

Les cahiers de recherche du

**C R I**

*Collectif de Recherche sur l'Itinérance*

---

**LES PERSONNES ITINÉRANTES ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES  
À MONTRÉAL**

**Marie-France Thibaudeau**

**Jean Fortier**

**Paule Campeau**

**Juin 1999**



Les cahiers de recherche du

**CRI**

*Collectif de Recherche sur l'Itinérance*

---

**LES PERSONNES ITINÉRANTES ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES  
À MONTRÉAL**

**Marie-France Thibaudeau**

Professeure émérite

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Jean Fortier**

Agent de recherche

CLSC des Faubourgs

**Paule Campeau**

Étudiante au doctorat

Département de sociologie, Université du Québec à Montréal

**Juin 1999**



## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	
Remerciements.....	
Présentation.....	
1. La problématique.....	
1.1 Les urgences psychiatriques de garde .....	
1.2 Les objectifs de la recherche.....	
2. Les écrits sur les personnes itinérantes et les services psychiatriques.....	
2.1 Le profil des personnes itinérantes .....	
2.2 Le rapport des personnes itinérantes aux services psychiatriques.....	
2.3 Les caractéristiques des services psychiatriques et la réponse aux besoins.....	
2.4 L'approche coercitive.....	
3. La méthode et les outils de recherche .....	
4. La clientèle des urgences psychiatriques de garde.....	
4.1 Les caractéristiques sociodémographiques .....	
4.1.1 Le sexe et l'âge .....	
4.1.2 Le lieu de résidence des personnes itinérantes.....	
4.1.3 Le revenu.....	
4.2 Les modes et les motifs de fréquentation de l'urgence psychiatrique.....	
4.2.1 Les intervenants référents.....	
4.3 L'intervention de l'urgence psychiatrique de garde.....	
4.3.1 La vérification des antécédents hospitaliers .....	
4.3.2 Le diagnostic psychiatrique.....	
4.3.3 Les services offerts par l'urgence psychiatrique.....	
4.3.4 Les dispositions prises lors du congé.....	

5. Les perceptions du phénomène par les intervenants .....  
5.1 Le profil des personnes itinérantes .....  
5.2 L'utilisation des urgences psychiatriques.....  
5.2.1 L'attitude des personnes itinérantes face aux soins .....  
5.3 L'intervention des équipes des urgences et des intervenants référents.....  
5.3.1 Le rôle des intervenants des urgences psychiatriques .....  
5.3.2 Le rôle des intervenants référents .....  
5.4 Les principales contraintes à l'intervention.....  
5.4.1 Le manque de renseignements sur les personnes .....  
5.4.2 Les limites légales .....  
5.4.3 Les difficultés de collaboration.....  
5.4.4 Le protocole pour l'application de la sectorisation .....  
5.5 Une organisation idéale des services psychiatriques.....  
5.5.1 Une approche de suivi systématique clinique dans le milieu.....  
5.5.2 La centralisation des renseignements et des services psychiatriques.....  
5.5.3 Développer l'hébergement et les services aux toxicomanes.....  
5.5.4 L'assouplissement de l'application de la loi.....  
5.5.5 Un plan régional d'intervention spécifique et une volonté politique .....

6. Discussion .....  
Conclusion.....  
Bibliographie.....

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données .....	16
Tableau 4.1	
Nombre de personnes itinérantes par urgences psychiatriques.....	18
Tableau 4.2	
Âge de la personne itinérante selon le sexe et la provenance (N et %).....	20
Tableau 4.3	
Type d'hébergement de la personne itinérante selon la provenance.....	21
Tableau 4.4	
Source de revenu de la personne itinérante selon la provenance .....	22
Tableau 4.5	
Type de diagnostic psychiatrique selon la provenance de la personne itinérante.....	25
Tableau 4.6	
Type de services offerts et acceptés par les personnes itinérantes selon leur provenance.....	
Tableau 4.7	
Type de dispositions prises selon la provenance de la personne itinérante .....	28



## PRÉSENTATION

Ce document est inspiré du rapport de recherche des mêmes auteurs intitulé *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions* remis à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre en avril 1997. Ce rapport, réalisé dans le cadre d'un projet mené au CLSC des Faubourgs, comporte deux parties. La première décrit les résultats d'une recherche sur la fréquentation par les personnes itinérantes des urgences psychiatriques de garde de la région de Montréal (6A) durant une année et la deuxième étudie l'expérimentation de deux approches d'intervention, soit le maillage et le suivi systématique clinique (*case management*). Le rapport étant relativement volumineux et n'ayant été rendu disponible qu'aux organismes et institutions ayant participé à la recherche, les auteurs, en collaboration avec le Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI), ont décidé d'en tirer deux synthèses s'adressant tout particulièrement aux intervenants du milieu concernés par la problématique. Cette première synthèse présente les résultats de la recherche : le profil des personnes itinérantes qui fréquentent les urgences psychiatriques de garde, les services qui leur sont dispensés et la perception du phénomène par les intervenants tandis que la deuxième<sup>1</sup> décrit et analyse l'expérimentation du suivi systématique clinique (*case management*) réalisé par l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs qui s'est avérée l'expérimentation la plus concluante du projet.

---

<sup>1</sup> Thibaudeau, Marie-France, Verenka, Pierre et Fortier, Jean. 1999. *Le suivi systématique clinique des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants*. Cahiers de recherche du CRI. Montréal : Collectif de recherche sur l'itinérance.

## 1. LA PROBLÉMATIQUE

Depuis une dizaine d'années à Montréal, la dispensation des services psychiatriques aux personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants<sup>2</sup> et qui sont en crise ou en difficulté pose problème aux intervenants des milieux communautaires et à ceux du réseau public de la santé et des services sociaux. En 1990, dans la foulée de l'Année internationale des sans-abri (qui a eu lieu en 1987), la Ville de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux mettaient sur pied un Plan conjoint de services pour les personnes itinérantes de Montréal. Ce dernier prévoyait diverses mesures pour s'attaquer à ce problème dont la mise sur pied d'une Équipe Itinérance multidisciplinaire au CLSC Centre-Ville<sup>3</sup>, d'une équipe de psychiatres-parrains et d'une équipe de *case management* à Diogène. L'équipe du CLSC des Faubourgs était mandatée pour intervenir à Dernier Recours Montréal en vue de faciliter l'accès de la clientèle aux services du réseau de la santé et des services sociaux et particulièrement aux services psychiatriques. L'année suivante, un comité aviseur au ministre de la Santé et des Services sociaux, présidé par le Dr Jocelyn Aubut, évaluait la situation des services offerts aux personnes itinérantes souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie et formulait des recommandations. Pour sa part, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux recevait, en 1994, le rapport d'un Comité aviseur Itinérance multiproblématique qu'elle avait mandaté pour formuler un projet de services spécialisés pour cette même population.

Au centre-ville de Montréal, les intervenants des organismes communautaires et ceux de l'Équipe Itinérance<sup>4</sup> 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.

---

<sup>2</sup> Nous employons ce terme dans le même sens que *chronique* pour désigner les troubles qui perdurent dans le temps même si la personne n'est pas toujours en crise.

<sup>3</sup> Depuis, le CLSC Centre-Ville a été regroupé avec le CLSC Centre-Sud pour former le CLSC des Faubourgs.

<sup>4</sup> L'équipe multidisciplinaire compte un coordonnateur, deux travailleurs sociaux, deux infirmières, un médecin à demi-temps, des psychiatres-consultants à temps partiel et une secrétaire.

Dans cette recherche, sauf indication contraire, nous entendons par personne itinérante, une personne qui n'a pas de logement stable, sûr et salubre pour les soixante jours à venir, qui est dépourvue d'un réseau de soutien significatif et qui a de faibles revenus ou n'en a aucun. Il s'agit de la définition généralement utilisée dans le milieu, formulée par le Comité des sans-abri de la Ville de Montréal (1987) et reprise par le gouvernement du Québec dans son *Protocole interministériel sur le phénomène de l'itinérance au Québec* (1993).

## 1.1 Les urgences psychiatriques de garde

Comme les services psychiatriques sont sectorisés sur l'île de Montréal, les services d'urgence psychiatriques à la population itinérante sont régis par le *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*<sup>5</sup> (Szkrumelak et Prelevic, 1992). Il s'agit d'une entente entre les services de psychiatrie qui répartit la garde à chaque semaine entre les 14 urgences psychiatriques<sup>6</sup> de la région à tour de rôle. L'urgence de garde a la responsabilité d'évaluer et de traiter les personnes itinérantes qui sont amenées à l'urgence par la police et par Urgences Santé. Le protocole concerne les patients adultes (âgés de 18 ans et plus), a sa propre définition de la personne itinérante pour fins psychiatriques, exclut les personnes souffrant de certains troubles et prévoit les services à offrir et des règles de fonctionnement. Sont considérés comme itinérants :

a) les patients avec adresse en dehors des régions sectorisées à Montréal; b) les patients avec adresse inconnue ou incertaine; c) les patients avec aucune adresse stable, significative. [...] Les patients itinérants doivent avoir un diagnostic de TROUBLE FONCTIONNEL. Les Troubles organiques, la Déficience mentale et l'usage abusif de drogue ou d'alcool SONT EXCLUS de la définition de l'itinérance pour fins psychiatriques (Szkrumelak et Prelevic, 1992 : section 6.01).

Ne sont pas soumis à ce protocole les patients itinérants qui se présentent d'eux-mêmes dans l'urgence de leur choix (section 6.03), ni les patients traités activement dans une des unités du service de psychiatrie en deçà des six derniers mois (section 6.08). Quant aux personnes itinérantes hébergées dans des ressources, elles doivent être dirigées vers le centre hospitalier du secteur où se situe la ressource (section 6.05). Le protocole prévoit l'offre de trois types de

---

<sup>5</sup> Afin de ne pas être répétitif, nous utiliserons à l'occasion le terme protocole de sectorisation ou tout simplement celui de protocole.

<sup>6</sup> Ce nombre est passé à douze suite à la fermeture des hôpitaux Reddy Memorial et Reine Elizabeth.

services psychiatriques : “ l'évaluation psychiatrique à l'urgence; l'observation et-ou hospitalisation si requis; et l'amorce d'un traitement en interne et suivi en externe ” (section 6.07).

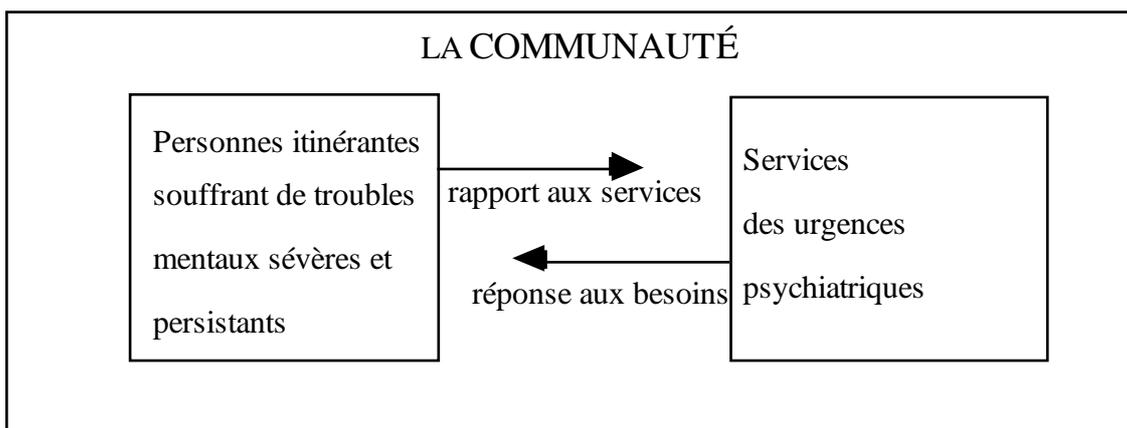
## **1.2 Les objectifs de la recherche**

Les intervenants des organismes communautaires et ceux de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs doivent faire face régulièrement aux lacunes des services psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Souvent, ces dernières vivent une crise ou éprouvent des difficultés dans les ressources communautaires. Dans ces situations, les intervenants se disent dépourvus et font appel à l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs qui se trouve elle-même confrontée aux limites du système des soins psychiatriques pour cette population. Puisque les urgences psychiatriques de garde constituent la principale ressource psychiatrique disponible et fréquentée par les personnes itinérantes, cette équipe présentait à la fin de 1993 un projet de recherche et d'expérimentation à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Le projet avait un double objectif : 1) mieux cerner le phénomène des services psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants en crise ou en difficulté dans la région de Montréal (06), en particulier celui des urgences psychiatriques de garde et 2) améliorer l'intervention auprès de cette population. Le projet fut accepté l'année suivante et a été réalisé de 1995 à 1997.

De façon plus spécifique, la recherche visait à connaître le nombre de personnes itinérantes rejointes par le système des urgences de garde, leurs principales caractéristiques de même que les services dispensés par les urgences psychiatriques. Elle voulait aussi connaître le point de vue des principaux intervenants directs du système. Elle désirait également vérifier l'hypothèse d'un “ noyau dur ” de personnes itinérantes fréquentant le circuit des urgences de garde de façon répétitive. Seule une étude non publiée de Migneault (1993) existait sur la clientèle itinérante de la semaine de garde de l'urgence psychiatrique de l'hôpital Douglas. Par contre, elle ne visait pas à étudier le fonctionnement des urgences psychiatriques comme tel ni à évaluer le Protocole pour l'application de la sectorisation. Nous présentons successivement un aperçu des écrits sur le phénomène, de la méthodologie et des résultats de la recherche.

## **2. LES ÉCRITS SUR LES PERSONNES ITINÉRANTES ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES**

Plusieurs études portent sur les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et sur leurs rapports avec les services psychiatriques, surtout aux États-Unis depuis 1980 (Bachrach, 1990, 1992; Butler-Slagg, 1994; Cohen, 1990; Cohen et Tsemberis, 1991; Farr, 1986; Lamb, 1983, 1990, 1992; Lipton, 1983; Roth et Bean, 1986). On retrouve aussi un certain nombre d'études québécoises depuis la fin des années 1980 (Comité aviseur Itinérance multiproblématique, 1994; Fournier, 1991; Fournier et Mercier, 1989, 1996; Fournier et Ohayon, 1993; Laberge et Morin, 1995; Plante et Monette, 1990; Comité aviseur auprès du MSSS, 1991; Robert, 1990). Cette recension des écrits permet de découvrir que les principaux aspects du phénomène sont bien connus et que bon nombre de solutions intéressantes sont mises de l'avant par leurs auteurs. Nous présenterons ces études selon le schéma suivant : d'une part, les caractéristiques des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et leurs rapports aux services des urgences psychiatriques et d'autre part, les caractéristiques de ces services psychiatriques et leur réponse aux besoins de cette clientèle.



