

**Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profil, services d'urgence psychiatrique et nouvelles interventions**

Marie-France THIBAUDEAU, Responsable de la recherche  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Jean FORTIER, Agent de recherche  
CLSC des Faubourgs

Paule CAMPEAU, Agente de recherche  
Collectif de Recherche sur l'Itinérance  
Département de sociologie  
Université du Québec à Montréal

**Avril 1997**

Rapport de recherche remis à la Régie régionale  
de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre



## **AVIS**

La présente recherche origine d'un projet du CLSC des Faubourgs et a été subventionnée par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Les auteurs-es du rapport sont membres du Collectif de Recherche sur l'Itinérance (CRI). Le collectif est un regroupement volontaire de chercheurs-es et d'intervenants-es du milieu de l'itinérance qui travaillent en partenariat. Le CRI a été mis sur pied grâce aux subventions du Conseil québécois de la recherche sociale.

Les analyses et les conclusions de ce rapport n'engagent que les auteurs-es.



## REMERCIEMENTS

Ce projet a été rendu possible grâce à la collaboration et au soutien de plusieurs personnes et de nombreuses organisations. Nous remercions d'abord, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre d'avoir accepté de subventionner ce projet, en particulier Madame Nicole Paré-Fabrice des Services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale et Monsieur André Cimon des Services de santé mentale.

Cette enquête a pu se réaliser grâce à l'appui des chefs des 14 urgences psychiatriques et à l'excellente collaboration des membres de leurs équipes qui ont recueilli les données. Nous les remercions de leur patience et de la qualité de leur contribution au projet. Nous soulignons l'apport précieux de tous les intervenants interviewés : les membres de ces 14 équipes des urgences psychiatriques, les policiers des anciens postes 25 et 33, la direction et les ambulanciers d'Urgences-Santé, les psychiatres-parrains et les intervenants de l'Accueil Bonneau, du Centre St-James, de Chez Doris, de la Maison du Père et de Old Brewery Mission. Leur préoccupation à trouver des solutions à la problématique à l'étude transparaît dans les entrevues et dans leur excellente collaboration au projet.

Nous remercions les membres du Comité aviseur de la recherche de leurs commentaires et de leurs conseils : Dr Nadia Szkrumelak du Comité de coordination des urgences psychiatriques, Madame Christiane Doray de l'hôpital Jean-Talon, Dr Marie-Carmen Plante de la Table des psychiatres-parrains, Madame Nicole Fournier de l'Accueil Bonneau, Monsieur Germain Lévesque de la Maison du Père, Dr Bastien, Dr Kalina, et Dr Martin d'Urgences-Santé et le lieutenant Jean Sergerie du poste 33 du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Nous remercions également le Collectif de Recherche sur l'Itinérance (CRI) pour son soutien technique et ses précieux conseils, particulièrement Mesdames Danielle Laberge, co-responsable du CRI, Daphné Morin, professionnelle de recherche, et l'équipe technique qui a contribué à la mise en forme de ce rapport.

Enfin, nous voulons souligner la contribution essentielle de l'ensemble de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, notamment de Madame Hélène Denoncourt et de Monsieur Pierre Verenka qui ont formulé le projet initial, de Messieurs Thomas McKeown et Jacques Gagné qui ont cru et appuyé le projet, de Monsieur Michel Bédard qui, conjointement avec Pierre Vérenka, ont réalisé les projets-pilotes et recueilli les données et du Dr Marie-Carmen Plante qui les a soutenu tout au long du projet à titre de psychiatre-consultante.



## RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Dans la région de Montréal, un certain nombre de personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux sévères et persistants et ne sont pas traitées. Elles vivent dans la rue, dans les refuges et dans les centres de jour. Leur contact avec le système de soins psychiatriques survient le plus souvent lorsqu'elles sont amenées à l'urgence psychiatrique de garde par la police ou Urgences-Santé à cause d'une crise ou de difficultés. L'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs dont le mandat est de faciliter l'accès des personnes itinérantes aux services de santé et aux services sociaux, de même que les intervenants des ressources communautaires oeuvrant auprès des personnes itinérantes sont confrontés depuis quelques années à ce phénomène. Les services d'urgence psychiatrique à la population itinérante sont régis par le Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A. Cette entente entre les services de psychiatrie répartit la garde entre les 14 urgences psychiatriques de la région montréalaise. Chaque urgence est ainsi responsable d'accueillir les patients itinérants adultes, à tour de rôle, soit une semaine à la fois. Face au défi du traitement de ces personnes, l'Équipe Itinérance obtenait en janvier 1995 de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre des fonds pour réaliser une étude dont les objectifs sont les suivants : connaître les profil des personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde et les services psychiatriques dispensés, connaître les perceptions que les intervenants ont de l'utilisation de ces urgences par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et évaluer deux approches nouvelles d'intervention auprès de ces personnes. Ainsi, une étude descriptive exploratoire a été menée auprès des 14 urgences afin de recueillir des données sur le profil de la clientèle itinérante amenée à ces urgences et sur les services dispensés. De plus, des entrevues ont été réalisées avec les intervenants du réseau : des 14 équipes des urgences, des ressources communautaires, des ambulanciers d'Urgences-Santé, des policiers et des psychiatres-parrains. Une étude évaluative a aussi été réalisée sur le projet de maillage entre l'Équipe Itinérance et les urgences et sur le projet de *case management* avec un groupe de personnes itinérantes très malades.

L'étude de la situation des personnes prises en charge par les *case managers*, l'enquête de fréquentation et les entrevues dressent le profil de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, lourdement handicapées, désorganisées, démunies au plan du logement, du revenu, de la capacité à administrer leurs biens de même qu'au plan social, sans réseau de soutien significatif, souvent toxicomanes, récalcitrantes aux soins et manifestant des troubles de comportement. La très grande majorité des personnes n'ayant pas d'adresse fixe sur l'île de Montréal correspond à cette population-cible de même qu'une bonne partie des autres ayant une adresse à l'extérieur de l'île. L'étude établit que très peu de personnes itinérantes fréquentent l'urgence psychiatrique de garde, en moyenne, trois par semaine du premier groupe et une et demie du deuxième. De plus, cette fréquentation concerne des personnes différentes, le plus souvent inconnues de l'établissement, dont la grande majorité est amenée par Urgences Santé et les policiers sur une base involontaire. L'évaluation des professionnels révèle que les trois quarts de la clientèle de l'île de Montréal, un peu plus dans le cas de celles de l'extérieur et des femmes, souffrent de troubles mentaux sévères. Les troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale s'avèrent les diagnostics les plus fréquents du groupe de Montréal et des femmes tandis que la schizophrénie se retrouve plus souvent dans le groupe de l'extérieur et chez les hommes. Malgré son exclusion du protocole, on note la présence de la toxicomanie chez le tiers des personnes du groupe de Montréal. L'analyse des résultats suggère que plusieurs facteurs concourent pour qu'une faible partie de la population-cible fréquente les urgences psychiatriques de garde et que celle-ci concerne surtout les personnes qui perturbent l'environnement par leurs comportements violents, étranges, caractéristiques d'une crise ou d'un abus d'alcool ou de drogues.

L'étude établit clairement les limites des urgences psychiatriques de garde pour répondre aux besoins de soins de la population-cible en l'absence de services psychiatriques réguliers et de logements adaptés dans la communauté. Malgré que les urgences constituent la seule ressource disponible en cas de difficulté ou de crises, leur mandat, leur nombre élevé et leur dispersion sur l'île, les lois qui encadrent leur pratique et les moyens à leur disposition font en sorte qu'elles ne peuvent répondre aux attentes de la communauté. Tandis que les intervenants communautaires, les ambulanciers et les policiers manifestent une grande insatisfaction face aux services des urgences de garde, les professionnels, de leur côté, font état du manque d'information sur les patients, des restrictions légales à leurs interventions et de l'utilisation dysfonctionnelle de leurs services, notamment dans le cas de troubles mentaux chroniques non urgents ou de troubles mentaux associés à la toxicomanie. Les résultats soulèvent la question des ressources disponibles pour cette population dans la communauté et celle des approches adaptées aux personnes itinérantes récalcitrantes aux soins, considérées comme pas assez malades, toxicomanes ou souffrant de troubles de personnalité ou de comportement. Très peu de personnes sont prises en charge par l'hôpital de garde et le suivi pose un problème. Aussi, l'enquête met en lumière l'importance des ressources communautaires pour les personnes itinérantes. En effet, le nombre de personnes qu'on leur réfère, suite à la visite à l'urgence, s'avère un peu plus élevé que le total des personnes qui sont hospitalisées et référées en consultation externe. L'expérience de *case management* révèle l'importance fondamentale des conditions de vie des personnes itinérantes qu'on veut aider, notamment le fait d'avoir un toit et un revenu. Or, le plus souvent, les organismes communautaires leur assurent ces conditions et leur offrent le soutien en remplacement d'une famille ou d'un réseau de soutien inexistant.

L'expérience-pilote de *case management* s'avère concluante malgré sa courte durée et les ressources limitées qui y furent affectées. L'évaluation confirme que l'approche a permis d'améliorer la condition des sujets, leur collaboration aux soins et a facilité le travail des intervenants des ressources communautaires et des institutions concernées. Les *case managers* ont réussi à approvisionner les personnes et à entreprendre des démarches de soins psychiatriques et de réinsertion sociale. L'approche globale qu'elle permet par son intervention multidisciplinaire s'avère prometteuse pour la population-cible. L'évaluation des intervenants met en évidence leur désir de voir ce service continuer sur une base permanente, le besoin des intervenants communautaires de recevoir plus de soutien des *case managers*, le besoin pressant de logements supervisés et l'importance de la collaboration étroite entre tous les intervenants. Même si l'évaluation du projet-pilote de maillage représente une piste intéressante de collaboration entre les urgences et l'Équipe Itinérance, cette approche ne saurait apporter une solution valable à la discontinuité des soins, à la difficulté du suivi, au manque de renseignements sur les personnes itinérantes et à l'utilisation dysfonctionnelle des urgences.

Les intervenants préconisent de modifier le système des urgences psychiatriques de garde en diminuant le nombre des urgences, en les centralisant au centre-ville et en les dotant d'équipes spécialisées responsables aussi du suivi des soins. Ils suggèrent l'adoption d'une approche d'*outreach* et de *case management* dans la communauté comme façon de rejoindre la population-cible et de faciliter son accès aux soins de santé et aux services sociaux. Ils recommandent le développement de ressources d'hébergement pour les toxicomanes refusés dans les ressources existantes. Ils proposent aussi de clarifier et d'assouplir la *Loi sur la protection du malade mental* et la mise sur pied d'un fichier central sur la clientèle itinérante respectant la confidentialité. D'autres recommandations sont présentées à la fin du rapport.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	v
RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE .....	vii
TABLE DES MATIÈRES .....	ix
LISTE DES TABLEAUX .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
<b>PARTIE 1</b> <b>LES PERSONNES ITINÉRANTES SOUFFRANT DE TROUBLES</b> <b>MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS : PROFIL ET SERVICES</b> <b>D'URGENCE PSYCHIATRIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 1</b> <b>LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>5</b>
1.1 L'objet de l'étude.....	5
1.2 Le cadre de l'étude .....	6
1.3 Les objectifs de la recherche.....	7
1.4 Les retombées possibles.....	7
<b>CHAPITRE 2</b> <b>LA RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>9</b>
2.1 Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.....	10
2.1.1 Les caractéristiques des personnes .....	10
2.1.2 Le rapport aux services psychiatriques .....	13
2.2 Les services psychiatriques.....	17
2.2.1 Les caractéristiques du système de soins.....	18
2.2.2 Les services psychiatriques à Montréal.....	21
2.2.3 Les traitements psychiatriques.....	23
<b>CHAPITRE 3</b> <b>LA MÉTHODE DE RECHERCHE .....</b>	<b>29</b>
3.1 Le devis .....	29
3.2 La définition des termes.....	29

3.3 Le milieu et la population à l'étude.....	30
3.4 Les instruments de collecte de données .....	31
3.4.1 Une fiche de profil.....	31
3.4.2 Guide d'entrevue des équipes d'urgence.....	31
3.4.3 Guide d'entrevue des autres acteurs .....	32
3.5 Le déroulement du projet.....	32
3.6 L'éthique du projet.....	33
3.7 Les limites de l'étude.....	33
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>LES UTILISATEURS DES SERVICES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ....</b>	<b>35</b>
4.1 La fréquentation des urgences psychiatriques.....	36
4.2 Les caractéristiques sociodémographiques de la personne itinérante .....	38
4.2.1 Le sexe et l'âge.....	38
4.2.2 Le lieu de résidence des personnes itinérantes.....	39
4.2.3 Le revenu .....	41
4.3 Les modes et les motifs de fréquentation de l'urgence psychiatrique .....	42
4.3.1 Le caractère volontaire et les motifs de la fréquentation de l'urgence psychiatrique.....	42
4.3.2 La provenance de la personne itinérante.....	44
4.3.3 Les antécédents hospitaliers de la personne itinérante.....	46
4.4 L'intervention pratiquée par le personnel de l'urgence psychiatrique .....	47
4.4.1 Les problématiques liées à la toxicomanie et les troubles physiques .....	47
4.4.2 La problématique psychiatrique de la personne itinérante.....	48
4.4.3 Les services offerts.....	50
4.4.4 Les dispositions prises lors du congé.....	54
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>LES PERCEPTIONS DU PHÉNOMÈNE PAR LES INTERVENANTS.....</b>	<b>57</b>
5.1 Le profil des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.....	58
5.1.1 Le portrait sociodémographique .....	58
5.1.2 La problématique psychiatrique.....	59
5.1.3 Les autres problématiques .....	61

5.2 L'utilisation des urgences psychiatriques par les personnes itinérantes.....	63
5.2.1 Les raisons de la référence à l'urgence.....	63
5.2.2 Les demandes des personnes itinérantes.....	64
5.2.3 L'attitude des personnes itinérantes face aux soins .....	64
5.3 L'intervention des équipes des urgences psychiatriques et des autres acteurs.....	67
5.3.1 Le rôle des intervenants des urgences psychiatriques et ses limites .....	67
5.3.2 L'intervention des autres acteurs et ses limites .....	70
5.3.3 Les principales contraintes.....	72
5.4 Les pistes de solution .....	83
5.4.1 Les aménagements au cadre actuel.....	83
5.4.2 L'organisation idéale des services psychiatriques.....	86
<b>CHAPITRE 6</b> <b>DISCUSSION.....</b>	<b>93</b>
6.1 Le profil de la population-cible.....	93
6.2 Les services de l'urgence psychiatrique.....	103
<b>PARTIE 2</b> <b>LES PERSONNES ITINÉRANTES SOUFFRANT DE TROUBLES</b> <b>MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS : NOUVELLES INTERVENTIONS.....</b>	<b>111</b>
<b>CHAPITRE 7</b> <b>L'APPROCHE DE MAILLAGE .....</b>	<b>113</b>
7.1 Les objectifs du maillage .....	113
7.2 Les activités de maillage.....	114
7.3 Les résultats et l'évaluation de l'activité de maillage.....	115
7.3.1 Le rapport du travailleur social.....	115
7.3.2 Les résultats du questionnaire d'évaluation du maillage par les urgences psychiatriques .....	115
7.3.3 La participation au maillage .....	116
7.3.4 L'information sur le projet .....	117
7.3.5 La satisfaction.....	117
7.3.6 L'impact du maillage.....	119
7.3.7 Le suivi souhaité.....	120
7.4 Discussion.....	121

