client
Catégorie 12	contact avec intervenants d'autres ressources
Catégorie 2	discussion avec autre intervenant ou professionnel pour établir plan de soins
Catégorie 3	cherche le client
Catégorie 5	mauvaise collaboration du client
Catégorie 25	manque de collaboration d'autres établissements
Catégorie 10	frustration du <i>case manager</i>
Catégorie 1	offre de services, de médicaments
Catégorie 16	démarches auprès du bien-être social pour trouver une chambre
Catégorie 7	négociations avec le client
Catégorie 6	bonne collaboration du client
Catégorie 14	aide de plusieurs intervenants
Catégorie 15	clarification du contrat avec intervenants
Catégorie 13	plan de soins fait et refait
Catégorie 4	évaluation de la situation après recueil de renseignements
Catégorie 9	soutien
Catégorie 11	confiance établie
Catégorie 19	confidences
Catégorie 24	aucune amélioration
Catégorie 20	amélioration de l'état du client

Certains comportements sont toujours difficiles à interpréter. Quand la personne vient souvent au CLSC pour demander quelque chose au *case manager*, et que quatre mois plus tôt cette personne refusait tout ou ne donnait jamais signe de vie, s'agit-il de « confiance établie » ou de « collaboration » ou de « négociation pour obtenir ce qu'elle veut »? C'est en lisant l'ensemble du texte que l'on peut en retirer un certain sens.

4.1 La description des activités et des observations du *case manager*

À la lecture des journaux de bord, on est frappé par le fait qu'il n'y a pas deux clients assez semblables pour que l'on puisse les classer dans la même catégorie. Ils sont tous différents par certains aspects tels que la réticence à se laisser approcher par un intervenant, la confiance qu'ils donnent ou ne donnent pas à un intervenant, le besoin de garder leur indépendance à la limite du possible, et ils sont aussi tous semblables par d'autres aspects tels que leur vulnérabilité, leur incapacité à suivre un plan de traitement, leur besoin d'aide pour continuer dans la vie et leur solitude.

Tous ont été l'objet de recherche (*reaching out*) par le *case manager*, surtout l'un d'entre eux que celui-là a cherché durant deux semaines. Il nous apparaît que le temps que le *case manager* passe à chercher certains clients est énorme. Toutefois, cette activité de *reaching out* est importante comme nous le verrons ci-dessous. Cinq des sept sujets ont des notations qui se rapportent à la police, ou la cour, ou la prison, ou le besoin de curatelle. Ce qui nous amène à penser que ces grands malades étaient à quelque moment soit désorganisés, soit intoxiqués et qu'ils dérangeaient leur entourage.

Certaines activités du *case manager* sont rarement notées telles que les confidences du client et le soutien. Il semble que la première catégorie se retrouve dans le code « évaluation de la situation après recueil de renseignements » et dans d'autres catégories. Dans la situation où le *case manager* a attendu avec un itinérant un intervenant d'une autre ressource environ une demi-heure, assis sur un banc de parc, on peut déduire qu'ils se sont dit bien des choses.

Quant au soutien, on comprend qu'il est un élément inhérent à beaucoup d'autres actions telles que « offre de médicaments et de services », « soins et objets donnés », « visite au client », « démarches avec le client pour le bien-être social ou une chambre », « confidences ». Ce concept de soutien est largement utilisé dans tous les écrits relatifs aux interventions psychosociales de toutes sortes et dans toutes les disciplines. C'est probablement pourquoi il n'est pas précis. Chez tous les intervenants, il veut probablement dire : « je suis là », « je comprends », « il faut continuer », « c'est bien ainsi », « ça va mieux », « ça va bien aller », etc.

Nous donnons maintenant une description plus détaillée des activités et des observations du *case manager*. Nous notons d'abord que la catégorie qui est notée le plus souvent est particulière au rôle d'un infirmier, soit « donner des injections, des médicaments, des soins, des examens, des vêtements et de la nourriture, etc. ». Elle est suivie de la catégorie 23 « visite au client où qu'il se trouve ou visite au sujet du client ». Ces deux catégories sont des signes très tangibles d'actes qui

aident directement le client et que ce dernier peut identifier. Évidemment, la catégorie 23 est associée étroitement au *reaching out* et à la catégorie 3 « cherche le client » qui est clairement seulement du *reaching out*.

Le « contrat avec le client » est aussi une catégorie importante surtout pour les clients qui coopèrent moins bien. Le contrat signifie que le *case manager* et le client s'engagent chacun de leur côté à poser certains actes. Le contrat prend souvent la forme d'un engagement que le client prend, tel qu'accepter d'avoir une injection avant d'avoir son chèque de bien-être social ou de l'argent qui vient du chèque de bien-être social. Il s'engage à accepter les règles d'un foyer telles que ne pas faire de bruit, ne pas prendre d'alcool. Le *case manager* doit constamment rappeler au client sa participation dans le contrat auquel il s'est engagé.

Sur le même pied que le contrat, on retrouve la catégorie 21 « curatelle, police, prison, cour ». Cinq sujets ont des notations qui se rapportent à cette catégorie. Ce thème semble toujours difficile et laborieux pour le *case manager*. Il écrit parfois : « je suis fatigué de tourner en rond », « la curatelle, c'est trop long », « la Loi du malade mental? » et « il faut qu'il se passe quelque chose ». Les contraintes occasionnées par la *Loi sur la protection du malade mental* semblent ralentir énormément l'évolution positive de la situation du client.

Les trois types d'activités qui suivent peuvent être regroupées dans une seule; il s'agit de la « recherche d'information par le *case manager* ». Cette activité est omniprésente au début de l'intervention auprès des sujets. La catégorie 12, « contrat avec intervenants d'autres ressources », comprend aussi une certaine part de recherche de renseignements. « Discuter avec d'autres professionnels ou intervenants pour établir un plan de soins » contient aussi un échange de renseignements. La recherche et l'échange de renseignements avec ses collègues ou les intervenants des ressources est une activité continue qui est nécessaire pour établir le plan de soins ou le mettre à jour, pour communiquer tout changement dans la thérapie, pour s'assurer que le plan de soins est compris de tous et suivi le plus fidèlement possible. C'est en essence la fonction de coordination.

L'activité « cherche le client » et l'observation « mauvaise collaboration du client » sont surtout notées au début du journal de bord. Vers la fin, on ne retrouve plus la première activité et la mauvaise collaboration est rarement notée.

Il est intéressant de noter que « le manque de collaboration d'autres institutions qui ont eu ou ont quelque chose à faire avec le client » soit la dixième catégorie. Il s'agit parfois d'une

référence à la Charte des droits de la personne pour indiquer que l'on ne peut donner de l'information. D'autres fois, c'est un intervenant qui ne retourne jamais les appels. D'autres fois encore, on répond que l'on ne sait pas et que l'on n'a pas le temps de chercher l'information. Le manque de collaboration survient rarement avec les ressources qui s'occupent des personnes itinérantes mais plutôt avec de grands établissements comme les hôpitaux ou le système judiciaire. Il faut ajouter ici que c'est cette catégorie et la catégorie 21 qui créent le plus de frustration chez le *case manager*. Cette catégorie 21 (curatelle, police, prison, cour) crée un sentiment d'impuissance, « que peut-on faire devant la puissante loi qui n'aide ni les malades, ni les intervenants? » se demande le *case manager*. Le manque de collaboration des établissements formels semble susciter un sentiment d'indignation mêlé à de la frustration. On peut se demander comment des professionnels dont le rôle est d'aider des clientèles fragiles et qui devraient comprendre la situation de ces gens peuvent être aussi indifférents ou insensibles? Peut-être se sentent-ils aussi impuissants que le *case manager*?