## 2.1 Le profil des personnes itinérantes

Dans une conférence présentée à Montréal en 1990, Plante et Monette, psychiatres à l'hôpital St-Luc, résument les caractéristiques des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants en citant Farr (1986) :

La majorité des patients mentaux itinérants sont en rupture de banc avec la société, ils manquent de nourriture ou de logis, ils n'ont habituellement aucun lien familial, sont exploités et deviennent facilement victimes sur la rue. Ils tendent à être incapables d'utiliser les services de support traditionnel à cause de l'inaccessibilité de ces programmes, de leur

peur ou de la nature de leur maladie. Ils tendent à avoir une nature indépendante qui interfère avec leur habileté à vivre dans un environnement structuré. Ils ont des problèmes de santé physique sérieux dus à leurs pauvres conditions de vie et à leur non acceptation ou leur inhabileté à chercher des soins médicaux. La vaste majorité préfèrent vivre dans la rue plutôt que d'être institutionnalisés. Plusieurs caractéristiques des patients mentaux chroniques en général contribuent à leur itinérance et aux difficultés de leur donner des services : incapacité à faire face à leurs problèmes avec les réalités de la vie quotidienne, une tendance à l'acting-out dans leur comportement, des problèmes chroniques à rencontrer les besoins de survie de base et une inhabileté ou un manque de motivation pour rechercher de l'aide des travailleurs de la santé mentale ou de la santé physique (Plante et Monette, 1990, p. 4; traduction des auteurs).

Parmi les troubles mentaux dont souffre cette population, la schizophrénie est prédominante. La maladie mentale chronique occasionne des séquelles importantes : désorganisation de la pensée et des actions, faible capacité ou incapacité à solutionner les problèmes, déficits sociaux, inhabileté à tolérer la frustration et à faire face au stress, manque d'habileté à se mobiliser à cause de la dépression (Lamb, 1990; Lipton, 1983). Pour ces personnes, les bureaucraties, comme celle de la sécurité sociale, seraient insurmontables, ce qui les priveraient des rares ressources publiques disponibles. De plus, la dépression et la paranoïa les empêchent d'accepter de l'aide. Bachrach (1992, p. 462) insiste sur l'importance des handicaps causés par la maladie mentale sévère en précisant trois niveaux de handicap : celui des symptômes de la maladie qui peuvent être traités par la médication, celui de la réponse de chaque individu à la maladie qui est habituellement traitée par la psychothérapie et, en troisième lieu, la réaction de la société à ces personnes qui se traduit par l'absence d'opportunité sociale et la stigmatisation. L'auteure considère ces personnes comme des victimes à la fois de leur maladie, de la société et de l'échec des services en place à répondre à leurs besoins. Elle remet également en cause la croyance selon laquelle ces personnes " ont choisi " l'itinérance comme mode de vie et souligne qu'elles vivent une souffrance émotionnelle, de la peur et de la solitude.

Someone who has been on the streets and is homeless and jobless and who has a disability, who doesn't have a car or food or a friend, and doesn't know what to do with their situation, is in pain. Most people would probably agree that if given a choice they would trade that level of emotional pain for some good old-fashioned physical hurt anytime. But there is no choice. If you talk to someone who has been there, they will tell you they were alone and afraid. So afraid that help doesn't look like help, but like more torture (Bachrach, 1992, p. 462).

Cette population dispose en général de très peu de ressources financières et sociales. Ce sont des individus marginaux, sans racine, sans abri et sans réseau de soutien adéquat (Bachrach, 1990). Ils sont plus désaffiliés des réseaux de soutien que les autres malades mentaux et cette désaffiliation contribuerait à leur fragilité psychologique, à leur taux de mortalité élevé, pourrait constituer un facteur les ayant amenés à l'itinérance et elle rend plus difficile la dispensation des

services psychosociaux (Butler-Slagg, 1994). Pour leur part, Lamb et Lamb (1990) soutiennent que la maladie mentale précède généralement l'itinérance et contribue au fait de devenir et de demeurer itinérant de même que l'itinérance aggrave la maladie mentale et ajoute des barrières quant aux soins à apporter. Ces personnes se distinguent des autres personnes itinérantes par leur moins bonne santé physique, une histoire d'itinérance et d'utilisation des refuges plus longue, par le fait qu'elles sont plus démunies par rapport au marché du travail, qu'elles sont plus désaffiliées, méfiantes, victimisées et impliquées dans des activités criminelles et qu'elles évitent les services de santé (Fournier et Ohayon 1993, p. 224). Enfin, les deux tiers souffrent aussi de troubles reliés aux abus d'alcool et de drogues (Lamb, 1990; Raynault, 1994).

Parmi les études réalisées à Montréal, Fournier (1991) révèle que 16,4% de la clientèle des missions et refuges de Montréal souffre de schizophrénie, que les 30 à 44 ans sont les plus affectés de troubles mentaux sévères, que les trois quarts de ces derniers souffrent également de troubles reliés à la consommation de substances toxiques et que le tiers (32%) de l'ensemble de la clientèle a un double diagnostic de troubles mentaux et de toxicomanie. De plus, Fournier et Mercier (1996, p. 121) indiquent que 28 à 37% des sans-abri ont présenté une pathologie mentale au cours de leur vie. Raynault (1994), qui a étudié les dossiers des 245 personnes itinérantes hospitalisées à l'hôpital St-Luc en 1988-89, constate que les troubles mentaux constituent le diagnostic principal de la majorité d'entre elles (62,9%) et qu'une toxicomanie était présente chez les deux tiers (66,9%). Plus récemment, le Comité aviseur Itinérance multiproblématique (1994) estime qu'au moins 1250 adultes itinérants fréquentant les ressources du grand Montréal souffrent à la fois de troubles mentaux sévères et persistants, de toxicomanie et de maladies physiques. Selon le Comité, ces personnes vivent des conditions de vie précaires, subissent les effets de l'isolement, de l'incompréhension et du rejet, refusent les services du réseau de la santé et des services sociaux ou sont refusés par ces derniers et ont besoin de services qui dépassent les états de crise et répondent à leurs problèmes chroniques (Comité aviseur Itinérance multiproblématique, 1994).

## **2.2 Le rapport des personnes itinérantes aux services psychiatriques**

Les différentes études soulignent la sous-utilisation des services par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères, le fait qu'elles ne se reconnaissent pas malades, qu'à l'hôpital elles soient plus intéressées à combler leurs besoins de base qu'à utiliser les services psychiatriques, le refus de la médication et de la psychothérapie, la peur d'être réhospitalisées, l'incapacité d'entreprendre la démarche de consulter et leur préférence pour la vie dans la rue qui offre liberté, anonymat et distance interpersonnelle désirée (Fournier et Ohayon, 1993; Goldfinger,

1986). Elles ont l'habitude de recourir aux services d'urgence des hôpitaux de sorte que la continuité des soins devient extrêmement difficile (Cohen et Tsemberis, 1991). Pour leur part, Sachs-Ericsson *et al.* (1994) constatent que les personnes qui utilisent les services sont plus nombreuses que les non utilisatrices à souffrir de dépression majeure (21,7% vs 6%), à présenter un trouble de personnalité antisociale (19,6% vs 6%) et à avoir un problème d'abus de drogue et d'alcool (30,4% vs 14,9%).

En terme quantitatif, Cohen et Tsemberis (1991) notent qu'à New York, 18 986 personnes itinérantes furent transportées à l'urgence psychiatrique en 1990 sur une population totale de 70 000 à 90 000 itinérants. À Chicago, Butler-Slagg et ses collaborateurs (1994) rapportent que, sur les 1430 personnes itinérantes desservies en deux ans par un projet-pilote d'*outreach*, plus de 70% souffraient de troubles majeurs de santé mentale et 21% avaient été hospitalisées suite à leur intervention dont un peu plus de la moitié contre leur gré. Selon ces auteurs, ce taux d'hospitalisation psychiatrique traduit la fragilité de cette population, son isolement et son aliénation face au soutien existant et au système de traitement. À Montréal, dans son étude des personnes itinérantes hospitalisées à l'hôpital St-Luc durant l'année 1988-89, Raynault (1994, p. 275) note un nombre de visites à l'urgence variant de une à 19 avec une moyenne de 4,6 visites, un nombre moyen d'admission de 1,7, une durée moyenne de séjour de 13,9 jours. Parmi ces personnes, les femmes sont plus jeunes que les hommes et souffrent plus souvent de maladie psychiatrique tandis que les hommes fréquentent les refuges depuis plus longtemps et font davantage de visites à l'urgence. L'auteure souligne également que les professionnels de la santé ne connaissaient le statut d'itinérance de leurs patients que dans 63,7% des cas.

À Montréal, le Comité aviseur Itinérance multiproblématique (1994, p. 22-23) a analysé l'utilisation des services en place. Les femmes itinérantes affirment que les attitudes autoritaires de certains intervenants ont eu pour effet de retarder toute démarche de demande d'aide. Elles se sentent incomprises, ce qui fait renaître chez elles un sentiment de détresse marqué par un profond sentiment de solitude et de découragement. Elles déplorent le manque de respect de la personne en crise, la brutalité des hommes dans la rue et l'incompréhension de certains policiers. Les hommes pour leur part, se plaignent de la froideur des contacts avec certains intervenants et disent rencontrer parfois un manque d'hospitalité et d'écoute. Par ailleurs, ces derniers soulignent avoir accepté de l'aide parce qu'ils ont rencontré des intervenants capables d'un contact chaleureux qui leur ont apporté un appui moral dans un climat de confiance, tout en évitant de leur faire subir des jugements de valeur. Des personnes itinérantes qui ont réussi à s'en sortir attribuent ce succès à cette relation de confiance avec un intervenant capable d'un contact personnalisé et respectueux. Ce

lien de confiance leur a fait accepter de se soumettre à un suivi régulier parce qu'elles bénéficiaient d'une attitude d'écoute et d'un engagement qui ne menaçait pas leur besoin d'autonomie.

### 2.3 Les caractéristiques des services psychiatriques et la réponse aux besoins

Plusieurs auteurs (Fournier et Ohayon, 1993; Lamb, 1990; Roth et Bean, 1986) font état des limites des services psychiatriques disponibles pour les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux, en particulier l'insuffisance des mesures mises en place après la désinstitutionnalisation et ses conséquences pour ce qui est de l'accessibilité aux services. Ils affirment que très peu de ressources furent mises sur pied dans la communauté afin de traiter ces personnes et de les aider à se loger, à se réinsérer socialement, surtout dans le cas des malades chroniques et des plus jeunes qui n'ont pas connu l'institutionnalisation. La condition de sans-abri chez les malades mentaux révélerait un manque de ressources adéquates et les barrières dans l'accessibilité aux services. Ces ressources seraient réservées aux personnes moins malades et elles seraient fragmentées, inadéquates et sectorisées. Lamb (1990, p. 649) reprend la position de l'Association des psychiatres américains qui préconise la mise en place d'un système complet et intégré de soins comprenant un éventail de ressources de logements supervisés et offrant du soutien, un système de suivi systématique clinique (*case management*); de l'intervention de crise adéquate, complète et accessible autant dans la communauté que dans les hôpitaux, des lois moins restrictives sur le traitement involontaire et des services courants de traitement et de réadaptation dispensés de façon active dans le milieu (*outreach*).

Cohen et Tsemberis (1991) soulignent la faiblesse de la coordination entre les services : l'absence de continuité entre les services internes et externes des hôpitaux, la coupure (*disruptive division*) entre les services de santé mentale et de toxicomanie et le manque de coordination entre les systèmes de santé mentale, de services sociaux et de justice. Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux seraient donc le reflet des conséquences les plus visibles des dysfonctions des systèmes de services et traduiraient l'échec des politiques de désinstitutionnalisation à procurer des alternatives viables dans la communauté.

Cohen (1990) constate aussi l'attitude stigmatisante du personnel hospitalier. Certaines personnes sont considérées comme de bons patients (meilleur fonctionnement, introspectifs), d'autres, comme les patients chroniques ou abusant de drogues, sont considérées comme incapables ou ne voulant pas accepter les traitements. Cette résistance, consciente ou non, des cliniciens à les soigner affecterait la disponibilité et l'efficacité des traitements. Ainsi, les malades mentaux qui

abusent de l'alcool ou des drogues sont souvent perçus par le personnel comme manipulateurs et non motivés à accepter les soins. À l'urgence psychiatrique, ils sont souvent stéréotypés comme intraitables de sorte qu'on leur refuse l'admission. Comme solution, ces auteurs prônent le parachèvement d'un système de services de santé mentale dans la communauté qui soit accessible, coordonné, intégré, complet et qui mette l'accent sur le soutien au logement et au revenu.

Cette perception d'absence de motivation et l'influence du cadre légal sur l'accessibilité aux services psychiatriques sont aussi étudiées par Laberge et Morin (1995, p. 395-400) dans le cas des personnes souffrant de troubles mentaux et aux prises avec la justice. Selon ces auteures, les services de santé réguliers perçoivent souvent les clientèles indésirables comme peu motivées, refusant de reconnaître leurs problèmes psychiatriques et ne faisant pas d'effort pour prendre leur vie en mains. “ It is without a doubt the argument that carries the most weight in this milieu to justify not responding to or refusing access to this treatment-resistant clientele ”. La perception de non-motivation serait basée sur des stéréotypes reliés à certains comportements des personnes, comme une histoire de non-prise de médication ou d'abus de substances, qui influenceraient le professionnel responsable de l'évaluation à leur refuser l'accès aux services même si elles en ont besoin. Cette situation se produirait souvent dans un contexte de ressources limitées. Laberge et Morin soulignent également que la perspective d'un refus de traitement par le patient, l'obligation d'obtenir son consentement pour l'hospitalisation ou celle d'entreprendre des démarches compliquées auprès de la cour dans le cas d'un refus, ajoutées à une perception très négative de la clientèle, constituent des freins puissants à l'accès aux soins psychiatriques pour cette population, particulièrement dans les hôpitaux généraux. Le critère de “ dangerosité ” n'étant pas défini par la loi, son interprétation est laissée à l'entière discrétion du psychiatre qui évalue la situation : “ in function of a number of factors — contextual, organizational, individual — with the effect that undesirable categories of patients are excluded ” (Laberge et Morin, 1995, p. 398).

À Montréal, Robert (1990, p. 45) met en évidence les problèmes d'accès des malades chroniques vivant dans la communauté aux services externes de psychiatrie. D'abord, il faut avoir obligatoirement un rendez-vous. De plus, les services ne sont pas disponibles en dehors des heures régulières de bureau de jour. Or, la rigidité des horaires est un élément discriminatoire pour la clientèle psychotique qui éprouve des difficultés à fonctionner avec des notions temporelles. Les services de première ligne seraient donc assurés par les urgences des hôpitaux et les cabinets des omnipraticiens. Selon l'auteure, la rupture entre les services offerts à l'intérieur de l'hôpital et ceux à l'extérieur constitue la grande faiblesse du système de soins.

Pour sa part, le Comité aviseur auprès du MSSS (1991) constate que cette clientèle est bien connue des différents points de services du réseau médical et social et qu'elle s'y promène sans s'y accrocher. Les causes qu'il identifie concernent les intervenants (préjugés ou manque de connaissance, impuissance engendrée par la lourdeur, la chronicité et la complexité des problèmes de la clientèle), les services en place (non adaptés aux besoins, manque de ressources) et les personnes itinérantes (refus de toute forme d'encadrement à cause de leur style de vie ou de leur maladie, le fait que la personne doit réaliser qu'elle a un problème, qu'elle désire le modifier, qu'elle connaisse les différentes ressources et qu'elle s'y rende). Le rapport recommande la mise en place d'un système de *case management* afin de dépister et d'apprivoiser cette clientèle, d'identifier et de prioriser ses besoins, de la référer, de l'accompagner dans les services et de faire la liaison avec le réseau de prise en charge. La même année, suite à la fermeture de Dernier Recours Montréal, la Ville de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux revisaient le Plan conjoint et se donnaient comme objectif " d'assurer aux personnes itinérantes présentant à la fois des problèmes de maladie mentale sévère et de toxicomanie des services adaptés à leurs besoins " (Ville de Montréal et MSSS, 1991) et mettaient en place une équipe de *case managers* rattachée à l'organisme Diogène.