CHAPITRE 8	
LE CASE MANAGEMENT.....	123
8.1 Les objectifs et le fonctionnement de l'équipe.....	124
8.2 La recension des écrits.....	124
8.2.1 L'outreach.....	125
8.2.2 Le case management.....	128
8.3 La méthodologie.....	131
8.3.1 Le devis.....	131
8.3.2 La population.....	132
8.3.3 Les instruments.....	133
8.3.4 Les limites de l'évaluation du case management.....	136
8.4 Les activités de case management.....	136
8.4.1 La méthode d'analyse du journal de bord.....	137
8.4.2 La description des activités et des observations du case manager de mai à décembre 1995.....	138
8.4.3 La description des activités et des observations du case manager de décembre 1995 à mai 1996.....	143
8.4.4 Le journal de bord général.....	143
8.5 Les résultats de l'évaluation des clients.....	144
8.5.1 L'évaluation en décembre 1995.....	144
8.5.2 L'évaluation en mai 1996.....	147
8.5.3 Les perceptions des intervenants des refuges et des centres de jour quant à la condition des personnes itinérantes.....	149
8.6 Les opinions de l'équipe du projet (juillet 1996).....	149
8.7 L'opinion de l'Équipe Itinérance.....	155
8.8 L'évaluation du case management par des ressources communautaires et des institutions.....	155
8.9 La discussion.....	159
8.9.1 Les éléments de base du case management.....	161
CONCLUSION.....	163
APPENDICES.....	169
BIBLIOGRAPHIE.....	239

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1	
Nombre de personnes itinérantes ayant fréquenté les urgences psychiatriques durant la semaine de garde .....	37
Tableau 4.2	
Âge de la personne itinérante selon le sexe et la provenance (N et %).....	38
Tableau 4.3	
Type d'hébergement de la personne itinérante selon la provenance.....	39
Tableau 4.4	
Type de résidence selon le mois et la provenance .....	41
Tableau 4.5	
Source de revenu de la personne itinérante selon la provenance .....	42
Tableau 4.6	
Caractère volontaire de la fréquentation de l'urgence psychiatrique selon la provenance	43
Tableau 4.7	
Motifs de fréquentation de l'urgence psychiatrique selon la provenance.....	43
Tableau 4.8	
Référents à l'urgence psychiatrique selon la provenance.....	45
Tableau 4.9	
Type de diagnostic psychiatrique selon la provenance de la personne itinérante.....	48
Tableau 4.10	
Type de diagnostic psychiatrique selon la fréquentation (% des rangées) .....	50
Tableau 4.11	
Type de services offerts selon le diagnostic psychiatrique (N et %).....	51
Tableau 4.12	
Type de services offerts et acceptés par les personnes itinérantes selon leur provenance.....	52
Tableau 4.13	
Acceptation des services offerts selon le diagnostic psychiatrique posé .....	53
Tableau 4.14	
Type de dispositions prises selon la provenance de la personne itinérante .....	55
Tableau 7.1	
Participation au maillage.....	116
Tableau 7.2	

Satisfaction face aux services .....	118
Tableau 7.3	
Satisfaction face à l'intervention.....	118
Tableau 7.4	
L'impact du maillage.....	119
Tableau 7.5	
Les effets du maillage et le suivi souhaité.....	120
Tableau 8.1	
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données .....	132
Tableau 8.2	
Liste des activités et des observations du case manager notées dans le journal de bord .	140
Tableau 8.3	
Aide donnée par l'équipe (N = 9) .....	156
Tableau 8.4	
Satisfaction des répondants (N = 9).....	156
Tableau 8.5	
Contribution du case management à l'amélioration de la condition des personnes itinérantes et des services (N = 9).....	157
Tableau 8.6	
Évaluation globale du case management (N = 9).....	157
Tableau 8.7	
Les services de l'urgence psychiatrique (N = 9) .....	159

## INTRODUCTION

Dans la région de Montréal, un certain nombre de personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux sévères et persistants et ne sont pas traitées. Elles vivent dans la rue, dans les refuges et les centres de jour. L'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, dont le mandat est de faciliter l'accès des personnes itinérantes aux services sociaux et de santé, de même que les intervenants des ressources communautaires oeuvrant auprès de ces personnes sont confrontés depuis quelques années à ce phénomène. Lorsque ces personnes sont en crise ou en difficulté, les intervenants font appel à Urgences-Santé et à la police pour les amener à l'urgence psychiatrique de garde. Cependant, souvent les personnes reviennent quelques heures plus tard, sans avoir reçu les soins nécessaires. C'est le retour au point de départ.

De leur côté, les professionnels des urgences psychiatriques de garde seraient également démunis face à cette clientèle faute de renseignements sur elle. Avec les règles du jeu actuelles relatives à la durée du séjour à l'urgence et celles de la Loi sur la protection du malade mental, ils devraient donner congé au malade récalcitrant après quelques heures à l'urgence. C'est le retour à la rue, sans prise en charge et sans traitement.

Les services d'urgence psychiatrique à la population itinérante sont régis par le Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A (Szkrumelak et Prelevic, 1992). Cette entente entre les services de psychiatrie répartit la garde entre les 14 urgences psychiatriques de la région montréalaise. Chaque urgence est ainsi responsable d'accueillir les personnes itinérantes adultes âgées de 18 ans et plus, et ce à tour de rôle, soit une semaine à la fois. Conséquences de la désinstitutionnalisation, de la Loi sur la protection du malade mental, du manque de ressources d'hébergement appropriées, les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants posent un défi au réseau des services de santé et des services sociaux de Montréal. L'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs obtenait en janvier 1995, de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, des fonds pour cerner le phénomène de l'utilisation des urgences psychiatriques par la clientèle concernée et pour proposer des avenues de solution.

Le rapport est divisé en deux parties. Dans la première partie qui comprend 6 chapitres, il est question de l'enquête auprès des 14 urgences psychiatriques, soit la problématique, la recension des écrits, la méthode de recherche ainsi que les résultats et une discussion relative à cette partie. La deuxième partie comprend deux expériences-pilotes, soit le maillage auprès des 14 urgences psychiatriques et le *case management* avec un petit groupe de personnes itinérantes. Une conclusion et des recommandations complètent ce rapport.

## PARTIE 1

### LES PERSONNES ITINÉRANTES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS : PROFIL ET SERVICES D'URGENCE PSYCHIATRIQUE



## CHAPITRE 1

### LA PROBLÉMATIQUE

#### 1.1 L'objet de l'étude

Dans la région de Montréal, un certain nombre de personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux sévères et persistants et ne sont pas traitées. Elles vivent sur la rue, dans les refuges et les centres de jour. Leur contact avec le système de soins psychiatriques survient le plus souvent lorsqu'elles sont amenées à l'urgence psychiatrique de garde par la police ou Urgences-Santé à cause d'une crise ou de difficultés. Quelques unes s'y rendent d'elles-mêmes, parfois accompagnées par un intervenant du milieu.

Les intervenants des ressources communautaires oeuvrant auprès des personnes itinérantes de même que l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs<sup>1</sup>, dont le mandat est de faciliter l'accès des personnes itinérantes aux services de santé et aux services sociaux, sont confrontés depuis quelques années à ce phénomène. Dans les refuges et les centres de jour, ces intervenants font parfois face à des personnes coupées de la réalité, désorientées, perturbées, incapables à prendre soin d'elles-mêmes et à administrer leurs biens. Lorsque ces personnes sont en crise ou en difficulté, les intervenants font appel à Urgences-Santé et à la police pour les amener à l'urgence psychiatrique de garde. Cependant, les personnes reviennent souvent quelques heures plus tard, sans avoir reçu de soins. C'est le retour au point de départ; parfois il y a recul quand les personnes itinérantes perdent confiance dans les intervenants qui ont fait la démarche.

De leur côté, les professionnels des urgences psychiatriques de garde seraient également démunis face à la clientèle itinérante qui leur est amenée faute de renseignements sur elle, en l'absence de dossier et d'autres éléments tels que les ressources fréquentées. Il n'existerait pas de mécanisme pour fournir les renseignements de base facilitant leur intervention. De plus, avec les règles du jeu actuelles relatives à la durée de séjour à l'urgence et celles de la Loi sur la protection du malade mental, bien souvent, ils devraient donner congé au malade récalcitrant après quelques heures à l'urgence. C'est le retour à la rue, sans prise en charge et sans traitement.

---

<sup>1</sup> Anciennement le CLSC Centre-Ville. Cet organisme a fusionné avec le CLSC Centre-Sud au cours du projet. Afin d'éviter une confusion, nous emploierons, tout au long du rapport, le nouveau nom, soit CLSC des Faubourgs.

## 1.2 Le cadre de l'étude

Les services d'urgence psychiatrique à la population itinérante sont régis par le Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A<sup>2</sup> (Szkrumelak et Prelevic, 1992). Cette entente entre les services de psychiatrie de la région répartit la garde entre les 14 urgences psychiatriques<sup>3</sup> de la région montréalaise. Chaque urgence est ainsi responsable d'accueillir les patients itinérants adultes (âgés de 18 ans et plus), et ce, à tour de rôle, soit une semaine à la fois. Pour les fins de ce protocole, 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)

Une liste de répartition des malades itinérants, constituée par le Comité de coordination des urgences psychiatriques, sert à déterminer quel hôpital aura la responsabilité d'évaluer et de traiter les personnes itinérantes qui sont amenées à l'urgence par la police et par Urgences-Santé. Ne sont pas soumis à ce protocole de sectorisation 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).

Les services psychiatriques offerts aux patients itinérants sont :

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

Les personnes itinérantes confrontent le réseau des services de santé et sociaux de Montréal avec ses limites. Les conséquences de la désinstitutionnalisation, de la non-institutionnalisation, de la Loi sur la protection du malade mental, des règles du jeu entourant la durée de séjour à l'urgence, du manque de lits pour une hospitalisation, du choix de certains patients chroniques d'être traités dans les ressources communautaires, du manque de ressources d'hébergement appropriées posent

---

<sup>2</sup> Afin de ne pas être répétitif, nous utiliserons à l'occasion le terme protocole de sectorisation ou tout simplement celui de protocole.

<sup>3</sup> Ce nombre est passé à douze suite à la fermeture des hôpitaux Reddy Memorial et Reine Elizabeth.

le défi du traitement des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants vivant dans la communauté.

### **1.3 Les objectifs de la recherche**

Pour cerner le phénomène de l'utilisation du réseau des urgences psychiatriques de garde par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs présentait à l'automne 1993 un projet de recherche à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Les connaissances que nous cherchions à développer dans le cadre de cette recherche concernent le nombre de ces personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde, leurs principales caractéristiques, l'existence d'un “noyau dur” de personnes fréquentant ce circuit de façon répétitive et les services dispensés par les urgences psychiatriques en réponse à ces besoins. Les questions de recherche sont donc les suivantes : 1) quelles sont les caractéristiques des personnes itinérantes fréquentant le circuit des urgences psychiatriques de garde à Montréal? 2) Comment les services d'urgence psychiatrique répondent-ils à leurs besoins? Une question plus globale s'ajoute et chapeaute le volet projet-pilote (deuxième partie) : 3) comment améliorer l'intervention auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, vivant en milieu ouvert et qui sont en crise ou en difficulté?

En conséquence, les objectifs poursuivis par la recherche sont les suivants :

- connaître le profil des personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde et les services psychiatriques dispensés;
- connaître les perceptions que les intervenants concernés ont du phénomène de l'utilisation des services de l'urgence psychiatrique de garde par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants;
- évaluer deux projets-pilotes qui ont pour but d'améliorer les services à cette clientèle soit le maillage et le *case management*.

### **1.4 Les retombées possibles**

En améliorant les connaissances sur cette clientèle et les services des urgences psychiatriques de garde et en expérimentant deux approches novatrices d'intervention auprès d'elle (deuxième partie), nous visons l'amélioration du traitement et du bien-être des personnes itinérantes

souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et, comme moyen d'y arriver, nous privilégions l'articulation et la consolidation des interventions des réseaux public et communautaire de la santé et des services sociaux. De façon plus spécifique, nous espérons que l'ensemble de ce projet avec son volet enquête et son volet projet-pilote serve à :

- clarifier jusqu'où nous pouvons aller dans la situation actuelle pour traiter adéquatement cette clientèle dans la communauté, dans quels cas réussissons-nous, dans quels cas est-ce inadéquat;

- nous éclairer sur les limites de la Loi sur la protection du malade mental et des autres règles du jeu actuelles et sur les alternatives possibles;

- identifier d'autres formes de collaboration possibles et souhaitables entre les ressources communautaires, l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs et les urgences psychiatriques dans le but de donner une réponse plus adéquate à cette clientèle démunie.

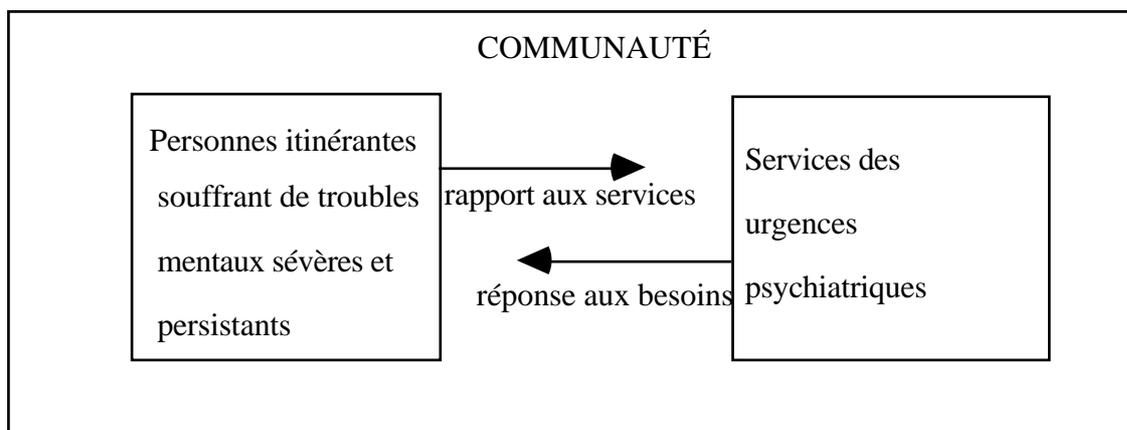
## CHAPITRE 2

### LA RECENSION DES ÉCRITS

Il existe une documentation scientifique abondante sur le phénomène des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et leur utilisation des services psychiatriques, surtout aux États-Unis, à partir de 1980. L'ampleur du phénomène de l'itinérance et le nombre de personnes itinérantes malades mentales ont créé depuis cette époque une situation d'urgence sociale qui a incité l'Association des psychiatres américains à mettre sur pied un groupe de travail sur cette problématique. En 1984, cette Association présentait sa position de même que ses recommandations d'action au gouvernement américain (Lamb, 1990 : 649). De plus, d'importants fonds de recherche ont été mis à la disposition des chercheurs, ce qui explique le grand nombre d'écrits scientifiques sur la question.