Les autres activités sont présentées dans un ordre décroissant. Certaines activités présentes au début de la relation avec la personne itinérante ne sont plus notées telles que « l'offre de services, de médicaments ». L'observation de l'amélioration de la condition est surtout notée chez une femme après quatre mois; c'est auprès d'elle que le nombre d'interventions est le plus élevé.

En résumé, le journal de bord donne un aperçu du travail de l'équipe du projet, particulièrement de l'infirmier. Il est évident qu'il a surtout noté les activités de type « instrumental » qui sont plus faciles à identifier. Dans les premiers six mois du suivi systématique, le *case manager* est toujours actif. La recherche des clients ciblés (*outreach*) et les soins directs occupent une grande partie de son temps et le mènent au développement d'une relation de confiance. L'évaluation des clients et la recherche de renseignements de diverses sources prennent aussi une grande importance. C'est durant cette période qu'un contrat est établi avec le client et qu'un plan de soins est formulé avec la personne itinérante et l'équipe du projet incluant la psychiatre-consultante. Le grand nombre de notations relatives aux établissements du système judiciaire sous-entend que les contacts avec ceux-ci sont difficiles et incitent le *case manager* à défendre les droits de sa clientèle (*advocacy*) même si celui-ci a rarement noté son rôle d'avocat. Il faut aussi souligner que le *case manager* fait constamment référence aux ressources communautaires.

5. LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES CLIENTS

L'infirmier a rempli, en décembre 1995, les échelles de l'évaluation des clients pour les 14 sujets qu'il suivait intensément. Un client était alors à l'Institut Philippe Pinel; les renseignements à son sujet sont donc limités. Un autre sujet était à l'hôpital. L'infirmier a de nouveau complété les mêmes échelles en mai 1996.

5.1 L'évaluation en décembre 1995

5.1.1 Les phénomènes psychiques

Les six énoncés de cette section ont chacun une échelle de cinq points de « toujours » à « jamais » qui traite de concentration, de mémoire, de cohérence, de suite dans les idées, d'hallucinations et d'idées de persécution. Aucun sujet ne se situe au niveau le plus grave soit 5. De deux à neuf sujets se situent entre « souvent » et « très souvent ». C'est au sujet de la difficulté à se concentrer (sept sujets) et des idées de persécution (neuf sujets) que l'on trouve le plus grand nombre de sujets aux points « souvent » et « très souvent ». Les quatre énoncés suivants font référence à des phénomènes émotionnels tels que la tristesse, la solitude, le manque d'intérêt pour des personnes ou des activités et l'irritabilité. Neuf sujets sont facilement contrariés ou prêts à se fâcher. Huit sujets se sentent « toujours » ou « souvent » seuls et huit ont souvent l'air triste et découragé. Sept sujets manifestent un certain intérêt pour des activités sociales.

Quant aux manifestations dites « psychosomatiques », on note que sept sujets sont très anxieux et sept sujets le sont peu. L'infirmier note de l'agitation psychomotrice marquée chez six sujets et six sujets se plaignent souvent de divers malaises.

5.1.2 La condition physique

L'infirmier note peu de choses concernant la condition physique des clients. Six sujets se plaignent de problèmes de pieds. Six ou sept sujets auraient « parfois » ou « souvent » des maux de tête, des problèmes de peau, des problèmes gastro-intestinaux et des signes extra-pyramidaux. De six à douze sujets reçoivent une cote « ne sais pas » aux huit items de cette échelle. On peut se demander si l'infirmier est si préoccupé par la condition psychique qu'il ne voit pas les autres problèmes de santé? Ou bien les sujets seraient-ils habitués à leur condition et ils n'en parleraient pas? Ou ils n'auraient tout simplement pas beaucoup de problèmes de santé?

5.1.3 Les habiletés de vie autonome

La capacité et l'habitude de prendre soin de soi-même et d'administrer ses affaires est au coeur de la problématique de l'itinérance et de la maladie mentale. Aussi, il nous a paru important d'élaborer une échelle pour capter les diverses facettes de ce que les manuels sur la réadaptation qualifient de *Independent living skills*. Cette échelle est composée de huit items. L'infirmier n'a pu compléter les 8 items pour un sujet à l'Institut Philippe Pinel et pour un autre sujet qui a une vie plutôt mystérieuse. Les résultats sont les suivants :

- 12 sujets manifestent le désir de vivre en chambre ou en logement;
- 10 sujets ne veulent pas travailler; deux voudraient travailler;
- 10 sujets présentent des signes d'hygiène personnelle et six une tenue vestimentaire acceptable;
- 9 sujets se déplacent seuls dans la région de Montréal;
- 8 parviennent à s'alimenter convenablement;
- 9 sont incapables d'organiser leur vie;
- 12 sujets ne peuvent administrer leurs finances convenablement.

5.1.4 Le fonctionnement social

La très grande majorité des sujets est souvent isolée. Ils n'ont pas de famille, d'amis et de réseau social de soutien. Leurs relations sociales se résument aux contacts avec les intervenants des refuges et des centres.

5.1.5 Les crises et la consommation de drogues

De façon générale, les sujets font peu de crises. Six sujets ne suivent pas les règles de la résidence. Selon l'intervenant du refuge, quatre sujets feraient quelquefois des colères; les quatre mêmes sujets dérangent « quelquefois » beaucoup de personnes dans le refuge. C'est aux items « alcool, drogues et état d'ébriété » que l'on observe des entrées dans la colonne « souvent », soit pour trois sujets.

5.1.6 La résidence

Le lieu de résidence est à vrai dire, un sujet fondamental pour les personnes itinérantes. Nous avons voulu savoir comment nos sujets parvenaient à se loger. Aucun n'a couché dans la rue au cours des derniers trois mois. Comme nous étions au début de décembre, cette réponse est plausible. Deux sujets ne peuvent donner une adresse fixe au cours des derniers trois mois. Cinq couchent dans des foyers et des refuges, quatre personnes ont une chambre où elles vont coucher presque tout le temps. Cinq sont demeurés à l'hôpital plus de 48 heures au cours des derniers trois mois dont un durant deux mois et demi. Trois sont allés en prison au moins 24 heures dont un durant plusieurs semaines. Deux sujets vont demeurer quelques jours par mois chez des amis. Enfin, dix sujets ont une adresse que ce soit un refuge, une chambre ou un ami.

5.1.7 La collaboration au traitement

Seulement deux sujets participent partiellement à la définition des objectifs du plan de soins. Les autres ne participent aucunement à ce plan. Toutefois, huit sujets expriment le désir de collaborer quelque peu à leurs soins. Neuf sujets ne prennent jamais seuls leurs médicaments de façon adéquate; quatre autres prennent « quelquefois » seuls leurs médicaments. Un plus grand nombre de sujets, soit 5, acceptent de prendre leurs médicaments si quelqu'un leur donne, tandis que cinq autres acceptent parfois de prendre leurs médicaments dans ces circonstances. Une personne accepte tout : l'examen du psychiatre et les traitements. De trois à cinq personnes acceptent d'être examinées par un médecin, un psychiatre ou un infirmier. Quatre autres sujets refusent tout examen ou traitement.