Mercier et ses collaboratrices (1994, p. 15, 34-35) dans leur évaluation du suivi du Plan conjoint constatent que l'accessibilité aux services d'urgence psychiatriques demeure variable et que les communications avec certains centres hospitaliers s'établissent encore difficilement. Elles notent qu'il semble que plus on s'éloigne du centre-ville, moins le personnel hospitalier est sensibilisé et ouvert à la problématique de l'itinérance. Pour ce qui est de l'organisation générale des services, elles affirment que l'unanimité est faite autour du modèle d'intégration des personnes itinérantes aux services réguliers, bien que l'on reconnaisse qu'il s'agisse d'un processus à long terme qui se réalise par étapes. Elles ajoutent que les attentes quant à une amélioration de l'accessibilité des services sont à la mesure des possibilités offertes par le système lui-même. Ainsi, dans un contexte où les services de traitement et de réadaptation en santé mentale et en toxicomanie sont débordés et où les programmes de soutien à la vie autonome sont largement sous-développés, les mesures d'accessibilité ne peuvent qu'avoir des effets limités, surtout quand on parle d'effets à long terme.

Pour sa part, le Comité aviseur Itinérance multiproblématique (1994) propose la mise sur pied de services spécialisés pour les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et de toxicomanie. Il préconise l'adoption d'une approche psychosociale qui s'appuie sur une vision d'ensemble de la personne et qui vise à l'aider à reprendre du pouvoir sur elle-même et sur son environnement afin de mieux se maîtriser et de désirer prendre soin d'elle-même. Il prône aussi le développement d'une gamme complète de services de même que la coordination, l'accessibilité et la

continuité de ces services, l'accompagnement stable pour les personnes et l'aide à la sortie de l'itinérance et à l'intégration dans un nouveau milieu de vie et d'appartenance.

## 2.4 L'approche coercitive

Plusieurs auteurs américains traitent des approches d'intervention à adopter avec les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Le cahier de recherche (Thibaudeau *et al.*, 1999) sur le suivi systématique individualisé (*case management*) accorde une large place à cette question. Nous nous limiterons ici au débat sur l'approche coercitive qui interpelle tous les intervenants. Lamb (1990, 1992, p. 1211) et Lamb et ses collaborateurs (1992, p. 8) défendent le droit fondamental du malade d'être soigné même contre son gré et l'élargissement de la Loi du malade mental concernant l'hospitalisation involontaire tandis que Mossman et Perlin (1992) prônent l'approche volontaire, considérant d'abord l'itinérance comme une situation de pauvreté et un problème social.

Les premiers font valoir que nous ne pouvons pas en bonne conscience abandonner ces malades à la vie dangereuse, chaotique et précaire de la rue. Nous devons donc agir avec les ressources disponibles, notamment l'hospitalisation. Des équipes d'*outreach* devraient permettre de rejoindre ces personnes sur la rue et d'amener à l'hôpital celles qui n'ont pas la compétence pour décider de se faire soigner, qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres ou qui sont gravement handicapées. L'admission à l'hôpital devrait se faire sur une base volontaire mais, si nécessaire, elle devrait l'être de manière involontaire. Cette hospitalisation devrait être brève, le temps de traiter la crise, mais pour certaines personnes elle pourrait se prolonger. Lamb note que plusieurs de ces patients refusent les traitements lorsqu'ils sont plus sévèrement symptomatiques mais qu'ils les reconnaissent comme très précieux une fois rétablis. Il insiste également sur le besoin de structure pour les patients chroniques (1990, p. 651). La grande majorité d'entre eux aurait besoin de logement supervisé à leur sortie de l'hôpital. Divers types de situations de vie dans la communauté se situant sur un continuum à partir de peu à beaucoup de structure devraient être disponibles. Ainsi, la prise de leur médication psychotrope devrait être supervisée et ces derniers pourraient profiter de la liberté qu'ils sont capables d'assumer. Il s'agit selon lui d'une décision clinique basée sur les besoins de chaque patient et sur son degré de contrôle interne pour s'organiser lui-même et faire face aux demandes de la vie. Selon Lamb, un certain nombre de patients nécessiteront une structure 24 heures par jour, notamment ceux qui ont également de sérieux problèmes d'abus de substances. Il souligne à ce propos qu'aucune activité ne peut contribuer plus au *burnout* des intervenants que d'essayer de traiter ces patients en milieu ouvert,

c'est-à-dire dans la communauté. Enfin, dans le cas des patients sévèrement atteints dont le jugement et la capacité de décider sont affectés, il préconise l'élargissement de la Loi du malade mental pour permettre l'hospitalisation involontaire de la personne en cas " d'incapacité grave due à la maladie mentale " et en cas " d'incapacité à assurer ses propres besoins de base (se nourrir, se vêtir et se loger) ”.

Mossman et Perlin (1992, p. 952-955), au contraire, font état des limites de la pharmacothérapie, particulièrement chez les schizophrènes. Une fraction substantielle des patients répond peu à la médication psychotrope ou rechute même s'ils la prennent régulièrement. De plus, la plupart des patients aux prises avec des troubles chroniques de pensée conservent cette incapacité toute leur vie. Ils reprochent à Lamb et ses collaborateurs d'ignorer les réactions des anciens patients psychiatriques face à leur traitement involontaire. Même si certains patients réagissent de façon positive, pour d'autres ce refus de traitement peut se baser sur une connaissance personnelle ou sur des appréhensions légitimes face à la piètre qualité du traitement dispensé dans certains hôpitaux d'état américains. Le choix d'un sous-groupe de personnes itinérantes malades mentales d'éviter le système public de santé mentale et de vivre sur la rue avec leurs symptômes plutôt que de souffrir des effets secondaires des médicaments en institution peut être un choix raisonnable compte tenu de la réalité de plusieurs de ces hôpitaux. Ils soulignent aussi que de nombreux rapports démontrent que les patients chroniques qui reçoivent des traitements non institutionnels comportant un soutien social adéquat réussissent mieux à vivre dans la communauté que ceux qui ont été institutionnalisés.

Selon eux, Lamb et ses collaborateurs ne tiennent compte que des aspects individuels et biologiques de la clientèle et négligent l'ensemble du contexte social et économique. La maladie mentale et la désinstitutionnalisation ne sont pas les causes premières de l'itinérance des personnes souffrant de troubles mentaux graves puisque les personnes itinérantes déjà traitées en psychiatrie ont des histoires et des caractéristiques similaires à celles qui ne l'ont pas été, soit la pauvreté, le peu d'habiletés pour le travail, l'absence de logement et de soutien social. L'itinérance serait d'abord une situation de pauvreté et les personnes pauvres en général sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux. La situation d'itinérance résulterait des développements sociaux et d'attitudes face aux pauvres et aux malades mentaux dans la société américaine tels que la baisse nette de revenu annuel des Américains depuis dix ans, les pertes substantielles de logements sociaux pour les pauvres et de logements spécialisés pour les personnes avec incapacité chronique depuis vingt ans, la coupure du supplément de revenu de la Sécurité sociale mise en place par le gouvernement Reagan qui fait en sorte que seulement une fraction des personnes itinérantes reçoit l'aide gouvernementale dont les barèmes ont baissé depuis trente ans, et le chômage chronique vécu par plusieurs personnes aptes

au travail avant de devenir itinérantes. Les auteurs soutiennent que, même si une partie des personnes itinérantes pourraient bénéficier de traitements psychiatriques, seulement un petit nombre a besoin d'hospitalisation psychiatrique. Selon eux, il n'existe qu'une petite fraction de cette population qui ne dispose pas de la compétence pour décider de son besoin d'hospitalisation.

Les auteurs dénoncent donc l'hospitalisation involontaire et réaffirment l'importance de respecter la liberté de choix de ces personnes comme on le fait avec les personnes aux prises avec d'autres problèmes médicaux. Ils soulignent que la décision volontaire de chercher l'aide médicale permet habituellement la création d'une relation thérapeutique et ils rappellent le rôle central de l'estime de soi dans la vie émotionnelle des patients. L'hospitalisation involontaire renforcerait l'idée que le système public de santé mentale peut régler le problème de l'itinérance et empêcherait la société d'examiner les questions sociales et économiques fondamentales. Il revient aux tribunaux de juger de la compétence des personnes à refuser les soins. Ils suggèrent aux psychiatres de se méfier de la collusion possible entre la bureaucratie gouvernementale et la psychiatrie pour ne pas que celle-ci en vienne à assumer un rôle de contrôle social. Ils privilégient la réponse aux besoins matériels de base de ces personnes : nourriture, logement, vêtements.

Comme on peut le constater, ce débat sur les services psychiatriques aux personnes itinérantes soulève plusieurs questions notamment celles des limites de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique, de l'insertion sociale des personnes après l'hospitalisation psychiatrique, de l'importance accordée aux facteurs sociaux comme la pauvreté et celle, fondamentale, de la finalité de l'intervention. À ce propos, Robert (1990, p. 54-55) estime que l'itinérance et la judiciarisation des malades mentaux nous amènent à questionner l'efficacité du modèle centré sur l'hôpital afin d'insérer socialement les personnes psychiatisées. Elle souligne l'importance de s'intéresser aux conditions de vie de ces dernières afin de réussir leur maintien dans la communauté. Selon l'auteure, il convient d'accorder de plus en plus d'importance au soutien, à l'accompagnement et à l'aménagement d'un cadre de vie qui favorise le maintien de ces personnes dans la communauté plutôt qu'à la guérison de la maladie mentale comme telle. Comme dans le cas des itinérants, les psychiatisés sont avant tout des personnes pour qui la participation à la vie sociale est réduite, sinon inexistante. Les interventions nécessaires pour ces deux clientèles sont de nature sociale et concernent l'hébergement, la réponse aux autres besoins de base (nourriture, vêtements et soins de santé physique et mentale), les loisirs et le travail.

### 3. LA MÉTHODE ET LES OUTILS DE RECHERCHE

L'approche de l'enquête exploratoire a été choisie. La clientèle des 14 urgences psychiatriques de garde<sup>7</sup> d'une année et 47 intervenants ont été rejoints. Une fiche de profil (voir tableau 3.1) complétée par une personne-répondante de chaque équipe d'urgence de garde a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs caractéristiques de santé, les services dispensés et les dispositions prises après la consultation. Par ailleurs, 24 entrevues semi-structurées, individuelles ou de groupe, ont servi à connaître la perception des deux principaux groupes d'intervenants concernés : d'une part, ceux des 14 équipes d'urgence psychiatrique (19 entrevues auprès de 25 personnes) et d'autre part, les intervenants qui réfèrent ou qui amènent les personnes itinérantes qu'on a regroupé sous le terme d'intervenants "réfèrents" (5 entrevues auprès de 22 personnes). Il s'agit des intervenants des refuges et des centres de jour communautaires du centre-ville, du personnel d'Urgences Santé, des policiers des postes 25 et 33 et des psychiatres-parrains. Ces entrevues portaient sur le profil de la clientèle, le fonctionnement de leur service, l'intervention réalisée, les difficultés rencontrées et les solutions proposées.

La cueillette des fiches de profil s'est déroulée sur une période de 52 semaines (soit quatre cycles de garde) du 8 mai 1995 au 5 mai 1996)<sup>8</sup> ; les renseignements ont été codifiés et traités à l'aide du logiciel EXCEL. Les fiches de profil utilisent la définition de personne itinérante pour fins psychiatriques du *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*.

Les entrevues auprès des intervenants ont été réalisées durant les premiers mois de l'étude et portent sur les personnes itinérantes telles que définies dans la première partie. Elles ont été enregistrées, retranscrites et analysées à l'aide du logiciel Nud.ist. Nous présenterons d'abord les résultats obtenus au moyen des fiches de profil puis les perceptions des intervenants recueillies lors des entrevues.

Tableau 3.1  
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données

Variables	Instruments	Date
-----------	-------------	------

<sup>7</sup> Douze urgences font partie d'un hôpital général et deux font partie d'un hôpital psychiatrique.

<sup>8</sup>Au cours de l'année, le nombre d'urgences est passé à douze à cause de la fermeture des hôpitaux Reddy Memorial et Reine Elizabeth dans le cadre de la restructuration du réseau de santé montréalais. Ainsi, 14 hôpitaux participaient au système de garde lors des deux premiers cycles de garde et 12 lors des deux derniers cycles.

1. Profil de la personne itinérante - sociodémographique - psychiatrique - utilisation de l'urgence	<i>Fiche de profil</i> (remplie par la personne-répondante de l'urgence psychiatrique)	Mai 1995 à mai 1996
2. Services dispensés - services rendus par l'urgence - dispositions prises lors du congé		

---

3. Perceptions du profil et de l'intervention  - profil des personnes itinérantes - intervention des intervenants - difficultés rencontrées - solutions proposées	- <i>Guide d'entrevue</i> semi-structurée auprès des 14 équipes d'urgence psychiatrique (19 entrevues, 25 intervenants <sup>9</sup> )  - <i>Guide d'entrevue</i> semi-structurée auprès des intervenants référents (5 entrevues, 22 intervenants : 6 des refuges et des centres de jour, 6 policiers, 5 techniciens-ambulanciers et dirigeants d'Urgences Santé et 5 psychiatres-parrains)	Avril à septembre 1995
--	--	------------------------

---

<sup>9</sup> Dans le cas des équipes d'urgence, il s'agit généralement d'entrevues individuelles. Dans certaines urgences, deux entrevues individuelles ont été menées, l'une avec l'infirmière, l'autre avec le psychiatre ou la travailleuse sociale. Dans deux cas, il s'agit d'entrevues de groupe de l'équipe de l'urgence. De leur côté, les intervenants référents ont tous été rencontrés dans le cadre d'entrevues de groupe de deux à six personnes.

#### 4. LA CLIENTÈLE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DE GARDE

Durant les 52 semaines de garde étudiées, les 14 équipes des urgences psychiatriques ont complété 200 fiches de profil couvrant 44 semaines (tableau 4.1). Une urgence n'a pas fourni de données pour trois de ses quatre tours de garde et cinq autres ne l'ont pas fait pour une semaine chacune pour un total de huit semaines manquantes. Ces 200 fiches correspondent à autant de visites effectuées par 188 personnes itinérantes différentes, 177 personnes s'étant présentées une seule fois, dix cumulant deux visites et une seule s'étant présentée à trois reprises durant l'année.

Le tableau 4.2 présente le nombre de personnes itinérantes reçues par chacune des urgences psychiatriques durant la semaine de garde. Il faut rappeler qu'il s'agit de personnes considérées "itinérantes" aux fins psychiatriques par le *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*. Cette définition diffère de la nôtre car elle inclut les personnes qui peuvent compter sur un réseau de soutien significatif et sur des revenus et elle exclut les personnes qui abusent de l'alcool et des drogues et celles qui souffrent de troubles organiques et de déficience mentale.