Nous présenterons cette recension des écrits selon le cadre de référence 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 et leur réponse aux besoins de cette clientèle.

#### LE CADRE DE RÉFÉRENCE



Voyons d'abord le portrait que dressent les différentes études des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et de leur utilisation des services psychiatriques.

## **2.1 Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants**

### 2.1.1 Les caractéristiques des personnes

Dans une conférence présentée en 1990, les docteurs Plante et Monette de l'hôpital St-Luc à Montréal citent Farr (1986) qui, selon eux, synthétise bien les caractéristiques de la clientèle :

La majorité des patients mentaux itinérants sont en rupture de banc avec la société, ils manquent de nourriture ou de logis, ils 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 : 4; traduction des auteurs)

Plusieurs autres auteurs abordent cette question. Lamb (1990 : 650) mentionne qu'une grande proportion de ces personnes tend à être résistante à la prise de médication psychotrope et au traitement en général. À cause de leur maladie, plusieurs sont incapables de profiter des situations de vie qui leur sont disponibles. Par exemple, certaines personnes ont un logement mais sont trop paranoïdes pour y rester. Selon lui, les incapacités fonctionnelles causées par la maladie sévère constituent un facteur contributif important à l'itinérance. Ces déficits incluent la désorganisation de la pensée et des actions, une faible capacité à solutionner les problèmes et un manque d'habileté à se mobiliser à cause de la dépression. De plus, cette dépression et la paranoïa les empêchent d'accepter l'aide offerte. Ainsi, dans une étude réalisée auprès de 53 patients, Lamb et Lamb (1990 : 303) notent que 43% étaient désorganisés et peu habiles à résoudre les problèmes, 30% étaient aussi trop paranoïdes pour accepter l'aide, 6% trop déprimés pour s'en sortir et 17% combinaient la désorganisation et la dépression. Les auteurs ajoutent qu'au moins les deux tiers de

ces personnes sont aux prises avec un sérieux problème d'abus d'alcool ou de drogues. Lamb et Lamb concluent 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 pour la soigner.

Dans une étude des dossiers de 90 patients sans adresse et ne résidant pas en refuge de l'urgence psychiatrique de l'hôpital Bellevue à New York, Lipton et ses collaborateurs (1983 : 821) soulignent la prévalence plus élevée du diagnostic de schizophrénie dans ce groupe (72,2%) et leurs séquelles comme patients chroniques : déficits sociaux, inhabileté à tolérer la frustration et à faire face au stress. Pour ces patients, les bureaucraties comme celle de la sécurité sociale seraient insurmontables, ce qui les priveraient des rares ressources publiques disponibles. Bachrach (1992 : 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 en cause la croyance selon laquelle ces personnes " ont choisi " l'itinérance comme mode de vie, qui serait aussi contredite par plusieurs études. À ce propos, elle cite une patiente :

*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 : 462)*

Dans une étude précédente réalisée auprès de 185 patients itinérants au moment de la consultation à l'urgence psychiatrique de l'hôpital communautaire Kino en Arizona, Bachrach et ses collaborateurs (1990) soulignent que ces derniers représentaient 22% de la clientèle de l'urgence psychiatrique et que ce pourcentage augmentait à 33% si on incluait les périodes d'itinérance au cours des trois derniers mois. Ces patients avaient " très peu de ressources de toutes sortes, financières et sociales; ils étaient des individus marginaux, sans racine, sans-abri et sans réseau de soutien social adéquat " (1990 : 422). Butler-Slagg et ses collaborateurs (1994 : 1139) insistent sur ce manque de réseau de soutien. Ces personnes seraient plus désaffiliées des réseaux de

soutien que les autres malades mentaux et cette désaffiliation pourrait constituer un facteur les ayant amenées à l'itinérance. Elle contribuerait aussi à leur fragilité psychologique, à leur taux élevé de mortalité et rendrait plus difficile la dispensation des services psychosociaux; ces personnes seraient donc très difficiles à rejoindre et sous desservies.

Dans leur recension des écrits, Fournier et Mercier (1996 : 121) rapportent que 28% à 37% des sans-abri “ ont présenté une pathologie mentale au cours de leur vie, 3,3% à 5% ont actuellement des troubles cognitifs, 7,8% à 13% ont déjà souffert ou souffrent encore de schizophrénie, 8,2% à 17,5% ont eu ou ont un trouble de dépression majeure et environ 5%, un trouble bi-polaire ”. Les auteurs ajoutent qu’“ habituellement les prévalences de la schizophrénie sont beaucoup plus élevées lorsque l'évaluation diagnostique est faite par un psychiatre lors d'une entrevue clinique... Dans ces derniers cas, les prévalences se situent aux environs de 30% ” (p. 121).

Dans une étude non publiée sur la clientèle itinérante de la semaine de garde de l'urgence psychiatrique de l'hôpital Douglas, Migneault (1993) observe une fréquentation hebdomadaire moyenne de six personnes durant les huit semaines étudiées et fait état des diagnostics de schizophrénie paranoïde chronique (29%), de désordres de la personnalité (21%), de désordre affectif de type bipolaire (15%) et de trouble d'adaptation (10%). Il note également un diagnostic de dépendance ou d'abus de substance chez le quart (25%) des personnes.

Pour sa part, dans une étude de la clientèle des missions et refuges à Montréal, Fournier (1991) note que 16,4% des personnes souffrent de schizophrénie, que la catégorie des 30 à 44 ans est la plus affectée par les troubles mentaux sévères et chroniques et que 74% de ces derniers présentent également des troubles liés à la consommation de substances toxiques de sorte que 32% de l'ensemble des sujets ont un double diagnostic.

Fournier et Ohayon (1993), dans une recension des écrits sur l'itinérance et les troubles mentaux, décrivent ainsi la clientèle :

... les SDF [sans domicile fixe] présentant des troubles mentaux se différencient par une moins bonne santé physique, une histoire d'itinérance plus longue, une plus longue histoire d'utilisation des refuges, par le fait qu'ils sont plus démunis par rapport au marché du travail, qu'ils ont moins de contacts avec la famille et les amis ou présentent une plus grande désaffiliation, qu'ils sont plus méfiants, qu'ils évitent les services de santé, qu'ils sont plus victimisés et davantage impliqués dans des activités criminelles. (Fournier et Ohayon, 1993 : 224)

Les auteurs rappellent les études de Lamb et Grant (1983) et de Belcher (1988) et notent que la criminalité est souvent une problématique additionnelle pour les SDF présentant des troubles mentaux. La première étude, menée auprès de 101 femmes incarcérées et souffrant de maladie mentale, montre que 40% étaient SDF au moment de l'arrestation et que 58% étaient schizophrènes. La deuxième conclut que les malades mentaux SDF, en particulier ceux qui combinent une maladie mentale sévère, une tendance à décompenser dans un environnement non-structuré et une incapacité à se conformer au traitement après l'hospitalisation, sont les plus à risque de se retrouver dans le système carcéral. Enfin, les auteurs reprennent les théories explicatives de la maladie mentale chez les SDF, notamment celles de Appleby et Desai (1987) et de Bassuk (1984). Selon ces dernières, l'itinérance se caractériserait par la rupture du lien social qui se traduit par le désengagement face à ce qui est valorisé socialement et face aux relations interpersonnelles. Elle représente le “ fond du baril ” qui est atteint suite à plusieurs déceptions relationnelles et à une série de crises et d'opportunités manquées, de même que le point culminant d'un désengagement graduel face aux relations de soutien et aux institutions parce que la souffrance ou la peur de revivre certaines expériences douloureuses sont trop grandes.

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

### 2.1.2 Le rapport aux services psychiatriques

Dans une étude des multiproblématiques chez les personnes itinérantes de Montréal, le Comité aviseur itinérance multiproblématique (1994 : 12) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre caractérise ces personnes comme ayant déjà refusé les services traditionnels du réseau des services de santé et des services sociaux ou ayant été refusées

par ce dernier. Il inclut aussi les jeunes adultes de 18 à 25 ans qui n'ont jamais eu accès aux services. Au total, le Comité estime qu'il existe à Montréal un minimum de 1 250 personnes itinérantes de 18 ans et plus et qui souffrent à la fois de troubles mentaux sévères et persistants et de toxicomanie de même que de maladies physiques et qui fréquentent les ressources du grand Montréal. Selon le Comité, ces personnes vivent des conditions de vie précaires, subissent les effets de l'isolement, de l'incompréhension et du rejet et ont besoin de services qui dépassent les états de crise et s'adressent à leurs problèmes chroniques.

Dans son rapport, le Comité (1994 : 22-23) livre les résultats de son enquête auprès de cette population sur l'utilisation de l'ensemble des services en place. On y distingue les réponses selon le sexe. Ainsi, les répondantes expriment que des attitudes autoritaires de certains intervenants ont eu pour effet de retarder toute démarche de demande d'aide. De plus, 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 un manque de respect de la personne qui est en crise, la brutalité des hommes dans la rue et l'incompréhension de certains policiers. Les répondants, quant à eux, se plaignent de la froideur des contacts avec certains intervenants. Ils disent rencontrer parfois un manque d'hospitalité et d'écoute. Quand on leur demande ce qu'ils apprécient dans les services et les ressources, les répondantes soulignent avoir accepté de l'aide parce qu'elles 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.

Dans cette enquête, certaines personnes itinérantes qui ont réussi à s'en sortir ont également été interrogées. Elles considèrent qu'elles ont eu du succès dans leur démarche parce qu'elles ont pu établir une 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.

Dans leur recension, Fournier et Ohayon (1993 : 223) mentionnent que Arce et ses collaborateurs (1983) caractérisent un des trois types de personnes itinérantes, les SDF qui dorment dehors (*street people*), par leur plus grande difficulté à s'engager dans les services, leur besoin d'un plus grand soutien une fois engagées dans les services et leur plus grand besoin de soutien social. Cette catégorie regroupe plus de personnes psychotiques présentant un diagnostic de schizophrénie et quelquefois d'abus de substances, une histoire d'hospitalisation psychiatrique et une grande variété de problèmes de santé. Dans une recension récente, Fournier et Mercier (1996 : 136) font état de l'étude de Sachs-Ericsson et ses collaborateurs (1994) qui compare les itinérants utilisant les

services de santé mentale aux non utilisateurs. Les résultats montrent que les premières ont plus de problèmes : “ par exemple, ils avaient été sans abri plus souvent (4 fois contre 3 fois), ils étaient plus nombreux à souffrir de dépression majeure (21,7% contre 6%), à avoir des problèmes d'abus d'alcool et de drogue (30,4% contre 14,9%) et à présenter un trouble de personnalité antisociale (19,6% contre 6%) ”.

Lorsqu'elles font des crises, les personnes itinérantes sont amenées à l'urgence psychiatrique ou parfois au poste de police, s'il s'agit d'une infraction. À New York, Cohen et Tsemberis (1991) notent que 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 à la fois la fragilité de cette population, son isolement et son aliénation face au soutien existant et au système de traitement.

Fournier et Ohayon (1993 : 229) résumant ainsi le rapport des personnes itinérantes aux services psychiatriques : cette population sous-utilise les services; elle refuse souvent la médication et la psychothérapie; 20% des patients quittent l'hôpital sans avoir obtenu leur congé et peu sont référés dans les services de suivi à long terme. Ces individus ont peur d'être réhospitalisés, préfèrent la vie dans la rue qui leur offre la liberté, l'anonymat et la distance interpersonnelle souhaitée. Certains nient leur maladie et ils sont plus intéressés à combler leurs besoins de base qu'à utiliser les services psychiatriques. Les auteurs présentent aussi les résultats de l'étude de Kalifon (1989) auprès des SDF hospitalisés. Ce dernier :

... constate que 62,5% des patients interrogés nient leur problème de santé mentale (type 1) et, soit cherchent un toit, soit essaient de fuir une situation défavorable. Pour les autres patients (37,5%), la maladie explique l'hospitalisation et le problème de logement résulte de la maladie (type 2). Ainsi seulement 26% du type 1 versus 72% du type 2 désire un traitement une fois dans l'hôpital. (Fournier et Ohayon, 1993 : 229)

De façon générale, les études concluent que plusieurs personnes itinérantes considèrent l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme service de placement vers d'autres programmes ou services. Ces dernières auraient plus d'intérêt pour les programmes résidentiels et d'aide au logement et moins pour les médicaments. Dans une histoire de cas, Goldfinger (1986) décrit comment un patient, résidant dans un refuge, ne fait pas la

démarche pour consulter la clinique externe de psychiatrie située à deux rues de là, à la fois parce qu'il ne se reconnaît pas malade et à la fois parce qu'il se sent incapable d'entreprendre la démarche. Plusieurs auteurs affirment que les services offerts diffèrent des services demandés et des besoins les plus souvent exprimés par les personnes itinérantes malades psychiatriques. Ainsi, Bachrach (1992 : 459) mentionne que les services dont a besoin cette population sont multiples, variés et souvent différents de ce que peuvent offrir les services traditionnels, par exemple : l'accès facile à des toilettes, à un téléphone et à des boîtes à lettre pour recevoir leur chèque du Bien-Être, à des services de dépouillage.

D'autres auteurs mentionnent l'utilisation dysfonctionnelle des services. Cohen et Tsemberis (1991 : 5) soulignent que les personnes itinérantes malades mentales ont l'habitude de recourir aux services d'urgence des hôpitaux. Cela correspond à leur façon d'utiliser les services médicaux et psychiatriques comme c'est souvent le cas de la part des personnes démunies souffrant d'alcoolisme, d'abus de drogue et de maladies chroniques. Cette façon d'utiliser les services fait en sorte que la continuité des soins devient extrêmement difficile pour ces patients. Dans leur recension des écrits, Fournier et Ohayon (1993 : 224) signalent que cette clientèle et celle abusant de substances font davantage usage des services d'urgence que les autres SDF mais qu'ils ne consultent pas nécessairement à propos de ces problèmes. Ceci s'expliquerait par la plus grande vulnérabilité et la plus grande victimisation des malades mentaux et par un plus grand nombre de problèmes de santé physique résultant de leurs problèmes d'abus de substances ou de leur maladie mentale. Dans une étude sur l'utilisation des services de santé réalisée auprès de 170 personnes itinérantes de San Francisco, Surber et ses collaborateurs (1988 : 117) notent aussi une très forte utilisation de l'urgence : 76% y avaient été traitées. Les auteurs soulignent que le tiers avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, que 22% avaient reçu des services de santé mentale durant l'année et que près de 60% avaient un problème d'abus d'alcool et de drogue, chronique dans le deux tiers des cas.