Huit sujets acceptent d'être suivis par le case manager; cinq ne veulent pas être suivis. Cinq sujets acceptent d'être suivis entièrement ou en partie par un intervenant dans un autre organisme. Un sujet accepte tout pour sortir de prison, un autre ne veut rien savoir de personne et dit constamment « laissez-moi tranquille ». Un troisième qui collaborait très peu au début collabore par la suite pour faire traiter ses plaies qui le font grandement souffrir. Il est d'ailleurs hospitalisé depuis deux mois et demi.

En résumé, ces sept échelles donnent le tableau de personnes moyennement perturbées sur le plan psychique, à tendance paranoïdes et dépressives, facilement contrariées et manifestant des signes d'anxiété. Leurs problèmes physiques semblent moins importants que ce que l'on voit dans les écrits chez des personnes dans des conditions semblables. Les sujets ici ont moins de problèmes apparents d'abus de drogues et d'alcool que l'on aurait pu croire.

Les sujets se déplacent seuls dans la région de Montréal et s'organisent pour s'alimenter convenablement. De façon générale, ils manifestent le désir de vivre en chambre ou en logement. Aucun d'entre eux n'est capable d'administrer ses finances adéquatement et la très grande majorité est incapable d'organiser sa vie. Tous les sujets, à l'exception de deux, ne veulent pas travailler. C'est au plan du fonctionnement social que leur déficit semble le plus marqué; aucun sujet n'a de famille ou de réseau social. Enfin, ils collaborent peu à leur traitement et semblent incapables d'en assumer la responsabilité.

5.2 L'évaluation en mai 1996

Six mois après la première évaluation, nous avons recueilli des données sur 13 sujets au lieu de 14 parce que l'un d'entre eux était parti à Vancouver. Un sujet était toujours à l'Institut Philippe Pinel.

5.2.1 L'état clinique des sujets : psychique et physique

Les clients présentent une légère augmentation de l'intensité des symptômes de nature psychologique, surtout en ce qui a trait à la tristesse, la solitude, la difficulté de se concentrer, le sentiment d'être persécuté et l'anxiété générale. D'un autre côté, ils sont moins incohérents et moins prêts à se fâcher et ils ont moins de pertes de mémoire. Il faut souligner que l'infirmier note beaucoup moins souvent la cote « ne sais pas ». Comme il connaît mieux les clients, il semble mieux comprendre leur langage, et leur histoire, à la longue, vient à prendre un sens. De plus, les clients sont probablement plus à l'aise pour parler de leur solitude.

Le nombre de problèmes de santé physique a grandement augmenté chez tous les sujets. Certains ont maintenant des diagnostics qui n'étaient pas notés en décembre. Les problèmes physiques sont-ils réellement plus nombreux? Comme les clients sont mieux connus et plus apprivoisés et que leurs comportements destructeurs semblent contrôlés, il se pourrait que le *case manager* ou la personne elle-même voit mieux les problèmes physiques. Le fait qu'une patiente soit décédée d'un infarctus du myocarde au foyer d'accueil après des visites à l'urgence, une hospitalisation de deux jours et un diagnostic de « pas de problème » indique peut-être qu'il faut prendre plus au sérieux les problèmes physiques des personnes itinérantes. Le journal de bord présente d'ailleurs un *case manager* qui sent que « les choses vont mal » et qui pousse, sans succès, sur le système pour avoir de l'aide pour cette patiente.

5.2.2 Autres aspects de la vie des clients

Concernant les habiletés de vie autonome, on note peu de changements. Plus de sujets veulent vivre en chambre ou dans un logement. Trois sujets manifestent le désir de travailler; chez deux sujets c'est un changement positif : l'un avec un score moyennement plus élevé, l'autre avec un score légèrement plus élevé, le troisième est resté au même niveau. Leur habileté à organiser l'ensemble de leur vie est sensiblement la même. L'administration des finances reste toujours très déficiente.

Au sujet du fonctionnement social, on note peu de changement chez l'ensemble des sujets quoique cinq d'entre eux ont amélioré leur fonctionnement social et ne prennent pas de drogues. On note toujours une absence de réseau social à part les intervenants, le personnel de l'équipe du projet et d'autres professionnels.

Par rapport à la résidence, on observe peu de changement quoiqu'un plus grand nombre de sujets habitent dans une chambre, du moins pour quelques mois.

En ce qui a trait à la collaboration au traitement, on constate une amélioration à cinq des 11 items de l'échelle. Parfois, on passe d'une absence de collaboration en décembre, à la cote 3 ou 4 (souvent) en avril. Il reste trois irréductibles. On semble voir ici l'effet du *reaching out*, soit des efforts pour gagner la confiance et du contrat.

En résumé, on remarque des améliorations chez six sujets, trois semblent moins bien, et trois semblent inchangés. Chez deux sujets, on a trop peu de renseignements pour poser un jugement.

5.3 Les perceptions des intervenants des refuges et des centres de jour quant à la condition des personnes itinérantes

En décembre 1995, selon les intervenants, les sujets du projet présentent, de façon générale, peu de problèmes pour leur refuge ou leur centre. Ils ont un comportement approprié : neuf suivent les règles de la maison et sont polis avec les intervenants et cinq sujets aiment parler avec les gens autour d'eux. Un sujet se met souvent en colère et un autre consomme de l'alcool. Ce n'est que rarement qu'il faut appeler le « 911 ». Six sujets ne prennent pas soin d'eux-mêmes. Au cours des derniers trois mois, quatre sujets auraient été à l'urgence psychiatrique; deux sujets se sont moyennement améliorés tandis que quatre autres présentent une légère amélioration.

En mai 1996, seulement cinq sujets fréquentent régulièrement ces milieux. Deux sujets sont en prison, une dame est décédée, on ne sait où trois d'entre eux demeurent et les autres vivent en chambre. Comme au premier temps de l'étude, les intervenants notent que ces personnes présentent peu de problèmes pour leur centre. Ils voient une amélioration chez trois sujets. Ils font appel au CLSC en cas de besoins ou de demandes relatives à la santé de ces personnes.

6. L'ÉVALUATION GÉNÉRALE DU SUIVI SYSTÉMATIQUE CLINIQUE

6.1 Les opinions de l'équipe du projet (juillet 1996)

Dans le but de comprendre davantage le processus de suivi systématique et ses effets sur la population-cible, nous avons demandé l'opinion des deux membres de l'équipe du projet-pilote.

6.1.1 Le travail auprès des personnes itinérantes

Ce sont les ressources communautaires et les membres de l'Équipe Itinérance qui font les cliniques de rue qui, de façon générale, réfèrent les personnes itinérantes en crise à l'équipe du projet. L'infirmière de rue de l'Équipe Itinérance gagne la confiance d'une personne itinérante qui va ensuite transférer cette confiance vers l'équipe du projet. Le programme Services courants du CLSC réfère aussi des personnes itinérantes et, parfois, un citoyen appelle pour dire qu'un individu semble perturbé et que le CLSC devrait s'occuper de lui. Ces personnes sont référées pour toutes

sortes de raisons telles que des besoins primaires non comblés, des problèmes de santé mentale, des situations de crise, des « causes désespérées », etc.