Tableau 4.1  
Nombre de personnes itinérantes par urgences psychiatriques

Hôpital <sup>10</sup>	Montréal	Extérieur de Montréal	Total <sup>11</sup>
Douglas (4/4)	13	7	20
Général de Montréal (1/4)	3	3	7
Général Juif (4/4)	8	1	9
Hôtel-Dieu (3/4)	15	5	20
Jean-Talon (3/4)	4	5	9
Louis-H Lafontaine (3/4)	11	2	13
Maisonneuve-Rosemont (4/4)	11	3	14
Notre-Dame (4/4)	11	5	16
Reddy Memorial (2/2)	10	0	10
Reine Elizabeth (2/2)	3	3	6
Royal Victoria (4/4)	12	10	23
Sacré-Coeur (3/4)	8	7	15
St-Luc (3/4)	8	3	11
St-Mary's (4/4)	18	8	27
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>62</b>	<b>200</b>

De façon générale, il y a environ deux fois plus de personnes itinérantes provenant de l'île de Montréal (68,5%), que de l'extérieur (31,5%). Le nombre de personnes reçues par semaine de garde varie de une à onze personnes par semaine, la moyenne étant de 4,5. Il faut souligner que les personnes pour lesquelles nous avons obtenu des renseignements sont celles vues à l'urgence psychiatrique de garde suite au processus de filtrage des urgences générales dans le cas des douze

<sup>10</sup> Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de semaines pour lesquelles nous avons obtenu les fiches de profil comparativement au nombre de tours de garde traversées au cours du projet.

<sup>11</sup> Nous ignorons la provenance de trois des personnes. Cette information manquante fait en sorte que le total général n'est pas toujours la somme des chiffres des colonnes précédentes.

hôpitaux généraux. Nous n'avons aucune information sur celles qui sont amenées à l'urgence générale et qui sont parties sans avoir été vues par le personnel de l'urgence psychiatrique soit parce qu'elles n'y ont pas été référées ou parce qu'elles ont quitté l'hôpital avant d'avoir été vues. De plus, les renseignements factuels sur la personne (soit son lieu de résidence, sa source de revenu, s'il y a lieu) ne sont pas vérifiés auprès d'une tierce personne. Les résultats présentés décrivent le nombre de “visites” effectuées durant les semaines de garde plutôt que le nombre de personnes. Enfin, à titre de comparaison avec les semaines régulières, le personnel des urgences psychiatriques était invité à compiler l'information au sujet des personnes itinérantes qui se sont présentées à l'urgence psychiatrique durant la semaine suivant leur semaine de garde. Durant ces 44 semaines régulières, seulement 30 personnes itinérantes ont été reçues par dix équipes d'urgence.

#### **4.1 Les caractéristiques sociodémographiques**

Les fiches de profil décrivent les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes itinérantes. Après les avoir situées quant au sexe et à l'âge, nous verrons les résultats sur deux éléments de notre définition de personne itinérante, soit le fait qu'elle dispose ou non d'un revenu et qu'elle se trouve ou non dans une situation d'instabilité résidentielle. Nous n'avons aucun renseignement sur le troisième élément de la définition, soit le fait pour la personne itinérante de disposer d'un réseau de soutien social significatif.

##### 4.1.1 Le sexe et l'âge

Près de trois personnes itinérantes sur quatre (72,4%) sont des hommes. Pour le groupe de la région de Montréal, cette proportion est de 67,2%. Une étude exploratoire cite une proportion similaire (75%) d'hommes parmi la population itinérante en général (ministère de la Main d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, 1988).

En examinant la provenance, on remarque qu'il y a deux fois plus de femmes (32,8%) dans le groupe de Montréal que de l'extérieur (16,1%). Toutes ces personnes se répartissent assez également dans quatre groupes d'âge (tableau 4.2). Ces proportions sont presque les mêmes que la personne provienne, ou non, de l'île de Montréal. En ce qui concerne la proportion de jeunes, les chiffres correspondent au plus bas taux cité par différentes études, soit 25% (MSSS, 1992).

Tableau 4.2

Âge de la personne itinérante selon le sexe et la provenance (N et %)<sup>12</sup>

Âge	Montréal			Extérieur de Montréal			Total		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
29 ans et moins	23 26,7	10 23,3	33 25,4	13 26,0	0 0	13 21,7	37 27,0	10 18,5	47 24,5
30-39 ans	26 30,2	15 34,9	41 31,5	16 32,0	3 30,0	19 31,7	42 30,7	19 35,2	61 31,8
40-49 ans	19 22,1	11 25,6	30 23,8	13 26,0	6 60,0	19 31,7	32 23,4	17 31,5	50 26,0
50 ans et plus	18 21,0	7 16,2	25 19,3	8 16,0	1 10,0	9 14,9	26 18,9	8 14,8	34 17,7
Total	86 100,0	43 100,0	130 100,0	50 100,0	10 100,0	60 100,0	137 100,0	54 100,0	192 100,0

Valeurs manquantes : 8

#### 4.1.2 Le lieu de résidence des personnes itinérantes

Les personnes itinérantes citent une variété de lieu de résidence (tableau 4.3). Ce dernier correspond à un moment circonscrit dans le temps, soit celui où la personne fréquente l'urgence. Ces lieux de résidence sont dans l'ordre : l'absence de logement (la rue) (40,5%); un refuge (22,6%); un logement (17%); une autre forme de logement (10,2%); une chambre (4%); un logement partagé (3,4%); et une famille d'accueil (2,3%). Les proportions sont similaires si l'on compare les hommes et les femmes, sauf en ce qui concerne les refuges et la rue. Ainsi, 30% des femmes disent habiter un refuge comparativement à 19,7% des hommes. Et un peu moins d'une femme sur trois (30%) vit dans la rue en comparaison à près d'un homme sur deux (44,9%).

Une autre façon de voir ces données est de regrouper les catégories de types d'hébergement caractéristiques des personnes itinérantes (soit la rue, refuge et chambre) et celles qui laissent croire à une plus grande stabilité résidentielle (logement partagé, logement et famille d'accueil). Ainsi, 84,1% des personnes itinérantes du groupe de Montréal se trouvent en situation d'instabilité résidentielle comparativement à 51,1% des personnes qui ont une adresse à l'extérieur de la région. Dans le cas de ces dernières, près du tiers (30,2%) cite un logement comme type d'hébergement.

<sup>12</sup> Les pourcentages sont calculés sur les valeurs présentes.

Tableau 4.3  
Type d'hébergement de la personne itinérante selon la provenance

Hébergement	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N <sup>13</sup>	%	N	%
Aucun (la rue)	61	49,6	10	18,9	72	40,5
Refuge	31	25,2	9	17,0	40	22,6
Chambre	3	2,5	4	7,6	7	4,0
Partage un logement	2	1,6	4	7,6	6	3,4
Logement	14	11,4	16	30,2	30	17,0
Famille d'accueil	2	1,6	2	3,6	4	2,3
Autre forme	10	8,1	8	15,1	18	10,2
Total	123	100,0	53	100,0	177	100,0

Valeurs manquantes : 23

#### 4.1.3 Le revenu

Un peu plus du tiers des personnes (36,2%) ne disposent d'aucune source de revenu (tableau 4.4). On remarque une différence selon le sexe mais non selon la provenance. Ainsi, 72,9% des femmes ont une source de revenu pour 60,2% des hommes. La principale source de revenu, pour l'ensemble des personnes, est la sécurité du revenu (78,5%). Les plus jeunes en bénéficient dans une plus grande proportion.

Tableau 4.4  
Source de revenu de la personne itinérante selon la provenance

Revenu	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%

<sup>13</sup> Au sujet de la forte proportion de personnes vivant dans la rue ou dans un refuge (35,9%), et ce, pour une population venant de l'extérieur de Montréal, nous avançons deux explications. D'une part, peut-être que le personnel de l'urgence a indiqué le lieu où vit la personne au moment où elle est à l'urgence, même si ce n'est pas sa "résidence" habituelle. D'autre part, ce peut être effectivement le lieu où vit la personne. En témoigne une note d'un intervenant d'une urgence au sujet d'une personne qui est itinérante à Joliette et à Montréal.

<b>Revenu (total)</b>	76	62,3	35	67,3	112	63,6
sécurité du revenu	63	82,9	20	66,7	84	78,5
prestations (assurance- chômage, CSST)	1	1,3	1	3,3	2	1,9
emploi	4	5,3	3	10,0	7	6,5
pension (de vieillesse, d'invalidité)	2	2,6	3	10,0	5	4,7
autre	6	7,9	3	10,0	9	8,4
<b>Aucun revenu</b>	46	37,7	17	32,7	64	36,4
<b>Total</b>	122	100,0	52	100,0	176	100,0

Valeurs manquantes : 24

#### 4.2 Les modes et les motifs de fréquentation de l'urgence psychiatrique

Près de deux personnes sur trois (62,6%) fréquentent l'urgence sur une base involontaire. Une légère différence de proportion existe entre les femmes (69,2%) et les hommes (59,8%). Les personnes de l'extérieur de l'île de Montréal sont amenées plus souvent à l'urgence involontairement (74,1%) que celles de la région métropolitaine (58,5%). Si on observe cette variable en tenant compte de l'âge, on remarque que pour les personnes de moins de 40 ans, environ une sur deux (53,4%) est amenée à l'urgence de façon involontaire, tandis que c'est le cas de trois personnes sur quatre (74,7%) pour celles ayant plus de 40 ans.

Les raisons invoquées quant à la fréquentation de l'urgence psychiatrique pour l'ensemble des personnes itinérantes sont les suivantes : demande d'évaluation (43,7%); crise (24,0%); autre type de raison (23,0%); et plainte (9,3%). Près du tiers des personnes de l'extérieur de l'île de Montréal (32,7%) fréquentent l'urgence psychiatrique à cause d'une crise, comparativement à 20,6% pour celles de Montréal. Une proportion deux fois plus élevée d'hommes (27,8%) que de femmes (14,0%) fréquente l'urgence en raison d'une crise. On remarque qu'un peu plus de personnes de 40 ans et plus sont amenées à l'urgence en raison d'une plainte (11,5%) ou d'une crise (28,2%) comparativement à celles ayant moins de 40 ans (8,0% et 21,0% respectivement).

#### 4.2.1 Les intervenants référents

Dans la moitié des cas (50,3%), les personnes ont été conduites à l'urgence psychiatrique par Urgences Santé. La police intervient dans un cas sur cinq (21,1%), soit en effectuant le transport seule ou en aidant les techniciens-ambulanciers. Elle intervient seule un peu plus souvent auprès des femmes (20,0%) que des hommes (8,9%). Nous n'avons pas d'information au sujet du lieu physique d'où provient la personne ni sur la ou les personnes qui ont demandé l'intervention d'Urgences Santé ou de la police.

Avant d'amener la personne à l'urgence, un contact préparatoire a été effectué dans un peu plus du tiers des cas (36,2%). Spécifions que lorsque le transport se fait par ambulance, les techniciens-ambulanciers n'avertissent le personnel de l'hôpital que s'il y a une urgence. Ce contact est principalement fait par le technicien-ambulancier (34,8%) ou par un membre du personnel de l'hôpital d'où provient le patient lorsqu'il s'agit d'un transfert (30,4%).

### **4.3 L'intervention de l'urgence psychiatrique de garde**

#### 4.3.1 La vérification des antécédents hospitaliers

Un peu plus de trois personnes sur quatre (77,5%) sont “ inconnues ” de l'établissement. Les personnes “ connues ” sont en majorité du groupe de Montréal (N=40). La plupart de ces dernières ont un dossier médical pour une raison de santé mentale ou de santé mentale et santé physique et trois sur quatre sont connues du service d'urgence. Dans la moitié de ces cas, la visite remonte à moins de six mois. Le personnel vérifie si la personne est connue d'un autre établissement dans 73,7% des cas. Dans les commentaires écrits sur les fiches de profil, on remarque que cette recherche de renseignements se fait en lien avec les règles régissant l'application de la sectorisation, c'est-à-dire on recherche à quel secteur psychiatrique la personne appartient pour la rediriger vers celui-ci.

#### 4.3.2 Le diagnostic psychiatrique

Le psychiatre de l'équipe de l'urgence psychiatrique pose un diagnostic dans trois cas sur quatre (75,8%) (tableau 4.5). Les femmes (83,6%) sont plus sujettes que les hommes (73,2%) à se faire donner un tel diagnostic. Cela va dans le sens des observations à l'effet que les femmes sont plus psychiatisées que les hommes (Bachrach, 1987; Raynault *et al.*, 1994). Nous avons regroupé ces diagnostics dans cinq catégories : schizophrénie (38,1%); troubles de personnalité, de comportement ou de personnalité antisociale (30,6%); trouble bipolaire (12,2%); dépression ou tendances suicidaires (11,5%); et psychose (7,3%). Ces résultats se rapprochent de ceux de Migneault (1993) à l'urgence de l'hôpital Douglas.

Tableau 4.5  
Type de diagnostic psychiatrique selon la provenance de la personne itinérante

Diagnostic psychiatrique	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnostic posé</b>	99	73,9	49	80,3	150	75,8
Schizophrénie	32	33,3	22	44,9	56	38,1
Psychose	7	7,3	4	8,2	11	7,5
Dépression, suicidaire	11	11,5	6	12,3	17	11,6
Troubles de personnalité	37	38,5	8	16,3	45	30,6
Trouble bipolaire	9	9,4	9	18,3	18	12,2
<b>Aucun diagnostic</b>	35	26,1	12	19,7	48	24,2
<b>Total</b>	134	100,0	61	100,0	198	100,0

Valeurs manquantes : 2

Nous observons une différence entre les femmes et les hommes. Ces derniers reçoivent plus souvent le diagnostic de schizophrénie (41,2% vs 31,1%) et celui de trouble bipolaire (14,6% vs 6,7%) tandis que les femmes sont plus fréquemment diagnostiquées dans la catégorie des troubles de personnalité, de comportement ou de personnalité antisociale (42,2% vs 25,5%). Des différences existent également selon la provenance de la personne et ce, pour trois diagnostics. Les schizophrènes et les personnes souffrant de trouble bipolaire sont plus nombreux dans le groupe de l'extérieur de Montréal. Le diagnostic de troubles de personnalité, de comportement ou de personnalité antisociale est quant à lui deux fois plus utilisé pour les personnes de Montréal (38,5%) que de l'extérieur de cette région (16,3%). Cette différence est en partie attribuable au fait qu'il y a une proportion plus élevée de femmes dans le premier groupe. L'utilisation plus fréquente du diagnostic de troubles de personnalité, de comportement ou de personnalité antisociale pour les personnes itinérantes de Montréal semble traduire une réalité plus importante de personnes

marginales et déviantes alors que les diagnostics posés pour le groupe venant d'ailleurs suggère qu'il s'agit dans une plus forte proportion de personnes souffrant réellement de troubles mentaux.

Nous avons examiné le caractère involontaire de la fréquentation de l'urgence psychiatrique à la lumière du type de diagnostic psychiatrique posé. Le diagnostic qui se démarque est celui de dépression ou tendances suicidaires, moins de la moitié de ces personnes (41,2%) fréquentant l'urgence sur une base involontaire. Cette situation est fort différente de celle des personnes souffrant de trouble bipolaire, quatre personnes sur cinq (83,3%) étant amenées à l'urgence sur une base involontaire et de celles recevant un diagnostic de psychose (70,0%) et de schizophrénie (67,3%).