Enfin, plus près de nous, une étude des dossiers de 245 personnes itinérantes hospitalisées à l'hôpital St-Luc de Montréal (Raynault et al., 1994 : 275) durant l'année 1988-89 révèle que les troubles mentaux constituaient le diagnostic principal de la grande majorité (62,9%). On note aussi, dans le cas de ces dernières, un nombre moyen d'admission de 1,7 fois, une durée moyenne de séjour de 13,9 jours, un nombre de visites à l'urgence variant de une à 19 fois avec une moyenne de 4,6 visites. 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. Raynault et ses collaborateurs mentionnent aussi qu'une toxicomanie a été identifiée chez 66,9% de ces dernières, que les professionnels de la santé

ne connaissaient le statut d'itinérance de leurs patients que dans 63,7% des cas et que la très grande majorité des patients (90,6%) quitte l'hôpital avec le consentement du médecin. Même si ces informations débordent la fréquentation des services psychiatriques, elles ajoutent un éclairage intéressant au rapport des personnes itinérantes avec les services hospitaliers d'un hôpital situé au centre-ville de Montréal.

Il ressort de cette première partie de la recension des écrits portant sur les caractéristiques des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants que leur rapport aux services psychiatriques représente un problème sérieux et complexe. Méfiantes au point de refuser l'aide, coupées des réseaux de soutien traditionnels et du réseau de soins, plusieurs de ces personnes ne se reconnaissent pas malades mais pourtant elles souffrent, sont isolées et sans ressources. Leur maladie diminue leurs capacités de sorte qu'elles se sentent dépassées face à un système de soins mal adapté à leur réalité psychologique et à leur condition de sans-abri. Plusieurs sont schizophrènes, âgées de 30 à 44 ans et abusent de l'alcool et des drogues. En conséquence, elles sous-utilisent les services de santé mentale; lorsqu'elles sont hospitalisées, elles collaborent peu et adhèrent peu au traitement; et, lorsqu'elles utilisent les services, elles le font de façon dysfonctionnelle par le biais des services d'urgence. Enfin, cette population présente des problématiques multiples et complexes à traiter, elle est victime de la maladie comme de la société et elle illustre l'échec des services psychiatriques en place. Passons maintenant à la deuxième partie de la recension portant sur les caractéristiques des services psychiatriques.

## **2.2 Les services psychiatriques**

Rares sont les articles qui se limitent aux services d'urgence psychiatrique, les auteurs traitent généralement des services psychiatriques hospitaliers comme un tout. En premier lieu, nous présenterons plusieurs écrits qui analysent le système de soins psychiatriques comprenant l'ensemble des services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ils convergent dans leur critique de l'insuffisance des mesures mises en place après la désinstitutionnalisation et ses conséquences en terme d'accessibilité aux services. Par la suite, nous examinerons deux rapports d'étude portant sur la situation montréalaise des services psychiatriques aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Enfin, nous ferons état des écrits discutant des approches d'intervention à privilégier auprès de cette clientèle.

### 2.2.1 Les caractéristiques du système de soins

Plusieurs auteurs mettent en cause la désinstitutionnalisation psychiatrique pour expliquer le nombre important de malades mentaux qui se retrouvent sur la rue dans les grandes villes nord-américaines. Il y a trente ans, ces personnes auraient été hospitalisées en psychiatrie sur une plus ou moins longue période. En général, les auteurs font valoir que très peu de services furent mis en place dans la communauté afin de traiter et d'aider ces personnes à se loger et à se réinsérer socialement, particulièrement dans le cas des malades chroniques. Tandis que les plus vieux ont reçu leur congé de l'hôpital psychiatrique, les plus jeunes ne l'ont pas connu. Les études dont nous avons fait état précédemment ont déjà mis en évidence le taux très élevé d'hospitalisations psychiatriques antérieures de cette population. Dans leur recension des écrits sur la question, Fournier et Ohayon (1993 : 230) rapportent le point de vue de deux grandes associations de santé mentale américaines qui mettent en cause l'organisation des services résultant de la façon dont la désinstitutionnalisation a été faite. Selon ces dernières, la condition de SDF chez les malades mentaux est révélatrice d'un manque de ressources adéquates et de barrières dans l'accessibilité aux services pour ces malades. Ainsi les services sont réservés aux personnes qui sont moins malades, ils sont fragmentés, inadéquats et sectorisés; les responsabilités ne sont pas spécifiques et les attentes sont inappropriées. En conséquence, ces associations défendent le parachèvement d'un système de services en santé mentale communautaire qui soit accessible, coordonné et complet et préconisent que l'accent soit mis sur le soutien au logement et au revenu.

Dans une étude sur l'impact de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur l'itinérance, Robert (1990 : 45-46) insiste sur le problème d'accès aux services externes de psychiatrie qui desservent les malades chroniques vivant dans la communauté. 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. Selon l'auteure, les services de première ligne du réseau institutionnel sont assurés par les urgences des hôpitaux et les cabinets des omnipraticiens tandis que l'hospitalisation est envisagée en dernier lieu comme mode de prise en charge. Elle cite à ce sujet les résultats d'une étude de Dorvil (1987) réalisée à l'hôpital Louis-H Lafontaine, selon laquelle 54,9% des utilisateurs de l'urgence n'avaient pas été vus en consultation externe durant les six derniers mois précédant leur consultation, malgré le fait qu'un fort pourcentage y était inscrit. Elle affirme que la grande faiblesse actuelle du système de soins est la rupture entre les services offerts à l'intérieur de l'hôpital et ceux offerts à l'extérieur.

Roth et Bean (1986) soulignent également le fait que, dans ce contexte de désinstitutionnalisation, on n'ait pas prévu mettre en place dans la communauté des ressources de logement structuré, des traitements et de la réadaptation et ils déplorent l'adoption de politiques d'admission à l'hôpital trop restrictives. Pour sa part, Lamb (1990 : 649) reprend la position du groupe de travail de l'Association des psychiatres américains selon laquelle l'itinérance met en évidence la déficience des services aux malades mentaux chroniques. Le groupe préconise la mise en place d'un système complet et intégré de soins à leur intention. Ce système devrait comprendre un éventail de ressources de logements supervisés et offrant du soutien; un système de *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*) lorsque nécessaire.

Cohen et Tsemberis (1991 : 6) soulignent également la faiblesse de la coordination entre les services existants qui obligent les patients chroniques à se promener de façon cyclique entre l'urgence psychiatrique, la rue et la prison. Ils déplorent l'absence de continuité entre les services internes et externes des hôpitaux et le manque de coordination entre les systèmes de santé mentale, de justice et de services sociaux de même qu'ils soulignent la rigidité de leurs structures administratives. Ils ajoutent qu'il existe une cassure (*disruptive division*) entre les services de santé mentale et les services aux toxicomanes. D'autres auteurs soulignent aussi que ces deux catégories de troubles sont habituellement traités dans deux systèmes de soins complètement différents de sorte que le client tombe facilement entre les mailles du système. Cohen et Tsemberis concluent que les personnes itinérantes malades mentales deviennent en quelque sorte les conséquences les plus visibles des dysfonctions des systèmes de services et ils traduisent l'échec des politiques de désinstitutionnalisation à procurer des alternatives viables dans la communauté.

Dans un article précédent, le même auteur (Cohen, 1990 : 255) met également en cause l'attitude du personnel en santé mentale qui stigmatise ces patients. Tandis que certains sont considérés comme de bons patients (meilleur fonctionnement, introspectifs), d'autres sont considérés comme incapables ou ne voulant pas accepter les traitements établis et en profiter de façon valable (patients chroniques ou abusant de drogues). Cette résistance consciente ou non des cliniciens à soigner ces patients affecterait la disponibilité et l'efficacité des traitements nécessaires. Cohen mentionne le cas des malades mentaux qui abusent de l'alcool ou des drogues. Ces derniers sont souvent vus par le personnel comme manipulateurs et non motivés à accepter les soins. À

l'urgence psychiatrique, ces patients sont souvent stéréotypés comme intraitables de sorte qu'on leur refuse l'admission.

Plus près de nous au Québec, Laberge et Morin (1995 : 395-400) examinent aussi cette question de l'absence de motivation de même que l'influence du cadre légal de l'intervention sur l'accessibilité aux services psychiatriques des personnes présentant la double problématique santé mentale - justice. Selon les 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 où les ressources sont limitées. Au sujet du cadre légal, Laberge et Morin soulignent 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 de refus, ajoutées à une perception très négative de la clientèle, constituent des freins puissants à son accès aux soins psychiatriques, surtout dans les hôpitaux généraux. Elles mentionnent que le critère de dangerosité n'est pas défini par la loi, laissant son interprétation 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. “ Dangerous ” persons precisely figure among those not welcome in health services, particularly in general hospitals. The general hospital environment is considered poorly equipped to deal with such situations, whether in terms of personnel, equipment, or security. (Laberge et Morin, 1995 : 398)*

En somme, pour caractériser le système de soins psychiatriques, les auteurs mettent en évidence le caractère inadéquat, inadapté, fragmenté, incomplet, non coordonné, inaccessible et insuffisant des services psychiatriques offerts aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ils relient ce phénomène à la façon dont s'est faite la désinstitutionnalisation, au financement, à l'organisation des soins, à la sévérité et à la complexité des problèmes de la clientèle et à ses conditions de vie.

### 2.2.2 Les services psychiatriques à Montréal

Pour compléter ce portrait des services psychiatriques et cerner de plus près la situation montréalaise, examinons deux rapports d'études portant précisément sur la question : le rapport Aubut et le rapport du Comité aviseur itinérance multiproblématique. Le premier accorde une place importante à la description des services existants et le second met l'accent sur les services à développer.

### *Les services existants*

En 1991, un Comité aviseur du Ministre de la Santé et des Services sociaux présidé par le Dr Aubut analysait les services dispensés aux personnes itinérantes malades mentales et toxicomanes à Montréal. Dans son rapport, le Comité (Aubut et al., 1991 : 6, 14) constate que cette clientèle est bien connue dans différents points de service du réseau médical et social mais qu'elle ne s'y accroche pas. Il fait état d'une " itinérance " au travers du réseau de soins qu'il explique par divers facteurs : les préjugés ou le manque de connaissances des intervenants, la non adaptation des services aux besoins, un certain manque de ressources, le refus de toute forme d'encadrement par les personnes itinérantes à cause de leur style de vie ou de leur maladie et surtout, l'impuissance engendrée par la lourdeur, la chronicité et la complexité de la clientèle. Plus loin, il ajoute : " cette itinérance n'est pas uniquement liée au fait que les ressources ne sont pas adaptées à la clientèle, il y a surtout le fait que la personne doit d'abord réaliser qu'elle a un problème, qu'elle désire le modifier, qu'elle connaisse bien les différentes ressources pouvant l'assister et finalement qu'elle s'y rende " (Aubut et al., 1991 : 14). En conséquence, le Comité recommande de mettre en place un service de *case management* ayant pour fonctions de dépister et d'appriivoiser cette clientèle, d'identifier et de prioriser ses besoins, de la référer, de l'accompagner dans les services et de faire la liaison au travers du réseau de prise en charge.

L'année précédente, en 1990, la Ville de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration du Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de Montréal mettaient en place un programme conjoint pour faciliter l'accès des personnes itinérantes aux services de santé et aux services sociaux. En novembre 1991, dans une adaptation du programme conjoint suite à la fermeture de Dernier Recours Montréal, les parties se fixent entre autres 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 : 1). Le programme prévoit en conséquence :

Une équipe de quatre *case managers* ou intervenant(e)s primaires affecté(e)s à la clientèle des personnes itinérantes, malades mentales et toxicomanes sera constituée et rattachée à Diogène. Cette équipe aura pour fonctions, entre autres, le dépistage de la clientèle à risque, l'appivoisement de cette clientèle qui est souvent récalcitrante à toute intervention, la référence rapide aux ressources et l'accompagnement de la personne dans ses différentes démarches. Cette équipe est disponible pour sa clientèle 24 heures par jour. De plus, elle collabore de manière très étroite avec l'équipe volante logée au CLSC Centre-Ville et l'unité spécialisée décrite ci-après. (Ville de Montréal et MSSS, 1991 : 9)

Dans une récente évaluation de suivi de ce programme, Mercier et ses collaboratrices (1994 : 15, 34-35) constatent que l'accessibilité aux services d'urgence psychiatrique 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 les hôpitaux sont sensibilisés et ouverts 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.

### *Les services à développer*

En 1994, la Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre recevait le rapport du Comité aviseur itinérance multiproblématique qu'elle avait mandaté pour définir un projet de services spécialisés à l'intention des personnes itinérantes à problèmes multiples. Les personnes itinérantes ciblées dans le rapport souffrent à la fois de graves problèmes de santé mentale et de toxicomanie auxquels s'ajoutent souvent des maladies physiques. Le rapport trace d'abord un portrait des besoins de la population et résume les apports des écrits scientifiques sur les services à développer. Il privilégie une approche psychosociale qui s'appuie sur une vision d'ensemble de la personne et vise l'intégration et l'alliance des approches sociale, psychiatrique et médicale. Ainsi, cette approche globale vise à aider la personne à reprendre du pouvoir sur elle-même et sur son environnement afin d'en arriver à mieux se maîtriser et à désirer prendre soin d'elle.

Le rapport du Comité (1994 : 19, 24) énumère certains indicateurs de succès pour les services à mettre en place : être capable de répondre aux différents besoins des personnes,

comprendre leurs besoins variés et concrets, assurer la continuité de l'information auprès d'elles, être accessibles où elles se trouvent, individualiser les services tout en les adaptant à la réalité quotidienne de la personne, assurer une flexibilité dans le fonctionnement du système pour ce qui est de la durée de séjour, favoriser des attitudes de tolérance et s'adresser aux problèmes concrets pour lesquels ces personnes demandent de l'aide. Enfin, le Comité propose des principes directeurs : la coordination des services, une gamme complète de services, l'accessibilité, la continuité des soins, l'accompagnement stable et l'aide à la sortie de l'itinérance et à l'intégration dans un nouveau milieu de vie et d'appartenance.

### 2.2.3 Les traitements psychiatriques

Les écrits sur les services aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants accordent une place importante au débat sur les approches d'intervention auprès de cette clientèle. Plusieurs articles sont consacrés aux approches d'*outreach* et de *case management* comme façons à la fois de s'adresser à la méfiance et au refus des soins, de rejoindre les personnes et de dispenser les soins requis. Les deux rapports dont nous venons de prendre connaissance y faisaient une large place. Ces approches seront étudiées de façon plus détaillée dans la deuxième partie du présent rapport traitant des nouvelles interventions. Nous nous limiterons ici au débat sur les traitements psychiatriques, notamment au sujet de l'approche coercitive, et sur la finalité de l'intervention.

#### *L'approche coercitive*

Les articles de Lamb (1990, 1992), Lamb et ses collaborateurs (1992) et de Mossman et Perlin (1992) sont au coeur de ce débat. Selon Lamb (1992 : 1211) et ses collaborateurs (1992 : 8), cette population a besoin et a un droit fondamental d'être soignée, même contre son gré. Ils soulignent que nous ne pouvons pas en bonne conscience abandonner ces malades à la vie dangereuse, chaotique et précaire de la rue. Nous devons agir avec les ressources disponibles en place, 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 être volontaire mais, si nécessaire, elle devrait être

involontaire. Cette hospitalisation devrait être brève, le temps de traiter la crise, mais pour certaines personnes elle pourrait se prolonger.