À eux deux, les professionnels de l'équipe couvrent une gamme étendue d'interventions, de soins physiques de base à l'aide juridique en passant par diverses formes de dépannage, de négociations et de soutien. Les interventions les plus souvent nommées sont l'évaluation de la situation psychosociale et de la condition physique et mentale de la personne, la quête de renseignements de diverses sources, l'offre d'aide et le don d'un objet (café, vêtements, nourriture, médicament, etc.), le contrat qui comprend le plan de suivi avec la personne itinérante et les responsabilités des deux partenaires (le client et le *case manager*), la mise en garde contre des comportements inacceptables, l'encouragement, le soutien, des références organisées et suivies à un service ou à un médecin. Lors des interventions, on met constamment la personne itinérante en face des conséquences de ses actes.

Les membres de l'équipe croient qu'ils font plus pour les hommes que pour les femmes, non seulement parce que ceux-là sont plus nombreux, mais parce que les ressources pour les femmes sont organisées de façon différente. Dans ces ressources, « les femmes sont aidées mur à mur ». Par contre, on pense qu'il n'y a pas assez de ressources appropriées aux femmes.

Les interventions pour les personnes itinérantes non en leur présence sont tout aussi nombreuses : appels à divers intervenants dans des ressources communautaires, des hôpitaux, des services juridiques, etc., visites à ces endroits, discussion dans l'Équipe Itinérance, rencontres particulières avec divers intervenants pour régler des situations problématiques, etc. Les contacts avec la Curatelle sont fréquents ainsi que toutes les démarches relatives aux questions d'argent (sécurité du revenu, médicaments, etc.).

6.1.2 Les facteurs qui nuisent au travail du *case manager* ou le facilitent

Nous étions intéressés à connaître les facteurs qui rendent le travail du *case manager* difficile ou, d'un autre côté, qui facilitent son travail. Trois grands facteurs sont associés à la difficulté de travailler avec les personnes perturbées. C'est leur agressivité, une agressivité généralisée, pas toujours compréhensible, qui n'est pas spécifiquement dirigée vers le *case manager* mais qui crée chez lui un malaise. Garder une attitude de compréhension et d'acceptation face à ces comportements demande une attention soutenue et des valeurs de *caring* peu communes. Un autre facteur se rapporte aux limites de la clientèle qui présente des comportements changeants.

« Il faut souvent revenir à la case départ » exprime bien le sentiment de frustration que peut vivre le *case manager*. Enfin, les limites imposées par la *Loi sur la protection du malade mental* sont majeures en ce sens que les professionnels en psychiatrie ne peuvent soigner la personne itinérante perturbée qui refuse tout traitement sans prendre des mesures légales extraordinaires et coûteuses.

Les deux co-équipiers sont d'accord pour dire que c'est le travail d'équipe et en réseau qui facilite le plus la tâche du *case manager*. Les refuges et les centres qui accueillent les clients et essaient de les aider sont aussi d'un précieux secours pour l'équipe.

6.1.3 Signes indicateurs de l'amélioration des clients

Les membres de l'équipe ont identifié des indicateurs d'amélioration de la condition des clients. Le premier signe est le contact positif du client avec le ou les membres de l'équipe. C'est la confiance qui s'est établie. Comme ces clients sont « farouches » au départ (expression d'un intervenant dans une ressource), parvenir à les apprivoiser est une tâche ardue. La confiance établie avec un membre de l'équipe indique que le client pourra collaborer dans une certaine mesure avec l'équipe et les services de santé. Le client vient alors au CLSC pour des rendez-vous ou pour demander de l'aide. Le *reaching out* est considérablement diminué. Une cliente en prison appelle le *case manager* pour dire « personne d'autre que toi ne vient me voir ».

Un deuxième indicateur est associé à l'administration de médicaments. Prendre des médicaments régulièrement pour de longues périodes de temps ne cadre pas avec une vie d'itinérance. Aussi, lorsque la personne accepte de prendre ses médicaments soit au CLSC, soit au refuge, elle améliore son comportement. Par contre, les effets secondaires, la sensation d'être « corseté » et les réactions pénibles associées à l'ingestion de médicaments et d'intoxiquants tels que les drogues et l'alcool taxent durement la propension de la personne vers la fidélité au régime thérapeutique. Le besoin de garder la confiance du *case manager* qui est souvent la seule source d'aide peut expliquer que certaines personnes continuent à être fidèles.

6.1.4 Le travail avec les ressources communautaires

Les contacts avec les ressources sont fréquents. Il faut se rappeler que nous ne traitons ici que des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux et en période de crise. De plus, une

infirmière de l'Équipe Itinérance visite régulièrement les ressources chaque semaine, de sorte que le *case manager* va dans ces organismes seulement lorsque nécessaire. Les contacts sont très informels, parfois les intervenants appellent mais plus souvent c'est le *case manager* qui demande des nouvelles des clients qu'il suit afin d'assurer la continuité de leurs soins. L'équipe de *case managers* voudrait consacrer plus de temps aux ressources mais, faute de temps, elle doit limiter ses visites.

Ce sont les foyers privés et les centres de jour qui demandent le plus d'aide, surtout pour les sujets qui présentent de multiples problématiques telles que la maladie associée à une intoxication aux drogues ou à l'alcool. D'ailleurs, tous les types de toxicomanie créent des difficultés aux ressources; il en est de même pour les problèmes de comportement, particulièrement les comportements de violence. Quand la personne commence à présenter un comportement perturbateur, la ressource peut décider de la mettre dehors ou d'avertir le *case manager*. Si le comportement s'aggrave, la ressource demande l'aide du « 911 » tout en sachant qu'Urgences Santé n'interviendra pas s'il s'agit d'une intoxication parce qu'elle sait, par expérience, qu'elle se fera dire à l'urgence de l'hôpital : « ce n'est pas un cas pour nous ». Parfois, le malade psychiatrique dans cet état va échouer dans le système judiciaire. En d'autres mots, ce sont les intervenants les moins bien formés pour faire face à la « psychiatrie lourde » qui doivent intervenir en situation de crise, soit les policiers, les intervenants d'Urgences Santé et ceux des refuges.

Les membres de l'équipe du projet parlent de deux grandes difficultés dans leur travail avec les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. D'abord c'est de convaincre ces personnes de se faire soigner. C'est de les amener à respecter leur rendez-vous et à prendre leurs médicaments régulièrement. Mettre des limites à des comportements moins adéquats est aussi une intervention que les intervenants dans les ressources savent moins faire. Aussi, le travailleur social, lors de ses visites dans les centres, aide les intervenants avec ce type d'intervention.

Les relations que les *case managers* entretiennent avec les intervenants des ressources communautaires et la collaboration qui s'établit entre eux sont fondamentales dans les services aux personnes itinérantes. S'entendre avec eux, établir un consensus sur la façon dont on va s'occuper de quelqu'un, des réunions pour discuter de collaboration, faire un plan de soins commun, faire comprendre la dynamique d'une situation, donner un cours intensif en intervention, une forme de supervision, donner du soutien font partie de la liste des moyens prioritaires. Tout ce que le *case manager* fait pour améliorer l'état du client et prévenir des problèmes, particulièrement chez les clients difficiles (médicaments, rendez-vous, cartes de la sécurité du revenu, de la Régie, démarches

auprès de divers services, soins, réponse rapide aux demandes, accompagner un patient dans les dédales des consultations externes et du système judiciaire) donne du soutien et de l'encouragement aux intervenants. Ceux-ci ont besoin d'une oreille attentive quand ils « se vident le cœur » au sujet du « système ». En résumé, les bonnes relations avec les ressources dépendent de l'aide que l'équipe procure aux clients et de la formation qu'elle donne aux intervenants.