Même si la fiche de profil ne comportait pas de question précise sur la toxicomanie ou les troubles physiques, le personnel des urgences a noté que 28,0% des personnes étaient toxicomanes. Les personnes itinérantes de Montréal (31,9%) le seraient dans une proportion supérieure à celles d'ailleurs (21,0%). Les intervenants indiquent que la substance dont on abuse est surtout l'alcool, suivie par la cocaïne. Ce taux est élevé compte tenu que le Protocole pour l'application de la sectorisation exclut l'usage abusif de drogue ou d'alcool de sa définition de l'itinérance. Le personnel rapporte également que 12,0% des personnes rencontrées souffrent d'un problème physique, tel que la séropositivité ou le sida, les infections urinaires, la malnutrition et l'épilepsie. Les personnes itinérantes de Montréal semblent beaucoup plus affectées par ces problèmes (14,1%) que celles venues d'ailleurs (4,8%).

#### 4.3.3 Les services offerts par l'urgence psychiatrique

Divers types de services sont offerts à la personne itinérante par les intervenants de l'urgence psychiatrique (tableau 4.6) tels que la garde sous observation, l'offre de médicaments ou d'une ordonnance, l'hospitalisation et le suivi en consultation externe. Ils le sont dans la majorité des cas (89,3%), les personnes de l'extérieur de Montréal se voyant offrir des services dans une proportion un peu plus élevée (95,2%) que celles de Montréal (86,4%) et les femmes (96,2%) plus que les hommes (87,5%). Pour l'ensemble des personnes, les services offerts sont dans l'ordre : la garde sous observation (55,1%), l'offre de médicaments ou d'une ordonnance (48,9%), l'hospitalisation (27,8%) ou un suivi en consultation externe (4,5%).

Tableau 4.6  
Type de services offerts et acceptés par les personnes itinérantes selon leur provenance

Services	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Observations						
- offert	58	50,9	39	66,1	97	55,1
- accepté	52	92,9	35	94,6	87	93,6
Médicaments						
- offert	54	47,4	32	54,2	86	48,9
- accepté	43	87,8	26	89,7	69	88,5
Hospitalisation						
- offert	32	28,1	15	25,4	49	27,8
- accepté	26	86,7	9	69,2	37	82,2
Consultation externe						
- offert	7	6,1	1	1,7	8	4,6
- accepté	2		0		2	

Les trois premiers types de services sont acceptés dans la grande majorité des cas. Par contre, parmi les huit personnes à qui on a offert le suivi en consultation externe, seulement deux ont accepté. Une différence existe entre le pourcentage d'acceptation de l'hospitalisation par le groupe de Montréal (86,7%) et celui d'ailleurs (69,2%). Elle peut être causée par le fait qu'une plus grande proportion de schizophrènes et de personnes souffrant de trouble bipolaire, qui ont un taux plus élevé de fréquentation involontaire, se retrouve dans ce second groupe. Neuf personnes se sont aussi fait offrir une référence dans une ressource de désintoxication et huit d'entre elles l'ont acceptée.

Si on relie l'offre de services au diagnostic, on constate que les services sont presque toujours offerts (92,7% et plus). Par contre, dans le cas du diagnostic de dépression ou tendances suicidaires, aucun service n'est offert à une personne sur quatre (23,5%). Ces services sont aussi acceptés dans la grande majorité des cas. L'observation est presque toujours acceptée (92,3%), les médicaments et l'hospitalisation également (88,4% et 84,6%). Cependant, l'hospitalisation (66,7%) et les médicaments (73,3%) sont acceptés dans une proportion moindre par les personnes souffrant de troubles de personnalité. Enfin, sur les six personnes sur 39 ayant refusé l'hospitalisation, trois ont un diagnostic de schizophrénie et les trois autres se répartissent dans les trois catégories de diagnostic suivantes : psychose, troubles de personnalité, trouble bipolaire.

#### 4.3.4 Les dispositions prises lors du congé

Une disposition est prise suite à la visite à l'urgence psychiatrique pour trois personnes sur quatre (78,6%). Dans seize cas, aucune disposition n'a été prise parce que la personne est partie sans avoir reçu son congé (N=9) ou parce qu'elle a refusé (N=7). L'âge et le sexe de la personne n'influencent pas le fait qu'on prenne une disposition lors de son congé de l'urgence. Pour la majorité des personnes (78,4%), une seule disposition est prise. Deux dispositions sont prises pour 19,9% des personnes et trois pour 1,7% d'entre elles.

Tableau 4.7  
Type de dispositions prises selon la provenance de la personne itinérante

Dispositions	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Dispositions prises</b>	105	77,8	46	79,3	154	78,6
Hospitalisation	24	22,9	7	15,2	32	20,8
Transfert vers un autre établissement	19	18,1	19	41,3	40	26,0
Référence pour suivi en consultation externe	14	13,3	0	0	14	9,1
Référence vers ressource pour itinérants	40	38,1	7	15,2	47	30,5
Assistance matérielle	12	11,4	9	19,6	21	13,6
Congé chez ami-famille	6	5,7	6	13,0	12	7,8
<b>Aucune disposition</b>	30	22,2	12	20,7	42	21,4

Ces dispositions sont les suivantes (tableau 4.7) : référence vers une ressource pour itinérants (30,5%); transfert vers un autre établissement (26,0%); hospitalisation (20,8%); assistance

matérielle (13,6%); référence pour un suivi en consultation externe (9,1%); congé chez un ami ou un membre de la famille (7,8%). Une assistance matérielle (vêtements, billet d'autobus) est offerte plus souvent aux femmes lorsqu'elles quittent l'urgence qu'aux hommes (18,6% et 11,7% respectivement). Les mesures varient selon la provenance de la personne itinérante. Ainsi, le personnel des urgences offre plus d'assistance matérielle aux personnes de l'extérieur de Montréal sous la forme d'un billet d'autobus, par exemple, afin que la personne retourne chez elle. Souvent, le personnel indique que la personne est suivie dans un établissement de la région où elle habite. C'est ce qui pourrait expliquer que près de la moitié des personnes de l'extérieur de Montréal (41,3%) sont transférées vers un autre établissement. Quant aux quatorze personnes qui sont référées pour un suivi en consultation externe, elles vivent toutes à Montréal. De même, on réfère vers une ressource pour personnes itinérantes une proportion deux fois plus élevée de personnes vivant à Montréal (38,1%) qu'à l'extérieur (15,2%).

## **5. LES PERCEPTIONS DU PHÉNOMÈNE PAR LES INTERVENANTS**

Rappelons que 47 intervenants, soit 25 des urgences psychiatriques et 22 intervenants référents, ont été rencontrés individuellement ou en groupe dans le cadre de 24 entrevues semi-structurées et que celles-ci poursuivaient quatre objectifs : 1) dresser un profil des personnes itinérantes desservies (selon la définition de notre recherche<sup>14</sup>); 2) connaître l'intervention des différents acteurs auprès de ces dernières; 3) connaître les obstacles auxquels ils font face; 4) connaître les solutions qu'ils entrevoient pour améliorer les services. Les résultats de ces entrevues font état de deux grandes perceptions, voire de deux systèmes d'explication du phénomène selon les deux groupes d'intervenants. Nous regroupons ces résultats sous quatre rubriques : 1) le profil des personnes itinérantes desservies; 2) l'utilisation faite des urgences psychiatriques; 3) leur intervention et ses limites; et 4) les pistes de solutions. Nous présentons d'abord le point de vue des équipes des urgences psychiatriques, puis celui des intervenants référents.

### **5.1 Le profil des personnes itinérantes**

Les deux groupes d'intervenants décrivent de façon relativement similaire leur clientèle itinérante. Ce portrait ressemble à celui tracé à l'aide des fiches de profil, soit en majorité des

<sup>14</sup> Au début de chaque entrevue, les intervenants étaient informés de notre définition de personne itinérante.

hommes, certains précisent dans deux cas sur trois, âgés entre 25 et 45 ans, la moyenne d'âge des femmes étant plus élevée que celle des hommes (environ 45 ans). Elle est surtout composée de francophones qui proviennent du Québec. Il y a divergence sur la quantité de personnes itinérantes en question. Le personnel des urgences rapporte qu'il s'agit d'un petit nombre de cas tandis que certains intervenants référents sont d'avis contraire. Ainsi, les intervenants d'Urgences Santé notent que ce nombre est élevé, surtout au centre-ville, mais que ce territoire commence à s'agrandir vers l'est (quartier Hochelaga-Maisonneuve). Un technicien-ambulancier ajoute : “ ce que je trouve inquiétant c'est que ça augmente et ils sont de plus en plus jeunes ”. Cette divergence s'expliquerait par le fait que les intervenants référents font état des personnes qu'ils amènent à l'urgence tandis que les équipes des urgences psychiatriques connaissent ceux qui leur sont référés en consultation par l'urgentologue.

Les équipes des urgences rapportent que la schizophrénie représente le diagnostic psychiatrique le plus fréquent, “ des schizophrènes résiduels qui se sont ajustés à leur vie d'itinérance... ils vont être fous mais ils vont savoir arrêter de l'être quand c'est vraiment essentiel ”, “ ils ont toujours vécu avec leur voix ”. “ Il y a beaucoup de schizophrènes chroniques qui choisissent l'itinérance parce que c'est difficile d'établir une relation puis de maintenir des relations interpersonnelles ”. Les deux groupes d'intervenants soulignent que la toxicomanie est très présente. Elle serait associée selon certains aux troubles sévères de comportement et de personnalité et elle pourrait camoufler des troubles bipolaires. Un intervenant d'urgence estime que les deux tiers de la clientèle itinérante aurait des problèmes de psychiatrie, la même proportion, des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme et “ une bonne partie ont les deux ”. Un collègue affirme :

la grosse majorité des cas, c'est même pas des patients qu'on peut classer de façon ferme comme étant psychiatriques, c'est des gens qui présentent des troubles de comportement mais qui ont des pathologies d'alcoolisme ou d'itinérance connues depuis des années... une fois que la période de “ désintoxe ” physique est terminée, souvent les symptômes psychiatriques s'estompent, ou ne sont pas assez importants pour nécessiter une hospitalisation ou une mise en observation.

Pour les intervenants référents, la problématique psychiatrique semble plus floue. Ainsi, un policier perçoit certains itinérants comme dangereux et fous : “ mais on dirait qu'ils [le] sont jamais trop pour être enfermés, ça fait qu'ils les relibèrent tout le temps ”. Du côté des techniciens-ambulanciers, un intervenant résume la perception : “ pour nous autres, c'est comme on peut pas te dire la différence si il est psychiatrique ou pas, pour nous autres, ils le sont presque tous ”.

Enfin, les intervenants décrivent des personnes en marge de la société, en rupture ou exclues, qui vivent une multiplicité de problèmes interdépendants. Leurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie occasionnent des problèmes de santé physique, des problèmes avec la justice, des problèmes sociaux et des problèmes d'utilisation des services disponibles pour leur venir en aide. Une intervenante d'urgence souligne : “ souvent on se rend compte qu'ils sont sur la *black list* parce qu'ils ont eu des épisodes de violence un peu partout dans les hébergements ”.

## 5.2 L'utilisation des urgences psychiatriques

Les équipes des urgences psychiatriques expliquent que la principale raison de la référence à l'urgence psychiatrique est que ces personnes “ dérangent ” l'environnement. “ Les itinérants qui nous sont amenés c'est pour des comportements perturbateurs dans la société, habituellement au centre-ville ”, “ souvent elles [les femmes] sont amenées parce qu'elles étaient dans des endroits d'hébergement... [et qu'elles] posaient des problèmes ou elles semblaient errer dans la rue ”, “ it's usually behavioral complaints from other people, there are very few patients who come to the hospital because of personal distress ”. Par ailleurs, certaines personnes “ viennent avec des plaintes médicales, parfois c'est des gens qui viennent chercher de la drogue... ”. Pour leur part, les policiers seraient souvent appelés lorsque la personne est “ en manque ” ou qu'elle a trop consommé. C'est dans ce genre de situation que la personne risque d'entrer en crise et de poser un geste nécessitant leur intervention.

Selon les équipes des urgences, les principales demandes ne sont pas d'ordre psychiatrique. Les personnes itinérantes demandent rarement des soins psychiatriques même si elles sont malades. En général, ce sont des demandes pour un gîte et de la nourriture (surtout l'hiver) et quelquefois pour de la drogue, des médicaments ou pour une désintoxication, “ ils viennent ici pour être hébergés parce que... y'ont dépensé leur chèque, ... sont sur la liste noire qu'ils [les ressources d'hébergement] ne veulent pas réaccepter ”.

### 5.2.1 L'attitude des personnes itinérantes face aux soins

Contrairement aux données des fiches de profil, les intervenants des urgences psychiatriques rapportent que la plupart du temps les personnes itinérantes n'acceptent pas les services psychiatriques offerts par les urgences. Ils avancent diverses raisons : d'abord, plusieurs y sont contre leur gré et ne se considèrent pas malades; certaines craindraient le système de soins; d'autres n'auraient que le besoin de dégriser, d'un abri, de nourriture mais pas de soins psychiatriques ni de désintoxication.

Souvent les difficultés que ces gens-là ont, on parle de psychopathologie par exemple, c'est qu'il n'y a pas de difficultés. Il y a un système qui est difficile... mais c'est pas parce qu'ils sont malades... La réponse est je veux pas me faire soigner par personne puis de toute façon je ne suis pas malade.

Ces gens-là [les vieux schizophrènes] les sortir de leur psychose, ils y tiennent pas du tout... Être obligé de voir la réalité telle qu'elle est quand ça fait 25, 30 ans que t'as pris l'habitude de ne pas la regarder, le gars n'a pas de motivation à ça... Les vrais itinérants de métier t'arrives pas à les accrocher.

Souvent, ils ne sont pas en état de répondre parce qu'ils sont gelés comme une balle à cause de l'alcool ou des médicaments qu'ils ont pris. Au moment où ils sont capables de se mettre un pied en bas du lit, c'est reparti.

Selon ces derniers, ce ne sont pas des gens qui demandent des services psychiatriques. Ils s'accommodent de leur mode de vie. Quelques intervenants ajoutent que c'est leur choix.

Pour leur part, les intervenants référents se disent préoccupés par le non-recours aux services psychiatriques. Ainsi, des intervenants communautaires affirment que : “ ceux en général... qui m'inquiètent le plus, c'est ceux qui sont pas dérangeants. C'est le monsieur qui a des gros problèmes mais qui s'isole dans un coin, qui dit jamais un mot ”. Ces derniers ne sont pas référés aux urgences psychiatriques. Un psychiatre-parrain, quant à lui, souligne la grande difficulté de rejoindre la clientèle plus jeune qui “ n'a jamais été en contact avec la psychiatrie, n'a jamais eu de soins, refuse complètement toute figure d'autorité, refuse tout ce qu'on présente, a une négation de sa maladie qui est encore pire que les gens un peu plus âgés ”.

### **5.3 L'intervention des équipes des urgences et des intervenants référents**

La question du rôle des équipes des urgences psychiatriques et des intervenants référents constitue le noeud des divergences entre les deux systèmes de compréhension du phénomène des

soins psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Les premiers sont responsables de dispenser les soins psychiatriques aux personnes itinérantes en situation de crise tandis que les deuxièmes déplorent qu'elles ne sont souvent pas prises en charge ni traitées comme leur état l'exige. Chaque groupe nous livre sa perception de son rôle ainsi que des limites auxquelles ils sont confrontés.