Lamb affirme 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 de la part des patients chroniques (1990 : 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 les plus difficiles en milieu ouvert, c'est-à-dire dans la communauté.

Enfin, Lamb préconise l'élargissement de la Loi du malade mental pour permettre l'hospitalisation involontaire de la personne non seulement en cas de dangerosité pour elle-même ou pour autrui mais aussi en cas d'incapacité grave due à la maladie mentale et en cas d'inhabileté à assurer ses propres besoins de base (se nourrir, se vêtir et se loger). L'auteur réfère donc à des patients mentaux sévèrement atteints dont le jugement et la capacité de décider sont affectés. Il fait siennes aussi l'ensemble des recommandations de l'Association des psychiatres américains présentées plus haut, notamment celle concernant la mise en place de services de *case management*.

Plus près de nous, à Montréal, dans un livre consacré à la schizophrénie, Lalonde (1988 : 120-122) semble partager certains éléments de cette vision quand il affirme que certains schizophrènes chroniques : “ ont encore besoin de vivre dans un milieu protégé, car même s'ils reçoivent une médication appropriée et une thérapie de milieu attentive, ils n'ont pas développé suffisamment de capacités pour être autosuffisants en société ” (p.122). Il ajoute : “ le traitement est compliqué du fait que souvent le patient ne perçoit pas le problème ou n'est pas motivé à chercher une solution,... chez le schizophrène, l'apathie et le manque de volonté doivent être considérés comme des symptômes de la maladie ” (p.120). Par contre, Lalonde insiste plutôt sur le traitement à long terme de ces malades après l'hospitalisation en préconisant trois niveaux d'intervention : 1) le traitement biologique à l'aide des neuroleptiques, 2) le traitement psychosocial par la thérapie de milieu basée sur la réduction des stimulations, la surveillance et le réconfort,

l'encouragement à l'hygiène personnelle et l'enseignement à propos de la maladie et du traitement et 3) l'intervention sociale par une approche psychoéducatrice auprès de la famille et l'entraînement aux habiletés sociales (p.108). Selon l'auteur, les thérapeutes doivent développer des méthodes thérapeutiques “ qui pourront intéresser ces patients et les amener à s'impliquer progressivement dans un apprentissage d'habiletés sociales ” (p.121).

### *L'approche volontaire*

Pour leur part, Mossman et Perlin (1992 : 952-955) conçoivent les services à offrir à cette population de façon totalement différente de celle de Lamb. Selon eux, Lamb (1990, 1992) et ses collaborateurs (1992) ne tiennent compte que des aspects individuels et biologiques de la clientèle et négligent l'ensemble du contexte social et économique. En effet, cette population est confrontée à de nombreux problèmes parmi lesquels on retrouve l'itinérance et la maladie mentale. La situation d'itinérance de ces personnes résulte 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 eux-mêmes baissé depuis trente ans; et le chômage chronique vécu par plusieurs personnes aptes au travail avant de devenir itinérantes.

Ces 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. De plus, la maladie mentale et la désinstitutionnalisation ne sont pas les causes premières de l'itinérance des personnes souffrant de maladie mentale 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.

Dans les thèses de Lamb (1990, 1992) et de ses collaborateurs (1992), Mossman et Perlin (1992) distinguent le défi scientifique qui pose aux psychiatres la question de ce qui peut être fait pour aider les personnes itinérantes malades mentales et le défi éthique qui exige qu'ils prennent en

considération le contexte culturel, économique, légal et politique de l'itinérance dans leurs décisions. Au plan scientifique, ils rappellent les limites de la pharmacothérapie, particulièrement pour 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 également 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. Pour Mossman et Perlin, 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 rappellent également 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.

Mossman et Perlin dénoncent ensuite 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. Selon eux, ces personnes ont le droit fondamental d'être laissées tranquilles. Ils soulignent que la décision volontaire de chercher l'aide médicale permet ordinairement la création d'une relation thérapeutique et ils rappellent le rôle central de l'estime de soi dans la vie émotionnelle des patients. Compte tenu de ces considérations, le psychiatre devrait d'emblée respecter leur choix. 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. Selon ces auteurs, il ne revient pas aux psychiatres de résoudre les questions légales, c'est 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. Les auteurs renvoient plutôt à la priorité de répondre aux besoins matériels de base de ces personnes : nourriture, logement, vêtements. Ils ajoutent que : *“ providing psychiatric services to a mentally ill homeless person leaves the person still homeless, just providing food to a hungry homeless person leaves the person still homeless. ”* (Mossman et Perlin, 1992 : 954).

### *La finalité de l'intervention*

Ce débat sur les services psychiatriques nous renvoie à l'environnement social dans lequel ces personnes itinérantes vivent et soulève plusieurs questions dont celles des limites de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique dans le traitement, de l'insertion sociale des personnes après l'hospitalisation et, en fin de compte, de la finalité de l'intervention dans son ensemble auprès de cette clientèle. Dans l'étude de Robert (1990 : 54-55) citée plus haut, l'auteure conclut 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.

Robert affirme que la recherche de solutions concernant l'insertion sociale des ex-patients psychiatriques passe par des interventions non pas médicales mais sociales qui soient en mesure de leur assurer une meilleure qualité de vie. 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. Selon l'auteure, les interventions nécessaires pour ces deux clientèles sont sociales 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, ce qui exige un décloisonnement et une mise à contribution de plusieurs ministères et de tous les paliers gouvernementaux.

En somme, nous retenons de cette deuxième partie de la recension des écrits, portant sur les caractéristiques des services psychiatriques et leur réponse aux besoins des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, que ces services comportent plusieurs lacunes et réussissent mal à répondre à leurs besoins. Cependant, des pistes de solutions intéressantes sont mises de l'avant pour pallier à ces difficultés, en particulier à Montréal. Enfin, le débat est ouvert sur les approches d'intervention et sur les limites des services psychiatriques dans la réponse aux besoins de la clientèle. L'itinérance et les crises psychiatriques de cette population soulèvent autant les questions des soins psychiatriques, de leur insertion sociale, de la pauvreté que de l'ensemble des mesures pour faciliter leur qualité de vie.



## CHAPITRE 3

### LA MÉTHODE DE RECHERCHE

Ce chapitre présente le devis, les définitions opérationnelles des variables à l'étude, le milieu et la population à l'étude, les instruments de mesure, le déroulement du projet, l'éthique et les limites de l'étude. Les méthodes relatives aux projets-pilotes de maillage et de *case management* sont présentées dans la deuxième partie.

#### 3.1 Le devis

Il s'agit d'une étude descriptive exploratoire au cours de laquelle une enquête a été menée auprès des 14 urgences psychiatriques impliquées dans le Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A, afin de recueillir des données sur le profil de la clientèle itinérante amenée à ces urgences et sur les services dispensés. De plus, des entrevues ont été réalisées avec les intervenants du réseau des 14 urgences psychiatriques, des ressources communautaires, et avec des ambulanciers d'Urgences-Santé, des policiers et des psychiatres-parrains.

#### 3.2 La définition des termes

Le profil de la clientèle itinérante se rapporte aux caractéristiques socio-démographiques de la personne itinérante, au sens du protocole pour l'application de la sectorisation, amenée à une urgence de garde, à ses caractéristiques psychiatriques (maladies, symptomatologie, comportements, etc.) et aux services qu'elle reçoit. Ces données sont recueillies au moyen des fiches de profil dont il sera question dans ce chapitre.

##### *La personne itinérante*

À l'exception de ce profil de la clientèle itinérante, le projet dans son ensemble adopte la définition opérationnelle suivante de la personne itinérante, inspirée du Protocole interministériel sur le phénomène de l'itinérance au Québec (1993), qui reprend celle du Comité des sans-abri de la Ville de Montréal (1987). Est considérée comme 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.

### *La population-cible de l'étude*

Ce projet s'intéresse aux personnes itinérantes :

- vivant dans la région de Montréal-Centre,
- qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants,
- qui ne reçoivent pas les soins psychiatriques que leur état nécessite parce qu'elles les refusent ou parce que le système de soins ne les dispense pas et
- qui sont en période de crise ou en difficulté.

L'enquête sur la clientèle itinérante fréquentant les urgences de garde utilise donc la définition du milieu, soit celle du Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A présentée au premier chapitre tandis que le reste de l'étude utilise la définition présentée ci-haut. La première est plus large puisqu'elle ajoute les personnes ayant une adresse en dehors de l'île de Montréal.

### **3.3 Le milieu et la population à l'étude**

C'est dans les services d'urgence psychiatrique de 14 hôpitaux montréalais que les données ont été recueillies. Deux de ces hôpitaux ont une mission unitaire c'est-à-dire qu'ils ne soignent que des clientèles avec des troubles mentaux. Les douze autres sont des hôpitaux généraux; ils dispensent des services médicaux et chirurgicaux; ils ont de plus un service d'urgence psychiatrique et d'autres services pour les malades psychiatriques qui résident dans le secteur de la ville qui leur est désigné. De façon générale, les clients arrivent à l'urgence générale et, de là, ils sont orientés vers l'urgence psychiatrique, si nécessaire.

L'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs est à l'origine du projet. Ce CLSC, situé au coeur de Montréal, a le mandat particulier d'intervenir auprès des personnes itinérantes et de soutenir les organismes qui viennent en aide à ces personnes. Cette équipe multidisciplinaire est composée d'un personnel médical (omnipraticien et psychiatre), infirmier, travailleurs sociaux, organisateur communautaire et de soutien.

Les sujets amenés au service de l'urgence psychiatrique de garde sont des personnes itinérantes selon la définition du protocole. Ces personnes sont conduites par des policiers ou Urgences-Santé ou un intervenant d'un refuge ou d'un centre communautaire. La personne itinérante peut aussi se présenter elle-même au service de l'urgence, seule ou accompagnée. Dans les entrevues auprès des intervenants, les termes population-cible et personne itinérante renvoient aux définitions précédentes.

### **3.4 Les instruments de collecte de données**

#### **3.4.1 Une fiche de profil**

Une fiche de profil a été élaborée par l'équipe de recherche (appendice A) à partir des variables d'une étude similaire de Migneault (1993) portant sur la fréquentation de huit semaines de garde au Centre hospitalier Douglas ainsi que des renseignements fournis par les membres de l'Équipe Itinérance. Cette fiche recueille des renseignements sur diverses variables telles que le logement, le revenu, la fréquentation de l'urgence, le contact urgence - ressource communautaire, l'évaluation psychiatrique de l'individu, les traitements et les dispositions prises après la consultation. Plusieurs versions de cette fiche ont été formulées jusqu'à ce qu'elle contienne les principaux éléments et qu'elle soit facile à remplir. L'intervenant-répondant de l'équipe de l'urgence psychiatrique est habilité par le travailleur social de l'Équipe Itinérance à remplir cette fiche durant la semaine de garde et la semaine qui suit la semaine de garde.

#### **3.4.2 Guide d'entrevue des équipes d'urgence**

Un questionnaire composé de questions ouvertes et de questions fermées a été élaboré par l'équipe de recherche avec l'aide de membres de l'Équipe Itinérance et de chercheuses du Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI). Ce questionnaire (appendice B) est utilisé dans une entrevue semi-structurée avec un ou plusieurs intervenants de l'urgence, soit le psychiatre, l'infirmière ou le travailleur social, sur quatre classes de variables : a) le profil des personnes itinérantes qui se présentent à l'urgence, b) le fonctionnement du service d'urgence et la gestion des situations cliniques durant la semaine de garde et au cours d'une autre semaine régulière, c) les difficultés rencontrées dans le soin de cette population-cible et dans l'utilisation du protocole, d) les solutions proposées par ces intervenants pour améliorer les services à cette population. Le questionnaire vise

à compléter les renseignements obtenus à l'aide des fiches de profil et à connaître les perceptions des intervenants sur l'utilisation des services des urgences psychiatriques de garde.

### 3.4.3 Guide d'entrevue des autres acteurs

Un questionnaire similaire (appendice C) à celui utilisé à l'urgence a été adapté pour recueillir dans une entrevue semi-structurée les opinions des autres acteurs engagés dans ce réseau des services d'urgence relativement aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ces acteurs sont des intervenants des refuges et des centres de jour pour personnes itinérantes, des policiers, des membres d'Urgences-Santé et des psychiatres-parrains qui agissent comme consultants dans les ressources communautaires. Ce questionnaire suit les grandes lignes de celui utilisé à l'urgence : profil de la clientèle, fonctionnement de leur service, rôle joué par ces répondants, difficultés rencontrées et solutions proposées.

Plusieurs versions de ces questionnaires ont été formulées et testées auprès de psychiatres et d'infirmières afin de s'assurer de la clarté et de la pertinence des questions et de la faisabilité de l'entrevue dans le service d'urgence et auprès des autres intervenants. Il faut se rappeler que ces questionnaires sont des guides et permettent à l'interviewer de laisser s'exprimer librement l'interviewé et de formuler des sous-questions, si nécessaire.

## 3.5 Le déroulement du projet

En janvier 1995, le projet a été présenté à la Table des chefs des urgences psychiatriques pour leur expliquer le devis de recherche et obtenir leur accord. Cette rencontre a permis de constater que les difficultés auxquelles font face les urgences de garde ne sont pas seulement causées par la population-cible de personnes itinérantes des refuges du centre-ville ou de la rue mais aussi par des personnes itinérantes qui auraient une adresse en dehors de la région. Elle nous a également fait prendre conscience de la nécessité de compléter le portrait de la situation par des renseignements sur les semaines régulières et auprès de l'ensemble des intervenants des urgences psychiatriques et des autres acteurs directement concernés par cette problématique. Nous avons donc ajouté une cueillette de données durant la semaine régulière qui suit la semaine de garde comme point de comparaison et des entrevues auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Le travailleur social réalisant le projet-pilote de maillage (deuxième partie), assisté occasionnellement du chercheur principal, a visité chacune des 14 urgences pour expliquer à l'intervenant-répondant (un psychiatre, un travailleur social ou une infirmière) le devis de recherche

et comment remplir les fiches de profil des personnes qui correspondaient à la définition du protocole de sectorisation. Il a agi comme responsable de l'ensemble de la cueillette des données. Il allait porter les fiches à remplir avant la semaine de garde; les fiches complétées lui étaient retournées par la poste ou il allait les chercher à l'hôpital. Tous les services d'urgence dans l'étude ont donc reçu les mêmes renseignements et les mêmes consignes.

Chaque cycle de garde devait comprendre 14 semaines. Toutefois, suite à la fermeture de deux hôpitaux, les deux derniers cycles de garde ne comprenaient que 12 semaines. Les fiches ont été recueillies pour une période couvrant 52 semaines, soit de la semaine du 8 mai 1995 à celle se terminant le 5 mai 1996. Ces fiches ont par la suite été compilées et les renseignements codifiés. L'information a été traitée à l'aide du logiciel EXCEL.

Nous avons aussi recueilli l'opinion des acteurs principaux dans le système au moyen d'entrevues semi-structurées. Ces personnes sont des représentantes des 14 équipes des urgences psychiatriques (infirmière, psychiatre, travailleur social), de quatre refuges et centres de jour du centre-ville, de deux postes de police du centre-ville, d'Urgences-Santé (techniciens-ambulanciers, répartiteur et direction) et de cinq psychiatres-parrains.