Les facteurs relatifs aux ressources qui sont associés à la bonne marche des relations sont l'expérience des intervenants avec la clientèle, la stabilité du personnel, des règles claires pour les personnes itinérantes avec une certaine flexibilité selon la condition de la personne. Il faut tenir compte ici des limites du mandat de l'agence. Un centre d'hébergement de nuit a des objectifs thérapeutiques limités en comparaison avec un centre de jour. Le fait de travailler avec des intervenants stables qui sont bien au courant de la situation de la personne itinérante et de son plan de traitement contribue à rendre le travail plus efficace.

Au sujet des structures, on indique que les heures d'ouverture des ressources communautaires sont appropriées. Les ressources sont venues à la longue à trouver ce qu'elles devaient faire, comment elles devaient fonctionner. Elles pourraient parfois être plus flexibles mais comme plusieurs personnes itinérantes sont très manipulatrices, on risquerait de perdre le contrôle. Il ne semble pas qu'il faille changer le fonctionnement des ressources en place. Au sujet des autres institutions (prison, Curatelle et hôpitaux), on donne diverses opinions. On dit d'une institution : « ils ont grand besoin d'améliorer leur fonctionnement avec nous », quant à une autre : « ils changent toujours de personnel », une autre : « ils font ce qu'il veulent ». Les opinions relatives à certaines institutions sont positives : « nos contacts s'améliorent avec eux »; « ils fonctionnent bien »; « on n'a rien à dire, tout va bien ».

Ce qui préoccupe les membres de l'équipe et rend le travail difficile pour tous les intervenants dans le réseau, ce sont le ou les « chaînons manquants ». Certains clients difficiles sont « barrés » dans tous les centres, ce qui signifie qu'aucun refuge ou centre de jour ne veut les garder. Ils sont perturbateurs, ils ne suivent pas les règles et les consignes et ils causent parfois des dommages aux propriétés matérielles. Selon l'équipe du projet, il faut un autre type de centre de jour, un centre structuré où les clients sont pris en charge et où ils sont occupés à faire des choses intéressantes pour eux.

6.1.5 Le travail avec l'Équipe Itinérance

C'est l'unanimité. Il ne peut y avoir de travail efficace de suivi systématique sans l'appui d'une équipe plus large, composée de plusieurs types de professionnels. Comme les personnes itinérantes présentent des problèmes complexes, des multidiagnostics, des difficultés de toutes sortes, il faut des personnes avec des compétences variées pour les aider. L'équipe permet la continuité des soins, de l'entraide de différentes façons, du soutien au *case manager* qui parfois aurait tendance à se décourager. Chacun dans l'Équipe Itinérance détermine quel rôle il va jouer, chacun contribue à l'élaboration d'objectifs que l'Équipe doit poursuivre par rapport à un client difficile. Les professionnels se donnent des conseils et partagent leurs perceptions face à l'orientation de l'Équipe. On note que les deux membres de l'équipe du projet forment une paire comme deux doigts de la main. Il y a beaucoup de zones grises quand ils sont sur le terrain, mais chacun sait ce qu'il a à faire et comment le faire et l'un sait surtout qu'il peut compter sur l'autre s'il est en panne et vice-versa.

On déplore le petit nombre de membres dans l'Équipe Itinérance pour le grand nombre de personnes à aider. Il faudrait aller plus à l'extérieur rencontrer les personnes très malades dans la rue. Le CLSC pourrait être ouvert plus longtemps ou les professionnels devraient être plus disponibles. Pour ce faire, il faudrait augmenter le nombre d'intervenants. Il faut ajouter une infirmière à plein temps et deux travailleurs sociaux qui pourraient faire du travail en profondeur pour entraîner les personnes itinérantes sur la voie de la réadaptation, de la réorganisation de leur vie plutôt que de rester au niveau du maintien. Les membres de l'Équipe Itinérance pourraient aussi faire une réflexion plus poussée sur le développement d'interventions pour cette clientèle psychiatrique.

6.1.6 Commentaires généraux des membres de l'équipe du projet

Le suivi systématique est un service approprié pour les personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants. L'élément fondamental de ce service est le *reaching out*, c'est-à-dire aller vers les personnes où qu'elles soient et gagner d'abord leur confiance. Après, elles pourront graduellement collaborer avec l'équipe. Le suivi systématique demande beaucoup de temps et de patience. Les modalités d'interventions varient avec les personnes, leur type de pathologie, la complexité de leurs problèmes et leur état de détérioration.

L'équipe du projet croit qu'il faut augmenter l'accessibilité aux services psychiatriques pour ces personnes; il faut améliorer les communications entre les services de santé, l'équipe, les services sociaux, le système judiciaire, etc. De plus, l'équipe pense qu'on ne peut plus entrer dans le système pénal les malades psychiatriques qui commettent des délits; la prison n'est pas un endroit approprié pour eux. Aussi, la *Loi sur la protection du malade mental* doit être améliorée.

Au sujet de la résidence des personnes itinérantes, les membres de l'équipe en viennent à la conclusion qu'il devrait y avoir des centres de jour où les personnes seraient plus encadrées et occupées à faire des choses qui les intéressent, de l'ergothérapie par exemple. « Le problème fondamental de l'itinérant, c'est l'ennui, la solitude. Il est seul! C'est épouvantable en fin de semaine, il n'a pas d'endroit où aller ». Selon eux, il faut aussi des résidences permanentes supervisées, des foyers d'accueil avec des restrictions pour les comportements inacceptables. Enfin, il faut une forme « d'asile » et non une prison. Il faut l'asile pour les plus malades, pour les soigner, les protéger, les encadrer et leur donner une médication et une thérapie appropriées pour la période de temps requise par leur condition.

6.2 L'opinion de l'Équipe Itinérance

Les membres de l'Équipe Itinérance (environ 10 personnes) ont donné leur opinion sur les services à la population-cible. Ils contestent l'opinion populaire que l'itinérance est un choix et qu'il faut laisser les personnes itinérantes vivre leur folie en liberté, si elles ne dérangent pas. L'itinérance est plutôt une conséquence de la maladie. Selon eux, ceux qui souffrent de maladie mentale ont besoin de soins. Le présent système de santé n'est pas adapté à cette population. Il est important à l'heure actuelle de ne pas fermer trop de lits dans les services psychiatriques. Il faut en garder pour ces clients qu'on peut réussir à « amadouer » et à soigner adéquatement sans les renvoyer rapidement à la rue.

Il faut créer un réseau de services intégrés pour cette population et développer le suivi et la liaison avec l'Équipe Itinérance. Il n'est probablement pas nécessaire de créer de nouvelles ressources mais plutôt de modifier ou d'élargir le rôle de certaines. On propose de rendre permanent le service de suivi systématique et d'augmenter le nombre de professionnels qui font ce service, de garder des lits pour cette population (environ 15), et de faire d'une ressource en toxicomanie, une urgence alternative.