### 5.3.1 Le rôle des intervenants des urgences psychiatriques

De façon générale, les intervenants des équipes des urgences psychiatriques, particulièrement les psychiatres, rappellent que leur mandat consiste à répondre à des personnes en situation de crise de nature psychiatrique, i.e. aux prises avec un problème psychiatrique aigu, sérieux et relativement nouveau, et à évaluer le degré et la qualité de l'urgence. Parmi les principales difficultés, ils font état de la nature des cas qui leur sont référés, des limites de la psychiatrie à l'endroit des patients toxicomanes et récalcitrants et des lois et règles en vigueur.

... j'ai tendance à ne pas insister s'ils [les vieux schizophrènes] ne me demandent rien de particulier, je vais les laisser sortir, parce que c'est futile. Si je trouve qu'il n'est pas malade ou que c'est une maladie pour laquelle je ne peux [rien] faire, je vais dire non.

... je me dis comme médecin, il me semble que je devrais lui apporter quelque chose pour qu'il soit moins délirant, moins halluciné, pour ne pas apeurer tout le monde tout le temps. Il n'était pas demandeur de rien. Je ne pouvais pas forcer un traitement parce que là il n'était pas dangereux, il était certainement bizarre mais il n'était pas dangereux.

De plus, plusieurs des cas ne seraient pas de véritables urgences psychiatriques : “ on se sent un peu démuné face à tout ça, parce qu'on sait pas trop l'aide qu'un hôpital psychiatrique peut leur apporter compte tenu qu'ils ne présentent pas nécessairement des gros cas sévères de psychiatrie, c'est souvent des problèmes d'ordre comportemental ou des troubles de personnalité ”. Ils soulèvent aussi la question des soins psychiatriques réguliers (ou non urgents), notamment ceux dispensés par le service de consultation externe de l'hôpital : “ Ça va assez bien pour les personnes qui ont besoin d'être hospitalisées parce qu'on les garde, on s'en occupe... mais c'est les gens qui auraient seulement besoin de rendez-vous rapides, en général ces gens-là on ne leur offre pas ces rendez-vous... il y a un problème dans le système, [on] aide mal ces gens-là. ”

Par ailleurs, certains considèrent que l'urgence psychiatrique n'a pas à s'occuper des patients chroniques connus, qui ne viennent pas à leurs rendez-vous en consultation externe, ni des cas de toxicomanie qui devraient être pris en charge par les ressources en toxicomanie. Ils soulignent la difficulté de recevoir ce type de patients : “ lorsqu'elles ont un double diagnostic clair et quand le

centre de désintoxication dit que quelqu'un est suicidaire, c'est comme une patate chaude, personne ne veut la tenir trop longtemps et nous disons que nous pensons que le problème primaire est l'abus de drogues et d'alcool". Pour plusieurs, ces cas représentent une grande partie de la clientèle : " La majeure, c'est l'alcoolisme et la toxicomanie, sauf que ces cas-là, c'est pas encadrable, c'est très difficile à suivre pour un hôpital de courte durée comme le nôtre ". Ceci soulève la question de l'accès aux soins et de la disponibilité de ressources adaptées pour ces personnes, particulièrement celles ayant des troubles de comportement.

Quand les gens sont sous l'effet de la drogue ou de l'alcool, la psychiatrie ne veut pas vraiment les toucher tant qu'ils ne seront pas désintoxiqués. Puis, ils ne veulent pas se faire désintoxiquer, ça fait qu'ils sont jamais suivis cette population-là...

Quand leur problème psychiatrique ou leur itinérance est jumelé à un problème de toxicomanie, ça devient très très difficile parce qu'il n'y a pas de ressources pour ces gens-là.

Le polytoxicomane qui a des troubles de comportement en plus, qui n'est pas nécessairement psychiatrique, mais qui a des fichus troubles d'adaptation, de comportement, ça fait tellement peur puis finalement il y a personne qui ose s'approcher d'eux autres.

Enfin, les équipes des urgences soulignent les contraintes des lois et des règles de l'urgence.

... c'est un contexte d'urgence, t'as 24 heures, puis là de plus en plus les normes ministérielles nous obligent à décider dans l'espace de 8 ou 12 heures. Donc, il faut que tu coures au plus pressant. Si c'est pas le candidat idéal pour aller faire une descente chez McDonald, tu le laisses partir.

... pour ces gens-là qui ne demandent rien, qui nous sont tombés dessus tout à fait au hasard, qui vont probablement être ailleurs un autre tantôt, puis qui représentent 1% de nos clients à part ça, il y a d'autres chats à fouetter, c'est aussi simple que ça.

De plus, chaque hôpital développe ses façons de faire ou son processus de filtrage en fonction des intervenants en place, de l'expérience passée, de leurs attitudes plus ou moins interventionnistes. Ainsi, un psychiatre explique qu'il lui arrive régulièrement de refuser de voir un patient référé par l'urgentologue après étude du dossier s'il juge qu'il ne peut rien faire dans son cas. Il donne l'exemple d'une personne qui refuse habituellement de collaborer aux traitements. Un autre s'interroge : " we have worked very hard at getting the emergentologist, when they ask for a consultation in psychiatry, to have some kind of a question to ask of us. So they may decide themselves the guy is a drug addict and a bum and they say psychiatry is going to say what do you want us to do? and they will get sent out ".

### 5.3.2 Le rôle des intervenants référents

De façon générale, les intervenants référents expriment des doutes, plus ou moins fortement, quant à leur rôle auprès des personnes itinérantes et ils éprouvent un sentiment de futilité sinon d'inutilité puisque, selon eux, les personnes itinérantes ne reçoivent pas de l'urgence les soins dont elles auraient besoin. En premier lieu, les techniciens-ambulanciers, selon la procédure de leur service, se préoccupent d'abord de savoir si la personne a un problème physique et procéderont à son transport même si tout semble normal : “ on est obligé de transporter tout bénéficiaire qui veut aller à un hôpital même si on sait qu'il a rien ”. Cependant, ils rapportent que : “ dès que c'est un itinérant, c'est jamais [facile]... surtout quand les urgences sont débordées, il y a beaucoup d'ouvrage, ça, ça irrite quelque peu les gens qui le reçoivent ”. Un jugement sévère est d'ailleurs formulé par la direction d'Urgences Santé : “ ... je pense pas que l'action d'Urgences Santé change quoi que ce soit. L'action des centres hospitaliers ne change rien vous savez dans... t'sais, vous le stabilisez pis vous le remettez dans la rue, bon! ”.

Les policiers, pour leur part, croient qu'on ne fait que tourner en rond puisqu'il n'y a pas de traitement en profondeur, à moyen ou long terme. Intervenir auprès des mêmes personnes de façon régulière leur pose problème. “ À un moment donné, on devient saturé. Quand ça fait sept fois dans le mois que tu transportes le même, là tu te poses des questions ”. Ceci les amène à ne plus vouloir s'occuper de certaines personnes. Selon eux, la judiciarisation ne représente pas une solution non plus mais dans certains cas, ils n'ont pas le choix de porter des accusations. La personne sera incarcérée un certain temps puis relâchée sans que rien n'ait été réglé. “ ... que tu portes des accusations, que tu l'envoies à l'hôpital, tu sais que tu vas le revoir ton bonhomme une semaine après, ça va être la même chose, il aura pas changé, pis au point de vue amélioration de sa condition il y aura absolument rien ”.

Cet avis est partagé par les intervenants des refuges et des centres de jour : “ he's arrested, he goes back to jail, he receives some medication in jail. As soon as he comes out, he doesn't have anything organized, so it's... the cycle is repeating itself ”. Ces derniers disent se sentir désarmés lorsqu'une personne itinérante est en crise car ils n'ont pas le personnel pour intervenir sur le plan professionnel. Ils ne savent pas quoi faire face à l'agressivité et au potentiel de dangerosité des personnes. Quand ces dernières provoquent des crises chez les autres personnes présentes dans le centre, il est difficile de calmer tout le monde. “ I'd say the people we are having the most difficulty with are the people that are absolutely mentally ill, refusing to take any medication or follow any treatment, the people that become aggressive easily so that they create an atmosphere that is difficult for the rest of the group to handle ”. Lorsque de telles situations surviennent, les

Intervenants savent que mettre la personne dehors ou appeler la police ne réglera rien, puisque cette dernière va “ juste lui faire faire le tour... et le lâcher ”. Selon eux, il est difficile d'amener les autorités concernées, comme la police et l'Institut Philippe Pinel, à intervenir et lorsqu'elles interviennent, “ as soon as he comes out... the cycle is repeating itself ”. C'est pourquoi dans certaines situations, les intervenants s'abstiennent de faire appel à la police ou à Urgences Santé.

Les psychiatres-parrains pour leur part, mettent en cause la formation des psychiatres : “ on est formé à l'université de façon très sophistiquée... on a presque pas appris à s'occuper vraiment de la population chronique, elle a toujours eu une très mauvaise presse ”. De plus, les médecins n'ont pas appris comment apprivoiser ceux qui ne veulent rien savoir d'eux. Ils ont été formés à travailler avec un diagnostic à la fois, à travailler l'aspect psychiatrique et psychologique mais pas la toxicomanie et l'alcoolisme de sorte que certains psychiatres sont démunis face aux nombreux diagnostics et aux interactions entre les problèmes comme c'est le cas des personnes itinérantes.

#### **5.4 Les principales contraintes à l'intervention**

Nous avons demandé aux intervenants d'élaborer sur les principales contraintes à leur intervention. Ces derniers font surtout état de la difficulté d'obtenir des renseignements sur la personne itinérante, des limites imposées par les lois concernant le malade mental, des difficultés de collaboration avec les autres acteurs et des limites liées au protocole pour l'application de la sectorisation.

##### 5.4.1 Le manque de renseignements sur les personnes

Pour les équipes des urgences, le manque de renseignements sur les personnes constitue une contrainte importante. Différentes raisons l'expliqueraient, entre autres : le refus de collaborer de la personne itinérante; le peu de renseignements transmis par la police et Urgences Santé; et l'absence de mécanismes de centralisation des renseignements de base entre les hôpitaux. Les équipes déplorent que les techniciens-ambulanciers et les policiers ne les informent pas des circonstances entourant leur intervention, de l'adresse de la personne qui a placé l'appel ni de l'endroit où ils ont pris une personne. “ Pour la retracer [l'information], on fait des téléphones, ça n'a pas de bon sens. On n'a pas d'information. Des fois, on n'a même pas le bon nom, on n'a pas la bonne date de naissance ”. Cette recherche accapare beaucoup de temps, coûte très cher au

système de soins de santé et le manque de renseignements limite l'intervention : “ on se bute toujours à ici et maintenant. C'est ce qu'on voit, c'est le portrait qu'on a ”. “ ...c'est un peu difficile de mettre un diagnostic puis un traitement quand c'est une première évaluation puisque c'est un nouveau dossier ”. De plus, ce manque d'information entrave l'application de la règle du suivi des six mois prévue au protocole. En bout de ligne, la qualité de l'intervention des équipes des urgences psychiatriques s'en trouverait compromise.

#### 5.4.2 Les limites légales

Les diverses lois encadrant la pratique auprès des malades mentaux constituent une contrainte majeure pour les deux groupes d'intervenants. Il s'agit en particulier du droit de la personne de refuser l'évaluation et le traitement ou de l'impossibilité de retenir ou de traiter une personne contre son gré sauf si elle représente “ un danger immédiat pour elle-même ou pour autrui ”. Cette question se situe au coeur du phénomène des soins psychiatriques aux personnes itinérantes. Les intervenants des ressources communautaires font état de la difficulté d'obtenir un ordre de cour pour qu'une personne se fasse évaluer par un psychiatre. Ceci est confirmé par les intervenants des urgences qui mettent en cause les modifications apportées au Code civil : “ Alors, au lieu de prendre trois heures pour avoir un ordre de cour [comme auparavant], ça peut prendre trois à quatre jours. Alors le patient qui nous arrive trois à quatre jours plus tard, il est vraiment en besoin là de médicaments, très souvent, il faut l'attacher ”.

Certains intervenants des équipes des urgences soulignent le paradoxe d'accorder la liberté de choix à des personnes dont la maladie altère la capacité de juger : “ t'es aux prises avec le droit de l'individu à définir ce qui est bon pour lui, la liberté de choix. Puis en même temps, tu parles des problèmes qui en principe enlèvent la possibilité aux gens de faire des choix éclairés, enlèvent la possibilité de juger avec discernement ”. Ceci les amène à poser la question du “ droit de la personne, [qui] devrait être un droit d'avoir de bons traitements ”. De plus, des psychiatres soulignent la difficulté d'évaluer la dangerosité : “ s'ils ne sont pas en train de frapper des gens puis de faire des menaces de mort ou qu'ils ne sont pas activement suicidaires... mais si la personne est en train de se négliger au point où ils deviennent malades, c'est difficile à dire... parfois on peut même dire que quelqu'un qui dort sur la rue en plein milieu de l'hiver est un danger pour lui-même. C'est très subjectif ”. Un psychiatre souligne aussi les limites des traitements psychiatriques dans un contexte coercitif : “ ... mon droit d'agir disparaît du moment où les conditions qui justifient disparaissent... [comment lui s'est-il senti] accueilli ou compris là-dedans? Il s'est senti plutôt

bousculé, forcé, avec une médication imposée, de toute façon je n'ai rien à faire icitte, c'était pas mon problème, ils m'ont rendu malade avec leurs affaires... ”.

Les intervenants référents sont aussi très préoccupés des limites imposées par la loi. Les intervenants communautaires mentionnent qu'on est passé d'un extrême à l'autre. Il est facile pour un psychiatre de se servir de la loi pour se débarrasser de la personne itinérante : “ tu veux pas avoir de soins? Ben t'en auras pas de soins. Tu t'en débarrasses et t'envoie la balle à quelqu'un d'autre ”. Selon eux, il est nécessaire d'interpréter la loi de façon à aider le malade, ce qui ne semble pas être fait. De plus, la loi est trop restrictive, “ il y a toutes les gens qui sont pas dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres mais qui sont dans des conditions terribles pis qui auraient besoin d'être soignés, au moins peut-être. C'est évident que c'est dangereux pour les droits de la personne quelque part, mais [faudrait] peut-être leur laisser la chance ”. Enfin, ils remettent en cause l'interprétation restrictive de la notion de dangerosité par les psychiatres et déplorent l'impuissance relative du système de soins psychiatriques face aux besoins de cette clientèle.

#### 5.4.3 Les difficultés de collaboration

Les intervenants des urgences mettent en cause la compréhension du rôle des urgences psychiatriques par certains acteurs. “ On a l'impression qu'Urgences Santé ne sait pas trop qui ramasser. Ils ramassent quelqu'un couché sur un banc,... tu cherches en vain la justification psychiatrique, il était peut-être un peu paqueté ”. Ils déplorent des cas de *dumping* de certains hôpitaux de banlieue et de CLSC, les attentes inappropriées à leur égard et le manque de communication. Une équipe cite le cas de deux patients reçus à l'urgence faute de démarches préparatoires à leur réinsertion de la part d'une prison et d'un centre de crise. Globalement, ils réagissent aux perceptions et aux attentes injustifiées non seulement des intervenants référents mais aussi des amis, des voisins, des familles et du public en général. Ces derniers associeraient souvent toxicomanie et psychiatrie de même que les comportements ne respectant pas leur échelle de valeurs et la maladie mentale. Par contre, ils apprécient la collaboration avec les organismes communautaires : “ Pour les gens qui peuvent être soignés à l'extérieur de l'hôpital avec des neuroleptiques, on a encore un bon système, Old Brewery Mission, l'Armée du Salut, moi je trouve ça extraordinaire ces gens-là; pour le suivi aussi, on peut appeler, ils vont les suivre, ils vont les renvoyer à l'hôpital ”. Cependant, ils soulignent les limites de ces ressources : “ ... the system perpetuates homelessness because they have to be out by 11 o'clock or whatever the rules are and they can't come back until 3 in the afternoon, it's different than having one stable place ”.