Les entrevues ont duré en moyenne 50 minutes. Les 24 entrevues étaient menées par deux personnes, soit l'agent de recherche, l'assistante de recherche, le travailleur social ou la chercheure principale. Tous les intervenants ont participé de bonne grâce à l'étude. Les entrevues enregistrées ont été retranscrites intégralement. Elles ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel Nud.ist.

### **3.6 L'éthique du projet**

Aucune personne itinérante n'est interviewée dans ce projet et aucun nom n'est noté sur les fiches de profil. Le travailleur social n'a pas consulté les dossiers médicaux des patients. Trois hôpitaux ont quand même demandé un certificat d'éthique. Le protocole de recherche a donc été soumis au Comité d'éthique de ces hôpitaux. Deux des trois hôpitaux ont demandé en plus de rencontrer le chercheur principal.

### **3.7 Les limites de l'étude**

Les limites de l'étude se rapportent d'abord à la définition du terme " personne itinérante " et à son interprétation par le personnel des urgences psychiatriques. Les services d'urgence utilisent

la définition aux fins psychiatriques contenue dans le protocole de sectorisation et c'est pourquoi nous l'avons adopté pour les fiches de profil. Dans le reste du projet, nous avons utilisé la définition présentée au point 3.2 qui s'avère à la fois plus précise et plus restreinte. Ainsi, au début de chacune des entrevues avec les intervenants, cette définition de même que les autres caractéristiques de la population-cible de l'étude étaient rappelées. Il ne semble pas y avoir eu de difficulté d'interprétation quant aux sujets qui demeuraient déjà à Montréal. Des questions se sont surtout posées pour les sujets qui venaient de l'extérieur de Montréal. Des commentaires sont présentés à ce sujet dans l'analyse des données (chapitre 4).

Compte tenu du contexte de l'urgence, certaines variables ont été omises dans la fiche de profil telles que l'existence d'un réseau de soutien, des précisions relatives aux autres diagnostics tels que la toxicomanie et aux dispositions la concernant et les antécédents psychiatriques et d'itinérance de la personne. Ces renseignements nous auraient donné un éclairage additionnel intéressant sur les sujets, mais le peu de temps que les intervenants ont à leur disposition dans les services d'urgence a limité notre désir d'obtenir des renseignements beaucoup plus complets en ce qui a trait à la fiche de profil. De plus, d'après l'expérience de certains membres de l'Équipe Itinérance, il n'était pas certain que nous aurions pu avoir des réponses crédibles des personnes itinérantes les plus malades. La fiche de profil avait été utilisée dans un pré-test durant deux semaines de garde avec la collaboration de deux hôpitaux (une semaine chacun); cette limite n'avait pas été relevée.

Les guides d'entrevues n'ont pas été validés de façon formelle, cependant plusieurs personnes dont des chercheurs du CRI et la psychiatre-consultante les avaient analysés.

## CHAPITRE 4

### LES UTILISATEURS DES SERVICES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Rappelons tout d'abord que nous souhaitons connaître les caractéristiques des personnes qui utilisent les urgences et celles des services reçus, non pas le fonctionnement des urgences psychiatriques de garde. De plus, notre intention n'était pas d'analyser le protocole pour l'application de la sectorisation. Avant d'aborder la présentation des données recueillies au sujet des personnes itinérantes, il nous faut aussi situer quelques limites de cet aspect de la recherche. La première réfère au processus de filtrage en cours dans les hôpitaux. Les personnes pour lesquelles nous avons obtenu des renseignements sont celles vues à l'urgence psychiatrique de garde. Nous n'avons aucune information sur celles qui sont amenées à l'urgence générale et qui sont parties sans même 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 par un psychiatre. Nous ne pouvons donc avec certitude nous prononcer sur l'existence, ou non, du noyau dur dont nous avons parlé au chapitre 1. Mentionnons que d'après nos données, nous n'avons pas remarqué ce phénomène. Les personnes ne semblent pas être captives du circuit des urgences psychiatriques de garde. Toutefois, la période pour laquelle nous avons des données est courte, soit un an. Un autre aspect à souligner est le fait que nous ne connaissons pas les antécédents de la personne. Ainsi, nous ne savons pas depuis combien d'années elles sont d'une part dans le circuit psychiatrique et, d'autre part, itinérantes. Ajoutons finalement que nous ne pouvons vérifier l'exactitude des renseignements factuels sur la personne (soit son lieu de résidence et sa source de revenu, s'il y a lieu). Faute de pouvoir vérifier auprès d'une tierce personne les renseignements obtenus des personnes itinérantes, les intervenants de l'urgence psychiatrique doivent s'en remettre à ces dernières sans être certains de la véracité de ces renseignements.

Nous avons recueilli des renseignements sur les personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques durant les semaines de garde pour une période couvrant 52 semaines, soit de la semaine débutant le 8 mai 1995 à celle se terminant le 5 mai 1996. Chaque hôpital a eu l'occasion de traverser quatre tours de garde (sauf les hôpitaux Reddy Memorial et Reine Elizabeth qui, du à leur fermeture, n'ont traversé que deux cycles). Les données sont toutefois manquantes pour les hôpitaux suivants : Général de Montréal (trois fois); Hôtel-Dieu (1 fois); Jean-Talon (1

fois); Louis-H Lafontaine (1 fois); Sacré-Coeur (1 fois) et St-Luc (1 fois). L'information fut donc recueillie au cours de 44 semaines.

Les données sont généralement présentées dans leur ensemble, pour tenir compte de la définition que donne le protocole de sectorisation des personnes itinérantes. Lorsque des différences apparaissent selon la provenance (c'est-à-dire le lieu où vit la personne), nous les mentionnons puisque les personnes itinérantes vivant sur l'île de Montréal composent la population à laquelle nous nous intéressons dans l'ensemble du projet. Nous utilisons le terme “ vivre ” car il nous apparaissait paradoxal de parler de résidence ou de domicile pour une population itinérante. Pour la suite du texte, nous parlerons de l'un ou l'autre de trois groupes : l'ensemble des personnes, les personnes itinérantes de Montréal et celles d'ailleurs, au sens de la définition du protocole.

Les résultats décrits dans les pages suivantes ne concernent que les semaines de garde. Le personnel des urgences psychiatriques était également invité à compiler de l'information au sujet des personnes itinérantes qui se sont présentées à l'hôpital durant la semaine suivant leur semaine de garde. Pour fins de comparaison, mentionnons qu'au total seulement trente personnes ont été vues par dix hôpitaux, durant 44 semaines dites régulières.

#### **4.1 La fréquentation des urgences psychiatriques**

Au total, 200 fiches de profil ont été complétées par le personnel des urgences psychiatriques. Chaque fiche correspond à une visite à l'urgence et une personne peut s'y rendre à plusieurs reprises. Pour l'ensemble des fiches compilées, dix personnes cumulent deux visites à l'urgence et une seule s'y est présentée à trois reprises; toutes les autres n'ont effectué qu'une seule visite. Ainsi, au cours des 44 semaines pour lesquelles nous avons obtenu des données, 188 personnes itinérantes ont été vues à l'une des urgences psychiatriques lors de la semaine de garde. Nous avons traité les admissions plutôt que les personnes.

Le tableau 4.1 fait état du nombre de personnes reçues par les urgences psychiatriques durant la semaine de garde. 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 de cette région (31,5%). Les hôpitaux ont reçu entre une et onze personnes par semaine, la moyenne étant de 4,5. Dans son étude à l'urgence du Centre hospitalier Douglas, Migneault (1993) avait obtenu une moyenne un peu plus élevée (6 personnes). Les différences que nous observons entre nos résultats et ceux de Migneault sont peut-être dues au fait que Douglas est un hôpital spécialisé et qu'il n'y a donc pas de filtrage comme dans le cas des hôpitaux généraux. De plus, cette étude a été menée au tout début de

l'application du protocole de sectorisation. Des différences peuvent alors être causées par le fait que le système est maintenant assez bien rôdé et que certaines personnes peuvent être dirigées ailleurs qu'à l'hôpital ou même qu'elles n'y sont pas du tout envoyées si l'on considère que le système n'est pas efficace.

**Tableau 4.1**  
Nombre de personnes itinérantes ayant fréquenté les urgences psychiatriques  
durant la semaine de garde<sup>4</sup>

Hôpital	Montréal	Extérieur de Montréal	Total
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
Maisonnette-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<sup>5</sup></b>

<sup>4</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 traversés au cours du projet. Ainsi, les hôpitaux Reddy Memorial et Reine Elizabeth ont cessé de faire partie de l'entente de sectorisation à mi-chemin dans notre projet.

<sup>5</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.

## 4.2 Les caractéristiques sociodémographiques de la personne itinérante

Dans cette section, nous présentons quelques caractéristiques sociodémographiques des personnes itinérantes. Après les avoir situées quant aux variables de sexe et d'âge, nous verrons les résultats quant à deux éléments de la définition que l'on donne d'une 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 dernier élément de cette définition, soit le fait pour la personne itinérante de disposer d'un réseau de soutien social significatif.

### 4.2.1 Le sexe et l'âge

Près de trois personnes itinérantes sur quatre (72,4%) sont des hommes. Pour Montréal, cette proportion est de 67,2%. Une étude exploratoire menée en 1988 à Montréal citait une proportion de 75% d'hommes parmi la population itinérante en général (ministère de la Main d'oeuvre et de la Sécurité du revenu). La recherche menée par Migneault (1993) mentionne quant à elle un pourcentage plus élevé d'hommes, soit 83%. Cette proportion légèrement inférieure que nous avons obtenu correspond au changement observé récemment dans le profil des personnes itinérantes, soit le fait que le nombre de femmes est en augmentation.

**Tableau 4.2**  
Âge de la personne itinérante selon le sexe et la provenance (N et %)<sup>6</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

<sup>6</sup> Les pourcentages sont calculés sur les valeurs présentes.

Valeurs manquantes : 8

En séparant selon la provenance, on remarque qu'il y a deux fois plus de femmes (32,8%) de la région de Montréal que de l'extérieur (16,1%). Toutes ces personnes se répartissent assez également dans quatre groupes d'âge : 24,5% ont moins de 30 ans; 31,8% ont entre 30 et 39 ans; 26,0% ont entre 40 et 49 ans et 17,7% ont 50 ans et plus. 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 avec le plus bas taux cité par différentes études, soit 25% (MSSS, 1992).

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

Les personnes itinérantes citent une variété de lieu de résidence (tableau 4.3). Ce dernier correspond bien sûr à un moment circonscrit dans le temps, soit celui où la personne fréquente l'urgence.

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

Hébergement	Montréal		Extérieur de Montréal <sup>7</sup>		Total	
	N	%	N	%	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
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>177</b>	<b>100,0</b>

<sup>7</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.

Valeurs manquantes : 23

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 (partage logement, logement et famille d'accueil). Ainsi, 84,1% des personnes itinérantes de Montréal se trouvent en situation d'instabilité résidentielle comparativement à 51,1% des personnes venant d'ailleurs. Dans le cas de ces dernières, près du tiers (30,2%) cite un logement comme type d'hébergement.

Le tableau 4.4 donne des indications quant à la fréquentation des refuges et la vie dans la rue selon la période de l'année, pour les personnes itinérantes de Montréal et celles d'ailleurs. Même durant les mois d'hiver, quelques personnes se trouvaient à la rue au moment de leur arrivée à l'urgence. Peut-être leur fréquentation de l'hôpital représente-t-elle une conséquence de cette situation, les personnes se rendant dans ces lieux afin d'y obtenir gîte et nourriture. Cela correspondrait aux données dans les écrits scientifiques et à ce que nous disent certains intervenants travaillant dans les urgences psychiatriques, au sujet des motifs de l'utilisation de ces lieux, par certaines personnes itinérantes. Si on calcule la proportion de personnes fréquentant les urgences psychiatriques, selon le temps de l'année, on observe ce qui suit. Une proportion légèrement plus grande de personnes fréquentent les urgences durant les mois où la température est généralement plus clémente, soit de avril à septembre (57,1%) comparativement aux mois au cours desquels le climat est plus rigoureux, soit de octobre à mars (42,9%). Ceci s'explique peut-être en partie par le fait que des personnes mettent de côté de l'argent pour l'hiver, afin de pouvoir habiter en chambre. L'été, elles se retrouvent donc à la rue et, ainsi, sont plus visibles, se retrouvant en effet dans des lieux publics.

**Tableau 4.4<sup>8</sup>**  
Type de résidence selon le mois et la provenance

Mois	Refuge		La rue		Autres		Total	
	Mtl	Ext.	Mtl	Ext.	Mtl	Ext.	Mtl	Ext.
Mai (1)	4	0	3	0	3	1	10	1
Juin	2	0	7	0	0	2	9	2
Juillet (1)	2	1	11	0	7	6	20	7
Août (1)	1	1	8	2	3	2	12	5
Septembre	0	1	10	1	1	3	11	5
Octobre (1)	2	0	7	0	2	3	11	3
Novembre	4	0	1	2	4	5	9	7
Décembre	6	0	3	1	2	0	11	1
Janvier (1)	4	3	1	0	0	4	5	7
Février (1)	0	1	5	1	1	3	6	5
Mars (1)	3	2	3	1	1	1	7	4
Avril (1)	3	0	2	2	8	4	13	6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>61</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>124</b>	<b>53</b>

Valeurs manquantes : 23

#### 4.2.3 Le revenu

Près de deux personnes sur trois (63,6%) disent disposer d'un revenu (tableau 4.5). 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%). Ce sont surtout les plus jeunes qui en bénéficient. Ce type de revenu est noté pour 95,2% des personnes de moins de 30 ans, par 81,8% de celles ayant entre 30 et 39 ans, par 66,7% de celles

<sup>8</sup> Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de semaines pour lesquelles l'information est manquante.

ayant entre 40 et 49 ans et par 76,2% des personnes de 50 ans et plus. Il faut signaler qu'un peu plus du tiers des personnes (36,2%) ne disposent d'aucune source de revenu. On peut sans doute se questionner sur le fait que sept de ces personnes (dont quatre de Montréal) disent avoir un revenu d'emploi. L'absence d'information sur le type d'emploi nous empêche de conclure sur ce point.

**Tableau 4.5**  
Source de revenu de la personne itinérante selon la provenance

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

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

#### 4.3.1 Le caractère volontaire et les motifs de la fréquentation de l'urgence psychiatrique

Près de deux personnes sur trois (62,6%) fréquentent l'urgence sur une base involontaire (tableau 4.6). 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, alors que pour celles ayant plus

de 40 ans, cette situation existe dans le cas de trois personnes sur quatre (74,7%). Les personnes plus âgées risquent d'être depuis une plus longue période de temps dans l'itinérance. Elles seraient donc peut-être plus réfractaires aux interventions. D'autre part, les jeunes font plus clairement usage de drogues. La fréquentation de l'urgence peut ainsi représenter la possibilité d'obtenir des médicaments ou une ordonnance ou un répit entre deux " voyages ".