6.3 L'évaluation du suivi systématique par des ressources communautaires et diverses institutions

L'équipe du projet a travaillé étroitement avec les ressources communautaires, des salles d'urgence, des foyers privés, des prisons et la Curatelle. Il était donc nécessaire de connaître leur opinion concernant l'utilité du suivi systématique pour eux et pour les personnes itinérantes. Quatre ressources communautaires et un foyer ainsi que deux hôpitaux, une prison et un intervenant à la Curatelle ont répondu au questionnaire sur le sujet en mai 1996. Six intervenants n'ont pas retourné le questionnaire.

Les tableaux qui suivent (tableaux 4, 5 et 6) présentent les données de l'évaluation du suivi systématique faite par les neuf répondants qui indiquent avoir reçu de l'aide de l'équipe du projet. Trois de ces répondants voudraient plus d'aide pour certaines personnes itinérantes. Les sujets traités dans les tableaux sont : la satisfaction des répondants relative aux services reçus, la contribution du suivi systématique à l'amélioration de la condition des personnes itinérantes et du fonctionnement des services et l'évaluation globale du suivi systématique. Par la suite, nous présentons certaines remarques des répondants relatives à ces sujets.

Tableau 4
Satisfaction des répondants (N=9)

Sujets traités/ niveau de satisfaction	Élevé*	Moyen	Faible**
Disponibilité de l'équipe	8	1	-
Facilité des contacts	8	1	-
Communication au sujet des personnes itinérantes	8	-	1
Services du suivi systématique offerts	7	1	1
Qualité des interventions	7	2	-
Soutien aux personnes itinérantes suivies	7	2	-
Soutien aux intervenants	7	1	1

* comprend « très élevé »

** comprend « très faible »

Toutes les institutions ont grandement apprécié les services de l'équipe du projet, particulièrement en ce qui a trait à l'aide donnée aux personnes itinérantes. Les personnes qui présentent des multiples problèmes tels que la schizophrénie, l'abus de drogues et d'alcool et qui se

désorganisent constamment leur créent beaucoup de difficultés. Un intervenant manifeste son appréciation : « ils ont réussi à stabiliser et à suivre des personnes dont la seule alternative était l'hôpital ou la prison ».

Si les services aux personnes itinérantes sont très appréciés par les organismes communautaires, l'information sur les services et sur le projet et le soutien donné aux intervenants dans les ressources communautaires le sont un peu moins. Selon eux, le projet est axé sur la prise en charge des patients et pas assez sur la façon d'habiliter et d'aider les intervenants des ressources communautaires dans leur travail. Cette remarque avait d'ailleurs été faite par les deux professionnels de l'équipe qui déploraient ne pas avoir assez de temps pour former davantage les intervenants des ressources. Ces derniers ont émis des suggestions telles que : donner plus d'information, élargir l'équipe du projet à cause des besoins grandissants et complexes de la population itinérante, faire des rencontres et des études de cas, identifier les personnes qui sont en voie de décompensation (crise) et avec lesquelles les intervenants pourraient être pro-actifs sans tomber dans l'excès, continuer la collaboration étroite et ouverte et favoriser des liens étroits entre tous les services qui s'occupent d'une personne.

Tableau 5

Contribution du suivi systématique à l'amélioration de la condition des personnes itinérantes et des services (N=9)

Sujets traités / intensité	Beaucoup	Moyen	Peu*	Nsp
Prévenir des crises chez les personnes itinérantes	3	4	2	-
Suivi des soins psychiatriques	5	2	2	-
Comblent une lacune dans la continuité des soins	6	-	3	-
Faire le lien avec le psychiatre traitant	4	2	2	1
Faciliter la prise de médicaments	6	1	1	1
Respecter les rendez-vous chez le psychiatre	5	1	2	1
Faciliter le travail des intervenants	7	-	2	-
Mieux connaître la problématique psychiatrique	3	-	6	-
Mieux outiller l'intervenant	3	1	5	-
Soutien aux intervenants	4	2	3	-
Appuyer le travail des psychiatres-parrains	-	2	5	2
Améliorer la collaboration entre la ressource et l'Équipe Itinérance	6	3	-	-
Agrandir le réseau de collaboration	3	4	2	-

* Comprend la cote « aucunement »

Tableau 6
Évaluation globale du suivi systématique (N=9)

Activités du suivi systématique	Oui	Non
Répondent à nos attentes	7	2
Sont adaptées aux personnes itinérantes	8	1
Sont adaptées à la réalité de la ressource	8	-
Sont bénéfiques pour la ressource	8	1
Doivent être poursuivies et développées	8	-

Les répondants sont unanimes sur la nécessité de poursuivre le suivi systématique et de le développer davantage, sur l'importance du suivi systématique et de l'encadrement des personnes surtout les plus malades; ils sont unanimes aussi sur la nécessité de logements et de chambres supervisés pendant 24 heures et de centres de jour qui offriraient des programmes et des services selon les besoins des personnes itinérantes.

On note de l'insatisfaction face aux services actuels des centres hospitaliers surtout en ce qui a trait aux renseignements donnés aux ressources, à l'organisation d'un suivi, à la création de liens avec la clientèle. Toutefois, certains hôpitaux collaboreraient davantage que d'autres.

Lorsqu'il est question de suggestions pour améliorer la condition de santé et la qualité de vie des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, on parle 1) de logements et de chambres supervisés et de centres d'accueil appropriés, 2) de donner plus d'aide aux centres de jour afin qu'ils développent des programmes d'insertion sociale, 3) d'augmenter le suivi systématique afin d'assurer le suivi des clientèles et 4) d'une meilleure collaboration entre les hôpitaux et les ressources. On demande une reconnaissance de l'importance du rôle des ressources communautaires qui veulent et peuvent travailler avec les ressources professionnelles. Les hôpitaux présentent aussi des suggestions semblables et ils appuient sur la nécessité de cliniques de rue et de faire administrer la médication quotidiennement par le CLSC ou un intervenant identifié; de plus, ils croient en la nécessité « d'un réseau d'aide à la portée des personnes itinérantes et non l'hôpital que ces personnes n'aiment pas ».

Il faut noter que les neuf intervenants qui ont répondu au questionnaire sont probablement les plus positifs envers le suivi systématique. Quelle est l'opinion des six autres? Il se pourrait

qu'ils aient eu moins de contacts avec l'équipe du projet ou avec des clients suivis par le *case manager*, et ils auraient préféré ne pas répondre au questionnaire, se sentant moins concernés. Les suggestions faites par les répondants rejoignent celles des membres de l'équipe du projet et de l'Équipe Itinérance. Il semble que l'amélioration de la qualité de vie des personnes itinérantes dont il est question dans le texte passe par l'amélioration de la résidence et du milieu de vie.

7. DISCUSSION

Nous avons décrit sommairement le suivi systématique clinique dans le but d'avoir une meilleure compréhension des interventions auprès des personnes itinérantes en difficulté. Cette description donne également une image des comportements de ces personnes itinérantes tels que de la méfiance, de l'impatience, du manque de maturité, de la difficulté à fonctionner dans plusieurs sphères de la vie. Elles n'ont pas de réseau social autre que les intervenants dans les ressources; elles n'ont plus le désir de travailler et elles semblent incapables de gérer leurs finances. Même dans un refuge de 100 personnes, elles sont seules.