Pour leur part, les intervenants référents expriment une certaine frustration. Selon eux, tous essaient de se débarrasser du problème que représente cette population itinérante, le plus rapidement possible. Un intervenant d'Urgences Santé affirme : “ j'ai l'impression qu'à l'heure actuelle là, les services de santé qu'ils soient pré-hospitaliers ou hospitaliers, on se met la tête dans le sable et on répond à rien ”. Ce qu'ils veulent “ c'est avoir la paix ”. Les policiers partagent cette opinion : “ je pense qu'on les retient pas, pis peut-être dans certains cas là, je présume, on les met de côté pis on les fait attendre jusqu'à temps qu'ils prennent la porte, c'est moins de troubles ”. Ils ont l'impression de passer le problème d'un intervenant à l'autre, de le déplacer. “ ... il y a personne qui est intéressé à soigner ces gens-là pis à... t'sais on sait plus où les référer ”. Ils soulèvent également la question des listes noires qu'auraient certaines ressources communautaires. Cela a comme effet qu'à un certain moment, ils n'ont plus d'endroit où référer les personnes. Ils soulignent enfin le manque de ressources et de services disponibles pour cette population, particulièrement la nuit et les fins de semaine. Pour leur part, les intervenants des ressources communautaires reprochent à ceux des urgences psychiatriques de ne pas garder la personne suffisamment longtemps pour pouvoir mener une intervention adéquate. Une partie du problème résiderait dans le fait d'envoyer la personne dans un hôpital de garde alors qu'elle est connue ailleurs. De plus, ils déplorent ne pas être pris au sérieux par les équipes des urgences; malgré leur désir de collaboration, rien n'est fait pour les impliquer dans le dossier même si c'est chez eux que retourne la personne itinérante à sa sortie de l'hôpital. Finalement, ils déplorent être les seuls à s'occuper de cette population.

#### 5.4.4 Le protocole pour l'application de la sectorisation

Dans l'ensemble, les intervenants des urgences psychiatriques sont satisfaits du protocole parce qu'il facilite leur travail en répartissant la responsabilité d'intervenir auprès de cette clientèle difficile. Ses qualités se résument dans son utilité (“ c'est respecté, ça fait qu'on s'entend bien ”), sa souplesse, sa clarté (les intervenants savent à quoi s'attendre) et son équité (“ I would imagine that St-Luc would have a lot more itinerant population than we do, I think it is fair that everybody takes a turn ”). Par contre, du point de vue des patients, la plupart le considère comme une contrainte. Ils identifient ses principales faiblesses en termes de discontinuité des services, d'absence de suivi, voire d'inefficacité et de gaspillage de ressources : “ les gens sont vus par différents hôpitaux, à différents moments donnés et puis ça n'offre pas une continuité parce que tout le temps t'es à réévaluer la même... ”, “ après la venue dans un centre hospitalier où le bénéficiaire n'a pas été gardé, c'est le néant pour celui qui arrive, puis il tombe dans le vide puis il recommence... dans le fond on a rien réglé, économiquement ça coûte cher à tout le monde, à

l'État », “ it misses a lot of the patients that are out there ”. Ainsi, malgré la règle de suivi de six mois prévue au protocole, “ ce qui arrive malheureusement dans la plupart des cas, c'est que les gens, quand ils sont un peu mieux, qu'on ne peut plus les garder en cure fermée, vont foutre le camp avec un refus de traitement et on les perd dans la brume. À ce moment-là, on considère qu'on n'est pas responsable de les suivre parce qu'eux ont coupé le contrat ”.

De leur côté, les intervenants référents soulignent que le protocole comporte des avantages seulement pour les hôpitaux. Il y a en effet beaucoup plus de chances que les personnes itinérantes soient connues des hôpitaux du centre-ville. Ils sont d'avis qu'on ne fait que déplacer le problème en amenant une personne dans un hôpital éloigné et que cela complique le suivi.

## **5.5 Une organisation idéale des services psychiatriques**

Compte tenu des difficultés rencontrées dans la dispensation des services psychiatriques aux personnes itinérantes, nous avons demandé aux intervenants comment ils verraient idéalement l'organisation des soins psychiatriques. Les lignes directrices de ces propositions peuvent se résumer ainsi : une stratégie d'intervention dans le milieu; une centralisation des renseignements de base sur les personnes et des services; la mise sur pied de deux ou trois équipes spécialisées; le développement d'un hébergement et de services adaptés; et l'assouplissement de l'application de la *Loi sur la protection du malade mental*.

### 5.5.1 Une approche de suivi systématique clinique dans le milieu

Plusieurs intervenants des urgences préconisent d'abord une approche de suivi systématique clinique (*case management* et *outreach*) dans le milieu de vie des personnes itinérantes. Celle-ci permettrait de les rejoindre, d'établir avec elles une relation, de gagner graduellement leur confiance, de les accompagner dans les différentes démarches (de soins, de services sociaux et autres) et d'assurer un suivi.

Il faut les amadouer, il faut aller les chercher ces gens-là et essayer de leur offrir des choses qui peuvent correspondre un petit peu à leurs besoins... Puis il faut qu'ils puissent y trouver des avantages... Il va falloir qu'on aille vers eux, on n'a pas le choix, parce que ces gens-là avant d'être capables de les rentrer dans le réseau, il faut que tu établisses un lien de confiance, puis ça, ça prend du temps.

I think the hospital and the emergency room for these people should be used with somebody with a concerned identified individual who is their case manager.

Cette approche centrée sur la personne et ses besoins permettrait de s'adresser au problème du refus des soins. Certains intervenants soulignent que l'hôpital ne peut réaliser cette intervention mais qu'il doit être disponible quand le patient sera prêt à se faire soigner. Selon eux, le problème n'est pas d'abord celui des soins psychiatriques d'urgence mais celui des soins psychiatriques dans la communauté : “ je ne trouve pas que c'est là [l'urgence psychiatrique] que ça a besoin d'être amélioré, c'est dans le “ après ” ou “ avant ” ça ”.

Une équipe suggère pour sa part d'offrir les soins directement dans les refuges : “ in an ideal world, closer care, possibly closer medication monitoring for some, social services input in the different residences in the community, that doesn't address the people that are truly homeless and don't frequent these facilities, but I don't think that number is very large ”. Elle propose d'avoir une personne-contact dans la ressource au courant de la médication, du suivi recommandé, des noms du médecin et du travailleur social responsables. Dans la même perspective, un autre intervenant suggère d'utiliser le réseau des CLSC pour dispenser les services dans les ressources sur le modèle de ce qui se fait au CLSC des Faubourgs.

De façon générale, les intervenants référents proposent la même approche d'*outreach* et de suivi systématique clinique. En ce sens, des intervenants des ressources communautaires suggèrent la création d'une équipe spécialisée oeuvrant dans la communauté qui serait en lien avec les hôpitaux. Ceux d'Urgences Santé suggèrent d'avoir recours à des travailleurs de rue. Par ailleurs, un psychiatre-parrain prône l'approche d'*empowerment*. Il faut selon lui confirmer que c'est la personne qui va s'occuper d'elle-même. Il est primordial que la personne itinérante veuille se prendre en main.

### 5.5.2 La centralisation des renseignements et des services psychiatriques

Un certain nombre d'intervenants des équipes des urgences suggèrent la mise sur pied d'une banque d'information rendant disponibles les renseignements de base sur les personnes itinérantes non connues des établissements. Selon ces derniers, il s'avérerait assez facile de mettre en place cette banque d'information tout en respectant la confidentialité. Ce mécanisme permettrait aux équipes des urgences d'assurer une évaluation et un traitement plus adéquats et à long terme, et faciliterait la collaboration avec les différentes ressources isolées qui interviennent auprès de la personne itinérante.

Certains intervenants proposent également une centralisation des services d'urgence psychiatriques et de suivi pour les personnes itinérantes au centre-ville car ce dernier constitue le milieu d'appartenance de la majorité des personnes itinérantes et le lieu où sont localisés la plupart des ressources communautaires : “ ... je me demande s'il ne pourrait pas y avoir quelques hôpitaux dans le centre-ville qui soient ciblés pour que les ressources communautaires qui font la réadaptation puis le suivi puissent travailler en collaboration... que ce soit plus centralisé ”. Une équipe suggère de regrouper les services et la clientèle dans trois petits centres dans autant de secteurs de la ville qui offriraient des services spécialisés d'urgence, d'hébergement et de suivi psychiatrique. Ceci permettrait de dispenser des services plus adaptés et d'assurer une véritable prise en charge et un suivi des soins d'urgence. Par contre, une équipe estime qu'il faut plutôt revoir l'ensemble de l'organisation des services des urgences psychiatriques à Montréal et réduire le nombre d'équipes d'urgence psychiatrique à environ quatre de façon à disposer d'équipes multidisciplinaires capables de bien répondre à cette clientèle.

Les intervenants référents proposent également la centralisation des services d'urgence psychiatriques au centre-ville et prônent la mise sur pied dans les hôpitaux d'équipes spécialisées d'urgence et de suivi. Un psychiatre-parrain explique que c'est une question de logique. Les ressources pour personnes itinérantes étant au centre-ville, il faut travailler avec elles et les hôpitaux du secteur. Les intervenants d'Urgences Santé ajoutent que les centres hospitaliers éloignés ne rendent service à personne. Puisque c'est le centre-ville qui est le plus touché, ils proposent qu'il y ait une clinique ou un établissement spécialisé qui réponde aux besoins de la clientèle et qu'on cesse de les promener d'un endroit à l'autre. Les intervenants des ressources communautaires préconisent qu'on désigne deux ou trois hôpitaux dans lesquels se trouverait une équipe médicale et psychiatrique ayant pour mandat de faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital.

### 5.5.3 Développer l'hébergement et les services aux toxicomanes

Les intervenants des urgences proposent enfin le développement de services d'hébergement stables dans la communauté et de services à l'intention des personnes toxicomanes. “ L'hôpital n'est pas nécessairement le bon endroit pour traiter une toxicomanie ”. Ainsi, un intervenant préconise une formule d'hébergement dans la communauté qui permettrait l'encadrement : “ ... pendant par exemple un minimum de temps,... une ressource dite pas d'accueil mais plutôt de résidence, qu'on puisse y dire, bon on fait un protocole avec vous... et pendant six mois, à moins qu'il se présente des situations très compliquées, vous devriez rester dans cette ressource-là... [afin] qu'on puisse avoir des balises pour intervenir avec le client ”. Une autre équipe suggère le développement d'une ressource d'hébergement de dépannage pour les personnes alcooliques et toxicomanes “ spécifiquement pour ces gens-là, parce qu'ils ont pas besoin de médecin, d'infirmière... [on pourrait] leur envoyer quelqu'un qui est en état d'ébriété,... tu veux pas le mettre dehors, c'est un être humain, mais tu veux pas non plus qu'il se serve des urgences comme un abri pour la nuit ”.

Les intervenants référents mettent de l'avant des suggestions similaires. Un intervenant d'une ressource communautaire propose de créer de nouvelles ressources d'hébergement car le manque de ressources au centre-ville a comme conséquence que des gens avec des problèmes différents se ramassent tous aux mêmes endroits. Ce dernier explique qu'il faut offrir plus de choix aux personnes itinérantes. Pour leur part, les policiers préconisent le développement de programmes pour les toxicomanes puisque de leur point de vue le problème prédominant semble être la toxicomanie. Selon eux, dans le cas d'accumulation d'événements, la personne devrait être contrainte à suivre une cure fermée. Il reviendrait aux juges de référer la personne à une institution qui l'évaluerait, pourrait l'encadrer et lui assurer un suivi. Ainsi, les personnes demeurant suffisamment longtemps dans une ressource, le personnel aurait le temps de trouver le problème et d'orienter la personne vers la solution.

#### 5.5.4 L'assouplissement de l'application de la loi

Plusieurs intervenants préconisent une clarification et un assouplissement de l'application de la *Loi sur la protection du malade mental* et des autres dispositions qui constituent un frein aux soins psychiatriques aux personnes itinérantes dans le besoin. Certains proposent que la loi autorise l'intervention dans le cas où la personne met sa vie en danger “ dans un avenir prévisible ” faute de prendre soin d'elle-même, plutôt que la notion de danger “ immédiat ”. Cette disposition a été utilisée aux États-Unis, notamment à New York dans le cadre du projet *HELP*. Pour sa part,

L'Équipe Itinérance propose la mise sur pied d'un projet-pilote pour expérimenter cette approche à Montréal, lequel serait encadré par un comité aviseur représentant les milieux légal, médical, social et communautaire.

#### 5.5.5 Un plan régional d'intervention spécifique et une volonté politique

Tous les intervenants rencontrés ont manifesté leur vive préoccupation de voir le problème des soins psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants trouver enfin une solution. Les mesures qu'ils mettent de l'avant constituent autant de pistes intéressantes en vue de l'adoption d'un plan régional d'intervention spécifique pour faire en sorte que les personnes aient accès aux services dont elles ont besoin. Plusieurs ont mentionné la nécessité d'une volonté politique d'agir de la part de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre et des établissements hospitaliers. Une équipe d'urgence l'exprime ainsi :

... il va falloir que ce soit un choix de société carrément. Puis il va falloir que les établissements arrêtent de se regarder le nombril tous et chacun et de parler juste en son petit nom personnel... il va falloir que tout le monde se mette ensemble pour pousser la roue du même bord et à commencer par la Régie régionale d'arrêter de faire des beaux projets puis de les laisser sur la tablette... Un des points, c'est que la Régie dise on centralise quelque part ces informations-là, on crée une structure d'intervention régionale sans barrière de territoire...

## **6. DISCUSSION**

Les entrevues auprès des intervenants de même que l'étude de la clientèle des urgences psychiatriques de garde dans la région de Montréal enrichissent notre connaissance du phénomène des services psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ces résultats confirment ceux des études antérieures et mettent en lumière la problématique de la dispensation des soins psychiatriques à cette population. Ils remettent en cause l'organisation des services psychiatriques, l'absence des ressources dans la communauté et les approches d'intervention.