**Tableau 4.6**  
Caractère volontaire de la fréquentation de l'urgence psychiatrique selon la provenance

Fréquentation de l'urgence	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Volontaire	54	41,5	15	25,9	71	37,4
Involontaire	76	58,5	43	74,1	119	62,6
Total	130	100,0	58	100,0	190	100,0

Valeurs manquantes : 10

**Tableau 4.7**  
Motifs de fréquentation de l'urgence psychiatrique selon la provenance

Motifs	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Demande d'évaluation	56	44,4	22	40,0	80	43,7
Plainte	12	9,5	5	9,1	17	9,3
Crise	26	20,6	18	32,7	44	24,0
Autres	32	25,5	10	18,2	42	23,0
Total	126	100,0	55	100,0	183	100,0

Valeurs manquantes : 17

Tel qu'illustré dans le tableau précédent (4.7), 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 les celles de Montréal. Et une proportion deux fois plus élevée d'hommes (27,8%) que de femmes (14%) fréquente l'urgence en raison d'une crise. Afin de tenter d'expliquer la différence selon l'âge quant au caractère volontaire ou non de la fréquentation de l'urgence, nous avons examiné le motif de cette fréquentation. On remarque ainsi 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% et 21% respectivement).

#### 4.3.2 La provenance de la personne itinérante

Différents référents sont identifiés dans les fiches de profil (tableau 4.8). 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%) que des hommes (8,9%). Ainsi, dans 71,4% des cas, la personne est amenée à l'urgence par Urgences-Santé, la police ou les deux. C'est un pourcentage beaucoup plus élevé que ce qu'avait obtenu Migneault (1993), soit 50%. D'après nos consultations, l'explication suivante peut être avancée afin d'expliquer cette différence marquée entre nos résultats et ceux de Migneault. Au début de l'application du protocole, la connaissance de l'horaire de garde par Urgences-Santé et la police était déficiente. Depuis, une sensibilisation de plus en plus grande à cet égard de la part de ces deux intervenants est présente. De plus, il y aurait des demandes d'intervention plus nombreuses par les organismes communautaires. Un dernier facteur peut contribuer à cette augmentation du nombre d'interventions par Urgences-Santé et la police. C'est la sensibilisation plus poussée de la société ainsi qu'une intolérance plus marquée face à la présence de personnes itinérantes dérangeantes dans certains lieux publics, particulièrement au centre-ville.

Treize personnes (soit 7%) ont été transférées d'un autre centre hospitalier et onze (6%) sont conduites à l'hôpital par un intervenant d'une ressource communautaire. Une personne sur dix (11,4%) se présente d'elle-même à l'urgence. Les autres cas (4,2%) sont amenés par une autre personne. Au sujet des transferts d'un autre hôpital, ceux-ci sont généralement en lien avec le protocole de sectorisation. Encore ici, nos résultats diffèrent de ceux de l'étude précédemment citée (Migneault, 1993). Cet auteur mentionne que 31% des personnes itinérantes se sont présentées seules à l'urgence, 13% ont été transférées d'un autre établissement et 6% arrivent accompagnées

d'un ami ou d'un membre de la famille. Ce pourcentage élevé de personnes ambulatoires peut être indicatif du fait qu'elles connaissent l'urgence et s'y rendent donc en cas de besoin.

**Tableau 4.8**  
Référénts<sup>9</sup> à l'urgence psychiatrique selon la provenance

Référénts	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun (auto-référence)	17	13,7	4	6,9	21	11,4
Police	16	12,9	5	8,6	22	11,9
Urgences-Santé	55	44,4	37	63,8	93	50,3
Police et Urgences-Santé	13	10,5	3	5,2	17	9,2
Ressource communautaire	9	7,3	2	3,4	11	6,0
Centre hospitalier	10	8,1	3	5,2	13	7,0
Autres	4	3,1	4	6,9	8	4,2
Total	124	100,0	58	100,0	185	100,0

Valeurs manquantes : 15

Nous n'avons pas d'information au sujet du lieu physique d'où provient la personne. Quelques personnes travaillant dans les urgences ont écrit que les policiers font quelques transports dans les cas où une évaluation est demandée par la cour. La personne itinérante arrive alors de la cour ou d'un établissement de détention. Mais de façon générale, nous ignorons les cas où la personne a été ramassée dans la rue ou dans une ressource, par exemple.

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, lorsqu'il est fait, l'est principalement 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%).

### 4.3.3 Les antécédents hospitaliers de la personne itinérante

Le personnel des urgences psychiatriques met beaucoup d'accent sur le temps passé à rechercher des renseignements au sujet des personnes itinérantes fréquentant les dites urgences. Nous avons donc voulu en savoir un peu plus à ce sujet.

Un peu plus de trois personnes sur quatre (77,5%) sont inconnues de l'établissement. Des 45 personnes connues du centre hospitalier, 40 sont de Montréal et 5 viennent d'ailleurs. Lorsque la personne a un dossier médical, c'est pour une raison de santé mentale ou de santé mentale et santé physique dans la plupart des cas (35 personnes sur un total de 43, soit 81,4%). Près de trois personnes sur quatre sont connues du service d'urgence (30 sur 45) et, pour la moitié des cas, la visite remonte à moins de six mois (22 sur 42). Spécifions ici que la personne peut être connue sous l'un ou l'autre de deux titres : soit comme patient de l'urgence, soit comme patient de l'hôpital. En tant que patient de l'urgence, on y retrouvera son dossier médical. Si le patient a été hospitalisé, on retrouvera un autre dossier médical, différent de celui de l'urgence, et la règle de suivi du six mois (du protocole de sectorisation) s'appliquera. Cette deuxième situation implique une prise en charge de la personne par l'hôpital.

Le personnel a vérifié si la personne est connue d'un autre établissement dans 73,7% des cas. Le fait que la personne itinérante ne soit pas connue dans l'établissement où elle se trouve influence peu la recherche de renseignements auprès d'un autre établissement. En effet, si la personne est connue, on fait des recherches ailleurs dans 63,6% des cas alors que si elle est inconnue, on mène une telle démarche dans 76,5% des cas. Comme on le mentionnait dans le paragraphe précédent, si la personne est surtout connue à l'urgence, on peut chercher à savoir si elle est suivie ailleurs, par un autre service de psychiatrie.

Dans les commentaires écrits sur les fiches de profil, on remarque que cette recherche de renseignements se fait entre autres en lien avec les règles régissant l'application de la sectorisation. Deux exemples significatifs suivent :

Patient transféré de M-R car trouvé errant dans la rue, ne connaît plus son adresse. Nous trouvons son adresse à travers son compte de banque et contact avec le gérant. Retransféré à M-R car finalement de leur secteur. Renseignement trouvé dans ses poches. (fiche 057)

---

<sup>9</sup> Le référent est celui qui amène la personne itinérante à l'urgence. Ainsi, dans le cas où un intervenant demande l'aide de la police ou d'Urgences-Santé, nous savons seulement que c'est l'un de ces organismes qui a effectué le transport. Nous ignorons si la demande provient d'un autre intervenant.

Patiente [...] fut amenée d'urgence car elle circulait dehors en pleine nuit, vêtue inadéquatement. Comme nous avons découvert une adresse (copie du bail), elle fut transférée dans l'hôpital du secteur. (fiche 128)

#### **4.4 L'intervention pratiquée par le personnel de l'urgence psychiatrique**

##### 4.4.1 Les problématiques reliées à la toxicomanie et les troubles physiques

Avant de passer à la présentation des résultats concernant la problématique psychiatrique, nous glisserons quelques mots sur ce que les intervenants nous ont dit au sujet de la condition physique des personnes itinérantes et de leur consommation de psychotropes. Mentionnons toutefois que nous n'avons pas posé une question directe à ce sujet. Nous avons plutôt demandé aux intervenants si, mis à part le diagnostic psychiatrique, un autre diagnostic avait été posé au cours de la visite à l'urgence. En ce qui concerne l'état physique, le personnel des urgences a noté que 12% 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%). Ce résultat ne surprend pas puisque certaines personnes qui viennent de l'extérieur de Montréal ne sont pas itinérantes dans le sens où nous l'entendons habituellement, même si elles le sont au sens de la définition du protocole de sectorisation.

Les renseignements au sujet de la consommation de psychotropes nous intéressent beaucoup en regard de la question des “ doubles diagnostics ”. Le personnel des urgences a noté que la personne est toxicomane dans 28% des cas. Les personnes itinérantes de Montréal (31,9%) le seraient dans une proportion supérieure à celles d'ailleurs (21%). Les intervenants indiquent que la substance dont on abuse est surtout l'alcool, suivie par la cocaïne. Ces résultats sont moins élevés que ce que les écrits scientifiques nous rapportent. Mis à part le fait que la question ne fut pas posée directement, trois explications peuvent être mises de l'avant. Premièrement, cette information n'est pas demandée aux personnes itinérantes ou celles-ci refusent de répondre. Cette question ne serait en effet pas beaucoup explorée. En second lieu, les personnes itinérantes toxicomanes ne se rendent peut-être pas jusqu'à l'urgence psychiatrique, étant réacheminées ailleurs par le personnel de l'urgence générale. Si, par exemple, le personnel de l'urgence intervient auprès d'une personne intoxiquée, il peut être décidé de laisser cette dernière dégriser, sans plus, et la laisser repartir lorsque cela est chose faite. Finalement, rappelons que l'usage abusif de drogue ou d'alcool est exclu de la définition de l'itinérance pour fins psychiatriques, dans le protocole.



#### 4.4.2 La problématique psychiatrique de la personne itinérante

Tel que nous le rapportons dans le tableau 4.9, un diagnostic psychiatrique a été posé dans trois cas sur quatre (75,8%). 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 rapportées dans les écrits scientifiques à l'effet que les femmes sont plus psychiatisées que les hommes (Bachrach, 1987; Raynault et al., 1994). Nous avons classifié ces diagnostics dans cinq catégories : schizophrénie (38,1%); troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale (30,6%); trouble bipolaire (12,2%); dépression - tendances suicidaires (11,5%); et psychose (7,3%). Nos résultats se rapprochent assez de ceux de Migneault (1993). Celui-ci avait obtenu les chiffres suivants : trouble de personnalité et d'adaptation (31%), schizophrénie (29%), dépendance à une substance ou à l'alcool (25%), maladie bipolaire (15%), dépression majeure (4%), réaction psychotique brève (2%) et désordre de délire (2%).

**Tableau 4.9**  
Type de diagnostic psychiatrique selon la provenance de la personne itinérante

Diagnostic psychiatr.	Montréal		Extérieur de Montréal		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnostic posé</b>	99	73,9	49	80,3	150	75,8
Schizo-phrénie	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
Trouble 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
Total	134	100,0	61	100,0	198	100,0

Valeurs manquantes : 2

Il existe une différence entre les femmes et les hommes en ce qui concerne le diagnostic de schizophrénie (31,1% et 41,2%), celui de trouble bipolaire (6,7% et 14,6%) et, finalement, celui de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale (42,2% et 25,5%). Nous nous questionnons sur cette dernière différence qui est très grande et avançons l'explication suivante. Au départ, il faut se rappeler que ces patients sont vus dans un contexte d'urgence donc rapidement. Il s'avère difficile de poser un diagnostic sans connaître l'histoire antérieure de la personne. De plus, la comorbidité ou la polymorbidité alourdit le diagnostic et rend l'évaluation de plus en plus complexe, de sorte que la question est de savoir laquelle prédominera au moment où la personne est vue à l'urgence. Mentionnons aussi qu'il semble que ce soit surtout les femmes dérangeantes qui sont amenées à l'urgence, celles qui font du désordre dans les endroits où elles sont. C'est ce qui pourrait expliquer que dans le cas des femmes, ce qui frapperait plus souvent le psychiatre est l'état limite. Un diagnostic de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale serait alors posé. Ainsi, les femmes auraient une histoire de troubles de comportement très chargée, alors que pour les hommes ce n'est pas aussi apparent ou dramatique. Chez les femmes on va diagnostiquer l'état limite et chez les hommes on remarque peut-être plus de personnes antisociales.

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 - de personnalité antisociale est quant à lui beaucoup plus utilisé pour les personnes de Montréal (38,5%) que de l'extérieur de cette région (16,3%). Cette différence est sans doute en partie attribuable au fait qu'il y a une proportion plus élevée de femmes dans le premier groupe que dans le second. Rappelons-nous que ce type de diagnostic est plus souvent posé pour les femmes que pour les hommes. Les deux groupes sont donc différenciés selon le type de diagnostic. L'utilisation du diagnostic de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale pour les personnes itinérantes de Montréal peut être une illustration de ces dernières comme personnes marginales, déviantes. Alors que pour le groupe venant d'ailleurs, les diagnostics posés laissent penser qu'il est composé d'un nombre plus élevé de personnes souffrant de troubles mentaux.

Nous avons réexaminé certaines données à la lumière du type de diagnostic psychiatrique posé. Le caractère volontaire de la fréquentation de l'urgence psychiatrique varie selon cette variable (tableau 4.10). Le diagnostic qui se démarque est celui de dépression - tendances suicidaires.

Moins de la moitié des personnes (41,2%) recevant ce diagnostic fréquentent 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 dans une proportion moindre pour les diagnostics de psychose (70,0%) et de schizophrénie (67,3%).

**Tableau 4.10**  
Type de diagnostic psychiatrique selon la fréquentation (% des rangées)

Diagnostic psychiatrique	Fréquentation volontaire		Fréquentation involontaire		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnostic posé</b>	51	35,7	92	64,3	143	100,0
Schizophrénie	18	32,7	37	67,3	55	100,0
Psychose	3	30,0	7	70,0	10	100,0
Dépression, suicidaire	10	58,8	7	41,2	17	100,0
Trouble de personnalité	17	39,5	26	60,5	43	100,0
Trouble bipolaire	3	16,7	15	83,3	18	100,0
<b>Aucun diagnostic</b>	19	45,2	23	54,8	42	100,0
<b>Total</b>	70	37,8	115	62,2	185	100,0

Valeurs manquantes : 15

#### 4.4.3 Les services offerts

Divers types de services peuvent être offerts à la personne itinérante tels que la garde sous observation, l'offre de médicaments ou d'une ordonnance, l'hospitalisation et le suivi en consultation externe. Des services ont été offerts à la personne dans la majorité des cas (89,3%). Il est un peu surprenant de voir que les personnes de l'extérieur de Montréal se voient offrir des services dans une proportion un peu plus élevée (95,2%) que celles de Montréal (86,4%). Il ne faut pas oublier qu'il est possible que le premier groupe comprenne plus de personnes souffrant de troubles mentaux. Peut-être aussi que ces personnes sont moins perçues comme itinérantes. On peut alors craindre de les laisser repartir sans un quelconque encadrement. Presque toutes les femmes (96,2%) reçoivent une offre de services alors que chez les hommes la proportion est de 87,5%.