On observe que le comportement des personnes itinérantes change avec le suivi systématique d'un *case manager*. On a l'impression que ces personnes prennent conscience de leur condition, d'où leur état de tristesse plus marqué. Il est intéressant de noter le grand nombre de problèmes physiques importants identifiés par le *case manager* à la fin du projet. Il semble qu'avec une meilleure connaissance de la personne et une diminution des manifestations de « déviance », le *case manager* puisse mieux évaluer la globalité de la santé de la personne; il est fort probable aussi que la personne elle-même ressente plus ce type de problèmes car elle est moins sous l'effet d'intoxicants et elle peut exprimer davantage ses besoins et ses malaises.

Le suivi systématique n'a duré que de six à onze mois. On a observé au cours de cette période des changements positifs tels que l'établissement de la confiance entre le *case manager* et la personne, confiance qui se transfère aux membres de l'Équipe Itinérance. De plus, les personnes suivies collaborent mieux en ce qui a trait à la prise de médicaments et aux exigences du contrat. Il n'y a plus de *reaching out* comme au début du projet.

Les données recueillies auprès des intervenants des ressources et des établissements indiquent leur besoin de formation pour prendre soin de ces personnes, surtout pour imposer des

limites et gérer les crises. La durée limitée du projet-pilote n'a pas permis ce type d'intervention. Toute mise en place d'un suivi systématique de façon permanente devra tenir compte de cet élément. Les données recueillies démontrent aussi la nécessité de relations étroites entre tous les intervenants dans le réseau, que ce soit l'Équipe Itinérance, les ressources communautaires ou les établissements appelés à intervenir auprès des personnes itinérantes tels que les hôpitaux, les prisons, la Curatelle, Urgences Santé et le Service de police. La *Loi sur la protection du malade mental* demeure une embûche qui entrave le travail des professionnels et, conséquemment, celui des intervenants dans les ressources, des policiers et des techniciens-ambulanciers. Des modifications devraient y être apportées pour permettre aux professionnels de traiter les plus grands malades qui refusent le traitement.

L'étude de l'intervention de suivi systématique clinique et les réflexions des professionnels et des intervenants soulèvent bien des questions. Le suivi systématique clinique peut améliorer la condition de certaines personnes itinérantes mais pour combien de temps dans le système actuel? Peut-on maintenir ces acquis en l'absence de ressources communautaires et de milieux de vie adaptés aux besoins de cette population? Comme on l'a vu, le suivi systématique comprend un ensemble d'activités menées dans le cadre d'une approche d'acceptation inconditionnelle de la personne (et non des comportements perturbateurs). Si on tente de classer les activités du *case manager* dans le cadre de référence de Kanter (1989), on observe des différences par rapport à trois classes d'activités, des différences dues au fait qu'il s'agit ici de personnes itinérantes. D'abord, l'*outreach*, fondamental au travail du *case manager* auprès des personnes itinérantes, n'est pas clairement explicité par Kanter. Ensuite, les sujets dans notre projet n'ont pas de famille ou ne parlent pas de leur famille, aussi le *case manager* ne note pas de collaboration avec la famille. Enfin, Kanter parle de *intermittent individual psychotherapy*. Ce sujet de psychothérapie offerte aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants est peu discuté dans les écrits sur le suivi systématique. On fait constamment référence aux services, au suivi systématique sans spécifier le rôle du psychiatre mise à part la prescription de psychotropes. Le *case manager*, s'il est infirmier, donne la médication sur la recommandation du psychiatre. La lecture des journaux de bord indique que le *case manager* conseille le client sur ses relations sociales, sur le contrôle de ses impulsions, sur l'estime de soi, etc. Il établit une relation de confiance dite thérapeutique; il respecte les défenses du client, il explore avec lui ce que ce dernier peut atteindre comme objectif et il prend en considération les limites et les faiblesses du client dans les demandes qu'il lui fait. Peut-on parler de psychothérapie? Il ne semble pas que les personnes itinérantes suivies dans le projet puissent s'engager, dans les premiers six mois du suivi systématique, dans un processus très complexe d'évaluation de leur propre comportement. Les personnes itinérantes traitées ici souffrent de troubles mentaux sévères, alors quelle thérapie est

indiquée pour elles? Après qu'on leur a donné de la nourriture, des médicaments, des vêtements et qu'on leur a trouvé une chambre ou une pension acceptable, après qu'on a soigné leurs plaies, après tous ces services, peut-on ou doit-on les engager dans un processus thérapeutique qui leur permettra de résoudre leurs problèmes et de réorienter leur vie? Les services psychiatriques actuels peuvent-ils atteindre cet objectif? Peuvent-ils atteindre cet objectif si l'individu n'a pas un milieu stable et sécuritaire?

C'est d'une voix unanime que tous veulent que le suivi systématique continue et soit développé afin d'élaborer de nouveaux modes d'intervention bien adaptés à cette population. C'est aussi le désir clairement exprimé par tous les répondants que des solutions soient trouvées au problème de la résidence des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. On suggère des centres de jour qui pourraient mettre sur pied des programmes de réinsertion sociale, et des organismes qui concevraient des résidences supervisées où les personnes itinérantes qui répondent moins bien au suivi systématique clinique seraient encadrées et amenées à poursuivre des activités qui les intéressent. On pense que certaines ressources communautaires pourraient envisager d'adapter leur mission dans ce but sans que l'on ait à créer de nouvelles ressources. Neubauer (1993) nous incite toutefois à la prudence lorsqu'il est question de résidences ou de logements supervisés. Dans une étude auprès des refuges de nuit dans le comté de Montgomery, des 170 personnes itinérantes qui ont répondu à un questionnaire sur le sujet, la plupart (67%) disent qu'elles veulent vivre dans leur propre logement. Trente-trois pour cent (33%) des hommes et 23% des femmes voulaient de la supervision tandis que 3,5% des répondants préféraient le refuge. Ces résultats démontrent que les personnes itinérantes ont un grand besoin d'indépendance et celles qui souffrent de troubles mentaux devraient être consultées au sujet de leur résidence quand on parviendra à mettre en place des programmes de réadaptation sociale.

Auparavant, nous avons suggéré que le modèle de suivi systématique étudié ici s'apparentait au deuxième modèle de Ross (1980); il semble qu'il faille plutôt adopter le modèle global (le troisième modèle) modifié qui englobe tous les services du modèle de *outreach* et de coordination ainsi que la création de ressources appropriées et la réadaptation sociale. En ce sens, les professionnels et les intervenants des ressources ont bien compris les lacunes du système actuel. En fait, tous ont compris : les auteurs américains et canadiens qui étudient depuis 20 ans les bénéfices et les limites du suivi systématique, les professionnels qui s'occupent de façon permanente ou intermittente des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, les intervenants dans les ressources de toutes sortes, les policiers, etc. Alors, comment se fait-il qu'en 1999, on ne parvient pas à améliorer davantage le sort de ces personnes? Dès 1976, Test et Stein proposaient que les services soient orientés vers un système véritablement

intégré dans lequel toutes les interventions sont organisées de façon cohérente entre le traitement, la réadaptation et l'intégration sociale. À qui devrait incomber la responsabilité de mettre sur pied un système intégré dont la finalité est l'intégration dans la société des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux?