Les entrevues révèlent deux systèmes d'explication de ce phénomène qui s'avèrent divergents sur plusieurs points mais aussi complémentaires et convergents en ce qui concerne les limites du système des urgences psychiatriques en regard des besoins des personnes itinérantes et les principales pistes de solution pour remédier à la situation. De façon générale, les deux groupes ont des perceptions différentes des personnes itinérantes et du rôle des urgences psychiatriques. Dans la même veine que les études présentées dans la recension des écrits, les intervenants référents décrivent des personnes malades, désorganisées, incapables de faire face aux réalités de la vie quotidienne, désaffiliées, incapables de tolérer la frustration et de faire face au stress, abusant de l'alcool et des drogues, vivant une souffrance émotionnelle, très démunies, exclues, marginalisées, victimisées et judiciairisées. Pour certains, la perception de troubles mentaux est floue, ainsi pour les techniciens-ambulanciers, presque toutes les personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux. L'essentiel de la problématique réside, selon ces intervenants référents, dans le fait que les urgences psychiatriques ne répondent pas aux besoins des personnes itinérantes qu'elles leur amènent, qu'elles ne les traitent pas, ne les prennent pas en charge et qu'elles les remettent à la rue. Les intervenants des urgences psychiatriques de garde ne les considèreraient pas assez malades ou n'en voudraient pas et s'en débarrasseraient en ne faisant rien pour les retenir. Dans le cas des quelques personnes hospitalisées, elles seraient retournées à la rue aussitôt qu'elles sont stabilisées et le cycle recommencerait. On déplacerait donc le problème d'un intervenant à un autre parce qu'en définitive, personne ne veut s'occuper de cette population. En somme, les intervenants communautaires ont le sentiment d'être les seuls à s'occuper des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

Décrivant leur clientèle itinérante au sens de la définition de la recherche, les intervenants des urgences psychiatriques parlent de personnes souffrant de troubles mentaux, pas toujours sévères ni urgents, et de plusieurs autres problématiques comme la toxicomanie, la mésadaptation sociale et les problèmes avec la justice. Ils précisent que plusieurs ont choisi la liberté, rejettent la société et ses services, qu'ils ne demandent pas de services psychiatriques, qu'ils sont autonomes, qu'ils disposent de ressources personnelles leur permettant de se débrouiller seuls, certains préférant leur folie à la responsabilisation. La plupart de ces personnes souffriraient de troubles mentaux chroniques et refuseraient les soins et les suivis. Pour certains, il s'agirait d'une minorité parmi la clientèle des urgences de garde. Selon les intervenants des urgences, le problème principal réside dans une utilisation dysfonctionnelle de l'urgence psychiatrique notamment dans les cas d'intoxication et les cas chroniques non urgents qui ne se soignent pas. Ils ne connaissent pas les patients référés, ils ne peuvent les suivre après l'intervention, ils ne sont pas outillés pour traiter la toxicomanie ni pour encadrer ces personnes, les dispositions légales les empêchent d'intervenir

auprès des personnes récalcitrantes dont l'état ne constitue pas un danger immédiat et l'approche coercitive comporte d'importantes limites.

Les deux groupes s'entendent sur les limites du système actuel des urgences psychiatriques de garde en regard des besoins des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants associés à d'autres problématiques. Ils soulèvent non seulement la question du rôle et des limites de l'urgence psychiatrique dans la réponse à ces besoins mais également celle des services psychiatriques en général et des autres acteurs du milieu. Est-il pertinent d'aborder ces personnes de façon spécialisée, à partir de l'hôpital, une problématique à la fois, en ne tenant pas compte de leur situation globale en termes des diverses problématiques en cause, de leurs conditions et de leurs milieux de vie (absence de logement stable, de réseau de soutien et de revenu), de leur méfiance ou de leur refus des soins et de ce qui est structuré, et de leur désir de liberté dans la communauté? Quelle importance relative doit-on accorder dans l'intervention auprès de cette population aux soins de santé physique et mentale, à la réponse aux besoins de base (nourriture, logement, vêtements, sécurité) et aux activités d'insertion sociale? Enfin, quelle place doit-on réserver aux intervenants des organismes communautaires qui les hébergent, les accompagnent et constituent souvent leur seul réseau de soutien?

Les résultats de la recherche suggèrent également que l'urgence psychiatrique de garde joue le rôle de point de chute pour des personnes itinérantes en crise ou en difficulté à cause de sa grande disponibilité et de l'absence d'autres ressources dans la communauté. Le recours à celle-ci met en lumière la faiblesse des services psychiatriques réguliers, des approches d'intervention et de l'organisation des services. Il est d'ailleurs significatif que le réseau des urgences psychiatriques n'utilise pas la définition de personne itinérante du milieu. Ainsi, le système s'adresse d'abord à des patients hors secteur plutôt qu'à des personnes sans-abri, sans réseau de support significatif et sans revenu. Or, l'étude des profils de la clientèle sur une année révèle que les patients vivant sur l'île de Montréal, la plupart répondent aux caractéristiques de la définition de personne itinérante du milieu, de même qu'une grande majorité de ceux qui ont une adresse à l'extérieur. En effet, la plupart des personnes de Montréal n'ont pas de logement stable, plus du tiers n'a aucun revenu, la très grande majorité de celles qui en ont un reçoivent des prestations de la sécurité du revenu et les mesures prises suite à leur congé de l'hôpital suggèrent l'absence d'un réseau de soutien chez la grande majorité. Dans le deuxième groupe, la moitié n'a pas de logement stable, le tiers n'a aucun revenu, les deux tiers des autres reçoivent des prestations de la sécurité du revenu, trois personnes seulement tirent leur revenu d'un emploi et la majorité n'aurait pas de réseau de soutien si l'on se fie aux mesures prises par l'hôpital.

Les données sur la clientèle confirment aussi le petit nombre de personnes reçues pendant la semaine de garde (moyenne de 4,5 personnes) rapporté par certains intervenants des équipes des urgences et l'étude de Mignault (1993). De plus, l'hypothèse de personnes itinérantes utilisant ce circuit de façon répétitive, formulée par l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, est clairement infirmée. Par contre, ces chiffres diffèrent de ceux amenés par les intervenants référents, notamment ceux des techniciens-ambulanciers, qui disent amener une trentaine de personnes par fin de semaine et ceux de Raynault (1994) sur la fréquentation de l'urgence générale de l'hôpital St-Luc par les personnes itinérantes en 1988-1989 (moyenne hebdomadaire de 31,4 personnes). Ceci s'expliquerait par le phénomène de filtrage de l'urgence générale mentionné précédemment. Les données révèlent également l'existence de troubles mentaux chez la plupart des patients vus par les intervenants des urgences de garde et les autres problématiques associées comme la toxicomanie, les troubles de comportement et les démêlés avec la justice. Elles suggèrent que les urgences psychiatriques de garde rejoignent seulement une partie des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants en crise ou en difficulté, soit la portion la plus visible qui perturbe l'environnement, souvent à cause d'une intoxication, et celles qui sont les moins réticentes à la fréquenter. Elles permettent d'émettre l'hypothèse qu'une portion encore plus importante, plus discrète et récalcitrante aux services psychiatriques, se retrouve à l'urgence générale, dans les ressources communautaires et ailleurs dans la communauté.

En dépit des objectifs et des mesures concrètes prévues au Plan conjoint de la Ville de Montréal et du ministère de la Santé et des Services sociaux (1990), des rapports des Comités aviseurs au Ministre de la Santé et des Services sociaux (1991) et à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (1994), la recherche révèle que l'accès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants aux services psychiatriques pose toujours problème dans la région de Montréal. Elle fait d'une part ressortir les caractéristiques très particulières des personnes itinérantes. En effet, plusieurs d'entre elles ne possèdent pas les prérequis nécessaires à l'utilisation des services de santé mentale, comme de réaliser qu'elles ont un problème, le désir de se faire soigner, la connaissance des ressources, la confiance dans les soins, disposer de l'énergie pour faire les démarches, contrôler sa consommation, compter sur le soutien d'un réseau familial ou d'amis, avoir un logement stable, une vie régulière, être situé dans le temps, respecter sa médication et ses rendez-vous. Elle met d'autre part en lumière les limites de l'organisation des services et des approches d'intervention auprès de cette population marginale, le nombre élevé d'urgences psychiatriques, leur dispersion sur l'île, la faiblesse des ressources dans la communauté et des services psychiatriques réguliers, les limites des urgences psychiatriques dans la prise en charge et le suivi des personnes, la nécessité d'une approche qui tiennent compte des problématiques associées, de la méfiance et du refus des soins, les contraintes légales et

administratives et l'absence d'un plan régional de services pour cette population. C'est ce qui amenait Bachrach (1992) à considérer cette population comme la victime de l'échec du système de santé et des services sociaux à répondre à leurs besoins.

La recherche soulève aussi la question des rapports entre les différents intervenants en cause notamment entre les intervenants des urgences psychiatriques des hôpitaux et les intervenants de la communauté. Elle révèle les difficultés de collaboration et le manque de communication entre les deux groupes de même que sa grande importance. En effet, les intervenants des refuges et des centres de jour remplacent souvent la famille inexistante des personnes itinérantes et constituent leur seul réseau de soutien. Elle illustre aussi que la problématique dépasse celle des services psychiatriques et qu'il s'agit d'une problématique d'intégration et d'adaptation sociale. La recherche suggère également la nécessité de nouvelles approches d'intervention plus adaptées qui permettent une approche globale et un suivi de la personne. Plusieurs solutions très pertinentes sont mises de l'avant par les intervenants, entre autres au plan de l'organisation des services et de l'approche d'intervention. Elles permettraient selon nous de répondre aux besoins de cette population. Leur adoption et leur mise en oeuvre dépendent en bonne partie du leadership dont fera preuve la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux et de la collaboration entre les institutions et les intervenants du milieu.

## CONCLUSION

La population itinérante souffrant de troubles mentaux sévères et persistants représente une population marginale mal desservie par les services de santé et les services sociaux du réseau. Les intervenants des ressources communautaires, de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs et les autres intervenants de la communauté l'affirment depuis des années. Cette recherche exploratoire a permis de leur donner la parole ainsi qu'aux intervenants des 14 équipes des urgences psychiatriques, de mieux cerner cette problématique et de mettre de l'avant leurs pistes de solutions pour améliorer les services et le bien-être de cette population. Dans l'actuel contexte de restructuration des services du réseau, nous souhaitons vivement que leur message soit entendu.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bachrach, Leona L. 1992. "What We Know About Homelessness Among Mentally Ill Persons : An Analytical Review and Commentary". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, no 5, p. 453-463.
- Bachrach, Leona L., Jose M. Santiago et Michael R. Berren. 1990. "Homeless Mentally Ill Patients in the Community : Results of a General Hospital Emergency Room Study". *Community Mental Health Journal*, vol. 26, no 5, p. 415-423.
- Butler Slagg, Nancy, John Lyons, Judith A. Cook, Daniel J. Wasmer et Amity Ruth. 1994. "A Profile of Clients Served by a Mobile Outreach Program for Homeless Mentally Ill Persons". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, no 11, p. 1139-1141.
- Cohen, Neal L. 1990. "Stigma is in the Eye of the Beholder : A Hospital Outreach Program for Treating Homeless Mentally Ill People". *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 54, p. 255-258.
- Cohen, Neal L. et Sam Tsemberis. 1991. "Emergency Psychiatric Intervention on the Street". *New Directions for Mental Health Services*, no 52, p. 3-16.
- Comité aviseur auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux (Jocelyn Aubut, président). 1991. *Rapport du Comité aviseur auprès du Ministre de la Santé et des Services sociaux sur les personnes itinérantes, malades mentales et toxicomanes*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité aviseur itinérance multiproblématique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. 1994. *Projet de services pour les personnes itinérantes à problèmes multiples*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Comité des sans-abri Ville de Montréal (Jocelyn Aubut, président). janvier 1991. *Rapport du comité aviseur auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux sur les personnes itinérantes, malades mentales et toxicomanes*.
- Fournier, Louise. 1991. *Itinérance et santé mentale à Montréal. Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*. Verdun : Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Fournier, Louise et Céline Mercier. 1989. *Étude spéciale sur Dernier Recours Montréal*. Montréal : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Fournier, Louise et Céline Mercier (Sous la direction de). 1996. *Sans domicile fixe, au delà du stéréotype*. Montréal : Méridien.

- Fournier, Louise et M. Ohayon. 1993. "Itinérance et troubles mentaux : proposition d'un cadre de référence pour les travaux de recherche". *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, St-Étienne (France), 16-19 juin 1992*, vol. Masson, tome IV, p. 220-234.
- Goldfinger, Stephen M. 1986. "'Treating" a Homeless Mentally Ill Patient Who Cannot Be Managed in the Shelter System". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 6, p. 577-579.
- Laberge, Danielle et Daphné Morin. 1995. "The Overuse of Criminal Justice Dispositions : Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems?". *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 18, no 4, p. 389-414.
- Lamb, Richard H. 1990. "Will We Save the Homeless Mentally Ill?". *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, no 5, p. 649-651.
- \_\_\_\_\_. 1992. "Perspectives on Effective Advocacy for Homeless Mentally Ill Persons". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, no 12, p. 1209-1212.
- Lamb, Richard H. et Robert W. Grant. 1983. "Mentally Ill Women in a County Jail". *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, p. 349-368.
- Lamb, Richard H. et Doris M. Lamb. 1990. "Factors Contributing to Homelessness Among the Chronically and Severely Mentally Ill". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, no 3, p. 301-305.
- Lamb, Richard H., Leona L. Bachrach et F. I. Kass. 1992. *Treating the Homeless Mentally Ill, a Report of the Task Force on the Homeless Mentally Ill*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Lipton, Frank R., Albert Sabatini et Steven E. Katz. 1983. "Down and Out in the City : The Homeless Mentally Ill". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, no 9, p. 817-821.
- Mercier, Céline, Claire Robitaille et Guylaine Racine. 1994. *Les mesures d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux du programme conjoint à l'intention des personnes itinérantes de Montréal (Rapport d'évaluation déposé au Comité de suivi)*. Verdun : Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Migneault, Pierre. 1993. *Pratiques psychiatriques auprès des patients itinérants et sans-abri : quelques leçons et pièges*. Document non publié. Montréal : Centre hospitalier Douglas.
- Ministère de la Main d'œuvre et de la Sécurité du revenu. 1988. *Les sans-abri au Québec. Étude exploratoire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1992. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mossman, Douglas et Michael L. Perlin. 1992. "Psychiatry and the Homeless Mentally Ill : A Reply to Dr Lamb". *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, no 7, p. 951-957.
- Plante, Marie-Carmen et Yvan Monette. 1990. *L'itinérance et le psychiatre : plus qu'un questionnaire, un engagement*. Montréal : Département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc.

- Raynault, Marie-France, Renaldo N. Battista, Lawrence Joseph et Louise Fournier. 1994. "Motifs d'hospitalisation et durées de séjour d'une population d'itinérants de Montréal". *Revue canadienne de santé publique*, vol. 85, no 4, p. 274-277.
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. 1994. *Itinérance. Analyse et propositions d'un mécanisme régional de coordination. Projet-pilote*. Montréal : Service aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale.
- Robert, Marie. 1990. *L'impact de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur l'itinérance*. Montréal : Groupe de recherche et d'analyse sur les politiques et les pratiques pénales, Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal.
- Roth, Dee et Gerald J. Bean. Jr. 1986. "New Perspectives on Homelessness : Findings From a Statewide Epidemiological Study". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 7, p. 712-719.
- 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.
- Thibaudeau, Marie-France, Pierre Verenka et Jean Fortier. 1999. *Le suivi systématique clinique des personnes itinérantes souffrants de troubles mentaux sévères et persistants*. Cahiers de recherche du CRI. Montréal : Collectif de recherche sur l'itinérance.
- Ville de Montréal et ministère de la Santé et des Services sociaux. 1991. *Programme conjoint à l'intention des personnes itinérantes de Montréal*. Montréal.