Nous sommes d'accord avec Gélinas (1997) qui, se référant à Curtis *et al.* (1996) et à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (1996), considère que :

dans le contexte de la mondialisation de l'économie qui ordonne à l'État de réduire les coûts par une rationalisation des services, il est à craindre que le suivi intensif, quoiqu'essentiel, ne soit objectivement orienté vers la survie, s'il ne s'accompagne pas de politiques de logement social et d'accès au marché du travail par des aménagements adaptés au niveau de la sécurité du revenu (p. 14).

8. CONCLUSION

L'expérience de suivi systématique révèle l'importance fondamentale des conditions de vie des personnes itinérantes qu'on veut aider, notamment le fait d'avoir un toit et un revenu. Or, le plus souvent, les organismes communautaires leur assurent ces conditions et leur offrent le soutien en remplacement d'une famille ou d'un réseau de soutien inexistant.

L'expérience-pilote de suivi systématique s'avère concluante malgré sa courte durée et les ressources limitées qui y furent affectées. L'évaluation de l'expérience confirme que l'approche a permis d'améliorer la condition des sujets, leur collaboration aux soins et a facilité le travail des intervenants des ressources communautaires et des institutions concernés. Les *case managers* ont réussi à apprivoiser les personnes et à entreprendre des démarches de soins psychiatriques et de réinsertion sociale.

Les participants dans cette étude suggèrent une approche multidisciplinaire d'*outreach* et de suivi systématique clinique dans la communauté, le développement de ressources d'hébergement avec encadrement, lorsque nécessaire, et la mise sur pied de programmes de réadaptation psychosociale. Enfin, l'intervention auprès de cette population doit être concertée, coordonnée, offrir toute la gamme de services requis et impliquer de façon active tous les acteurs concernés.

BIBLIOGRAPHIE

- A.Q.R.P. 1996. *À propos de l'intégration au travail et de la sécurité du revenu des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*. Document d'orientation de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Québec.
- Baker, F. et J. Intagliata. 1991. « Case Management ». In *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R.P. Liberman (Ed.). New York : MacMillan Publishing Company, p. 213-243.
- Bawden, E. L. 1990. « Reaching Out to the Chronically Mentally Ill Homeless ». *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 28, no 3, p. 6-13.
- Bush, C. T. *et al.* 1990. « Operation Outreach : Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, no 6, p. 647-649.
- Butler Slagg, N., J. Lyons, J. A. Cook, D. J. Wasmer et R. Amity. 1994. « A Profile of Clients Served by a Mobile Outreach Program for Homeless Mentally Ill Persons ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, no 11, p. 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, no 3, p. 171-188.
- Cohen, N. L. 1990. « Stigma Is in the Eye of the Beholder : A Hospital Outreach Program for Treating Homeless Mentally Ill People ». *Bulletin of the Meninger Clinic*, vol. 54, p. 255-258.
- Cohen, N. L. et L. R. Marcos. 1992. « Outreach Intervention Models for the Homeless Mentally Ill ». In *Treating the Homeless Mentally Ill*, A Task Force Report of the American Psychiatric Association., H. R. Lamb, L. L. Bachrach et F. I. Kass (Eds). Washington : American Psychiatric Association.
- Cohen, N. L. et S. Tsemberis. 1991. « Emergency Psychiatric Intervention on the Street ». *New Directions for Mental Health Services*, no 52, p. 3-16.
- Comité des sans-abri de la Ville de Montréal. 1987. *Vers une politique municipale pour les sans-abri*. Montréal : Ville de Montréal.
- Cunnane, E., W., Wyman, A., Rotermant et R. Murray. 1995. « Innovative Programming in a Community Service Center ». *Community Mental Health Journal*, vol. 31, no 2, p. 153-161.
- Curtis, L. C. , B. Tanzman, S. McCabe et P. J. Carling. 1996. *Supported Housing and Community Support Services : Introduction and Resources for Staff*. Burlington : Department of Psychology, John Dewey Hall, University of Vermont.
- Dixon, L. B., N. Krauss, E. Kernan, A. F. Lehman et B. R. Deforge. 1995. « Modifying the PACT Model to Serve Homeless Persons with Severe Mental Illness ». *Psychiatric Services*, vol. 46, no 7, p. 684-688.

- Drake, R. E. et B. J. Burns. 1995. « Special Section on Assertive Community Treatment : An Introduction ». *Psychiatric Services*, vol. 46, no 7, p. 667-668.
- Gélinas, D. 1997. « Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants ». *Intervention*, no 107, p. 8-17.
- Goering, P. N., D. A. Wasylenki, M. Farkas, W. J. Lancee et R. Ballantyne. 1988. « What Difference Does Case Management Make? ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 6, p. 577-579.
- Greene, R. R. et B. S. Vourlekis. 1992. *Social Work : Case Management*. Vourlekis and Greene, editors. New York : A. de Gruyter, p. 6-22.
- Kanter, J. 1989. « Clinical Case Management ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 40, no 4, p. 361-368.
- Marcos, L. R., N. L. Cohen, D. Nardacci et J. Brittain. 1990. « Psychiatry Takes to the Street : The New York City Initiative for the Homeless Mentally Ill ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, no 11, p. 1557-1561.
- Maurin, J. T. 1990. « Case Management : Caring for Psychiatric Clients ». *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 28, no 7, p. 7-12.
- Moxley, D. P. 1989. *The Practice of Case Management*. A Human Services Guides, vol. 58. Newbury Park, California : Sage Publications.
- Nadeau, B. 1989. « Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire ». *Santé mentale au Québec*, vol. 14, no 2, p. 51-59.
- Nadon, M. et C. Thibault. 1993. *Suivi systématique de clientèles*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Neubauer, R. 1993. « Housing Preferences of Homeless Men and Women in a Shelter Population ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no 5, p. 492-494.
- Radol Raiff, N. et B. K. Shore. 1993. *Advanced Case Management. New Strategies for the Nineties*. A Human Services Guides, vol. 61. Newbury Park, California : Sage Publications.
- Ross, H. 1980. *Proceedings of the Conference on the Evaluation of Case Management Programs* (March 5-6, 1979). Los Angeles : Volunteers for Service to the Older Persons.
- Solomon, P. 1992. « The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients ». *Community Mental Health Journal*, vol. 28, no 3, p. 163-179.
- Swayze, F. V. 1992. « Case Management with the Homeless Mentally Ill ». In *Treating the Homeless Mentally Ill*, A Task Force Report of the American Psychiatric Association., H. R. Lamb, L. L. Bachrach et F. I. Kass (Eds). Washington : American Psychiatric Association, p. 203-220.
- 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. X1, no 1, p. 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.
- Test, M. A. et L. I. Stein. 1976. « Practical Guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients ». *Community Mental Health Journal*, vol. 12, no 1, p. 72-82.
- Thibaudeau, M.-F., J. Fortier et P. Campeau. 1997. *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions*. Rapport de recherche. Montréal : CLSC des Faubourgs.
- Wasylenki, D. A., P. N. Goering, D. Lemire, S. Lindsey et W. Lancee. 1993. « The Hostel Outreach Program : Assertive Case Management for Homeless Mentally Ill Persons ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no 9, p. 848-853.
- Witheridge, T. F. 1991. « The « Active Ingredients » of Assertive Outreach ». *New Directions for Mental Health Services*, no 52, p. 47-64.