Enfin, un peu plus de personnes pour lesquelles a été posé un diagnostic psychiatrique (91,7%) se voient offrir un service par rapport à celles pour lesquelles aucun diagnostic n'a été posé (81,3%). Ce résultat s'explique sans doute en partie par le précédent puisqu'on se rappellera que plus de femmes que d'hommes reçoivent un diagnostic psychiatrique. Fait intéressant à noter, quant à quatre des diagnostics (schizophrénie, psychose, troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale et trouble bipolaire), on offre presque toujours des services (92,7% et plus) (tableau 4.11). Il n'y a que par rapport au diagnostic de dépression - tendances suicidaires qu'on observe une grande différence; on n'offre aucun service à une personne sur quatre (23,5%).

**Tableau 4.11**  
Type de services offerts selon le diagnostic psychiatrique (N et %)

	Observations		Médicaments		Hospitalisation		Consultation externe	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>Diagnostic posé</b>	76 57,6	56 42,4	76 57,6	56 42,4	42 31,8	90 68,2	6 4,6	126 95,4
Schizophrénie	25 49,0	26 51,0	30 58,8	21 41,2	21 41,2	30 58,8	2 3,9	49 96,1
Psychose	7 63,6	4 36,4	8 72,7	3 27,3	5 45,5	6 54,5	0 0	11 100,0
Dépression, suicidaire	8 61,5	5 38,5	7 53,8	6 46,2	6 46,2	7 53,8	0 0	13 100,0
Trouble de personnalité	25 62,5	15 37,5	17 42,5	23 57,5	4 10,0	36 90,0	3 7,5	37 92,5
Trouble bipolaire	11 64,7	6 35,3	14 82,4	3 17,6	6 35,3	11 64,7	1 5,9	16 94,1
<b>Aucun diagnostic</b>	18 46,2	21 53,8	10 25,6	29 74,4	5 12,8	34 87,2	2 5,4	37 94,6

Pour l'ensemble des personnes, les services offerts sont, dans l'ordre, les suivants : 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 4.12). Nous avançons deux raisons pour expliquer la très faible offre de suivi en consultation externe. D'une part, certains intervenants considèrent que cela ne sert à rien car la personne ne se présentera pas à son rendez-vous. Il faut toutefois être conscient du fait que le mode de vie de la personne explique sans doute en partie ce comportement. Se présenter à un rendez-vous souvent donné longtemps à l'avance nécessite entre

autres d'avoir des repères dans le temps. D'autre part, une seconde raison de ne pas référer la personne en consultation externe peut aussi être le fait que celle-ci ne relève d'aucun secteur, à cause de son itinérance. Il n'apparaît d'ailleurs pas logique de référer la personne à une clinique éloignée de son secteur d'appartenance. À propos des médicaments, ils peuvent être directement donnés ou on peut remettre à la personne une ordonnance. Dans ce dernier cas, le personnel des urgences psychiatriques souligne qu'il leur arrive de retrouver ce papier à terre, après que la personne ait quitté l'hôpital. Les intervenants des ressources ajoutent, quant à eux, que même si la personne conserve l'ordonnance, elle n'a pas d'argent pour la payer ou refuse de la faire remplir.

**Tableau 4.12**  
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 majorité des cas : garde sous observation (93,6%), offre de médicaments ou d'une ordonnance (88,5%) et hospitalisation (82,2%). En ce qui concerne ce haut pourcentage d'acceptation de l'hospitalisation, peut-être les personnes de ce sous-groupe viennent-elles en dernière ligne à l'urgence, alors qu'elles sont très malades. Elles n'ont donc pas le choix d'être hospitalisées. Peut-être aussi qu'elles acceptent seulement un toit. L'acceptation de cette mesure n'implique pas celle des traitements. 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 est peut-être causée par le fait qu'une plus grande

proportion de schizophrènes et de personnes souffrant de trouble bipolaire se trouve dans ce second groupe. Les personnes affectées par ce type de maladie mentale ne se croyant généralement pas malades, elles refuseront par conséquent d'être hospitalisées. Finalement, des huit personnes à qui on a offert le suivi en consultation externe, seulement deux ont accepté. Mentionnons que neuf personnes se sont fait offrir une référence dans une ressource de désintoxication; huit d'entre elles l'ont acceptée. Compte tenu des diagnostics évoqués, il serait normal de référer les personnes en consultation externe. Toutefois, cela ne sera pas le cas si elles ne font pas partie du secteur de l'hôpital.

**Tableau 4.13**  
Acceptation des services offerts selon le diagnostic psychiatrique posé

	Observations		Médicaments		Hospitalisation	
	Accepté	Refusé	Accepté	Refusé	Accepté	Refusé
<b>Diagnostic posé</b>	68 93,2	5 6,8	61 88,4	8 11,6	33 84,6	6 15,4
Schizophrénie	25 100,0	0 0	24 92,3	2 7,7	16 84,2	3 15,8
Psychose	7 100,0	0 0	7 87,5	1 12,5	4 80,0	1 20,0
Dépression, suicidaire	6 85,7	1 14,3	6 100,0	0 0	6 100,0	0 0
Trouble de personnalité	20 87,0	3 13,0	11 73,3	4 26,7	2 66,7	1 33,3
Trouble bipolaire	10 90,9	1 9,1	13 92,9	1 7,1	5 83,3	1 16,7
<b>Aucun diagnostic</b>	16 94,1	1 5,9	8 88,9	1 11,1	3 75,0	1 25,0

Certains de ces résultats nous ont surpris puisqu'ils vont à l'encontre de ce que l'on trouve dans les écrits scientifiques, c'est-à-dire que ces personnes refusent fréquemment les services offerts. Mais rappelons tout d'abord le processus de filtrage qui fait en sorte que ce n'est qu'un pourcentage de personnes amenées à l'urgence générale qui se retrouve à l'urgence psychiatrique. On peut penser que celles qui se trouvent au bout du processus ont " accepté " de s'y rendre et qu'elles ont attendu d'être vues par le personnel de l'urgence. La personne itinérante peut aussi être amenée à connaître le fonctionnement de l'urgence. Elle peut ainsi utiliser cette dernière comme ressource pour obtenir gîte et nourriture. Elle peut en effet savoir que, si elle est gardée sous

observation, elle sera alors lavée, vêtue et nourrie. Les personnes susceptibles de refuser les services peuvent ne pas fréquenter l'urgence psychiatrique ou bien quitter sans être vues en consultation.

Presque autant de personnes se voient offrir un (46,6%) ou deux services (42,6%), alors que trois services sont offerts à environ une sur dix (9,6%). Lorsqu'une personne reçoit l'offre de deux services, dans 81,9% des cas (n=59) cette offre consiste à offrir ou à prescrire des médicaments ainsi que, dans l'ordre, des observations (36 sur 59), une hospitalisation (17 sur 59), un rendez-vous en consultation externe (3 sur 59) ou un autre type de service (3 sur 59).

#### 4.4.4 Les dispositions prises lors du congé

Le personnel a pris une disposition quelconque 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.

Ces dispositions sont les suivantes : référence vers une ressource pour itinérants (30,5%); transfert vers un autre établissement (26%); 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%) (tableau 4.14). Même si plus de femmes que d'hommes disposent d'un revenu, on leur offre plus souvent qu'à ceux-ci une assistance matérielle quelconque (vêtements, billet d'autobus), lorsqu'elles quittent l'urgence (18,6% et 11,7% respectivement).

En comparaison, l'étude de Migneault (1993) nous montre que deux fois plus de personnes sont référées aux ressources pour personnes itinérantes (62,5%) et se voient accorder un congé chez de la famille ou des amis (18,8%). Dans cette recherche, il y a deux fois moins d'hospitalisation (8%) et de transfert vers d'autres établissements (10,4%). Le seul résultat qui concorde est le pourcentage de personnes référées pour un suivi en consultation externe (8%). La grande différence quant à la référence vers une ressources pour personnes itinérantes (30,5% par rapport à 62,5%) pourrait résulter de la meilleure connaissance, par les praticiens, des

caractéristiques des personnes itinérantes et de celles des ressources. On référerait maintenant d'une façon plus appropriée que par le passé.

**Tableau 4.14**  
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 prise</b>	30	22,2	12	20,7	42	21,4

Les différences de pourcentage quant au type de disposition caractérisent bien 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 plus élevée de personnes vivant à Montréal (38,1%) qu'à l'extérieur (15,2%).

Ce portrait des personnes itinérantes fréquentant les urgences psychiatriques de garde étant complété, le chapitre suivant aborde ce qui se passe du côté des urgences et des différents acteurs en jeu relativement à cette problématique.



## CHAPITRE 5

### LES PERCEPTIONS DU PHÉNOMÈNE PAR LES INTERVENANTS

Les fiches de profil dressent un portrait du phénomène de l'utilisation des urgences psychiatriques par les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux en difficulté ou en crise. Nous avons complété cette description par les perceptions des intervenants qui dispensent ces services ou qui y réfèrent des personnes itinérantes, soit le personnel des quatorze urgences psychiatriques, d'Urgences-Santé, de la police, des ressources communautaires et les psychiatres-parrains.

En tout, 47 intervenants ont été interrogés individuellement ou en groupe, selon leur disponibilité, dans le cadre de 24 entrevues. Les 14 équipes des urgences psychiatriques ont surtout fait l'objet d'entrevues individuelles, souvent avec l'infirmière, mais aussi avec le psychiatre ou le travailleur social. Certaines équipes ont fait l'objet de plus d'une entrevue et dans certaines entrevues on a interrogé plus d'une personne de sorte qu'au total 25 intervenants des 14 services d'urgence ont été rencontrés dans le cadre de 19 entrevues. Les quatre autres groupes d'acteurs ont été rencontrés en groupe, dans le cadre de cinq entrevues auprès de 22 intervenants, soit six intervenants des ressources communautaires du centre-ville, cinq psychiatres-parrains, six policiers du centre-ville (postes 25 et 33) et cinq membres du personnel d'Urgences-Santé.

Les entrevues semi-structurées comportaient quatre objectifs :

- dresser un profil des personnes desservies qui répondent à la définition de la population-cible;
- connaître l'intervention des ressources auprès de cette population;
- connaître les obstacles auxquels elles font face;
- connaître les solutions qu'elles entrevoient pour améliorer le service à cette population.

À ces objectifs, correspondent les quatre sections du texte qui suit : 1) le profil des personnes itinérantes, 2) l'utilisation des urgences psychiatriques, 3) l'intervention des acteurs et ses limites et 4) les pistes de solutions proposées par ces derniers.

## **5.1 Le profil des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants**

Avant de prendre connaissance des résultats de ces entrevues, précisons d'abord comment les intervenants déterminent que les personnes sont itinérantes. Les équipes des urgences psychiatriques disent les identifier principalement comme n'ayant pas d'adresse ou pas d'adresse fixe conformément au protocole de sectorisation. Souvent, ces personnes sont amenées par Urgences-Santé et des policiers qui les identifient comme sans adresse, parfois comme errant dans la rue, certains disent qu'elles ne savent où aller dormir, n'ont pas de papiers d'identification sur elles, certaines ont avec elles leur sac contenant tout leur bagage, d'autres logent dans les refuges. Elles sont également identifiées par leur aspect physique et vestimentaire délabré, sales, certaines nettement sous les normes d'hygiène, d'autres par leurs problèmes d'engelure, l'hiver. Enfin, certains intervenants ajoutent que ces personnes n'ont pas d'argent, pas de revenu.

### **5.1.1 Le portrait sociodémographique**

Le personnel des urgences psychiatriques et celui des autres organisations décrivent de façon assez similaire la clientèle itinérante auprès de laquelle ils interviennent. Ce seraient en majorité des hommes, certains précisent dans deux cas sur trois, âgés entre 25 et 45 ans. La moyenne d'âge des femmes serait plus élevée que celle des hommes (environ 45 ans). Cette population est surtout composée de francophones qui proviennent du Québec; certains hôpitaux anglophones précisent qu'ils reçoivent des francophones et des anglophones mais peu d'allophones. Quelques répondants précisent que la durée de leur période d'itinérance varie, certains la vivent depuis des années. Par contre, un certain nombre de ces clients sans adresse auraient une résidence et un réseau à l'extérieur de Montréal et ne constitueraient pas de “ vrais ” itinérants. Ce seraient plutôt des personnes de passage ou en visite à Montréal.

En terme quantitatif, le personnel de quelques urgences précise qu'il s'agit d'un petit nombre de cas. Parmi le groupe des autres acteurs, on semble être d'une opinion contraire. Les intervenants d'Urgences-Santé rapportent que ce nombre est élevé surtout au centre-ville mais que ce territoire commence à s'agrandir, entre autres vers l'est (on mentionne le quartier Hochelaga-Maisonneuve). Un de ces intervenants ajoute : “ ce que je trouve inquiétant c'est que ça augmente. Et ils sont de plus en plus jeunes ”. Cette divergence entre les intervenants des urgences psychiatriques et les autres quant au nombre de personnes nous ramène au phénomène du filtrage que nous avons

souligné dans le chapitre précédent. Les autres acteurs se situent à l'entrée du processus tandis que les intervenants des urgences psychiatriques sont appelés à intervenir à la fin du processus. Il est d'ailleurs important de garder à l'esprit cette différence de point d'observation du phénomène lorsqu'on prend connaissance des résultats de l'ensemble des entretiens.

### 5.1.2 La problématique psychiatrique

Pour les équipes des urgences, la schizophrénie représente le diagnostic psychiatrique le plus fréquent de cette clientèle. Les membres de ces équipes de même que les autres acteurs mentionnent aussi que la toxicomanie est très présente et qu'ils se trouvent ainsi confrontés au “ double diagnostic ”. La toxicomanie ou l'alcoolisme seraient également associés aux troubles sévères de comportement et de personnalité et pourraient camoufler des troubles bipolaires. Quantifiant cette réalité, une équipe d'urgence rapporte que les deux tiers des personnes ont des problèmes de psychiatrie, la même proportion a des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme et “ une bonne partie ont les deux ”. Certaines équipes d'urgence précisent ce profil :

[...] des schizophrènes résiduels qui se sont ajustés à leur vie d'itinérance, des gens qui vont délirer quand c'est pas problématique mais qui, s'il fait froid, sauront qu'il faut s'habiller, même si ça a l'air fou, ils s'arrangeront pour ne pas geler, pour ne pas mourir de faim, pour ne pas se faire arrêter, pour faire du bruit mais juste pas trop. Il y a comme une espèce d'accommodement, ils vont être fous mais ils vont savoir arrêter de l'être quand c'est vraiment essentiel; c'est devenu une espèce de mode de vie.

Ils n'acceptent pas l'hospitalisation ni les traitements, “ ils s'en vont dans la rue, ils ne prennent pas de pilules, ils ont toujours des voix mais ils s'arrangent avec, ils ont toujours vécu avec leur voix ”. Un autre intervenant tente d'expliquer ce comportement :

[...] 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. Dans l'itinérance, tu parles quand tu veux et puis c'est toujours un peu superficiel comme contact humain. C'est comme ça qu'ils peuvent vivre ces gens-là, parce que sinon c'est trop agressant, il y a trop de stimulation, c'est un choix de vie pour eux.

Plusieurs de ces personnes itinérantes ont donc déjà reçu des soins psychiatriques ou ont déjà été hospitalisées en psychiatrie mais elles ne sont pas suivies; certains intervenants ajoutent qu'elles sont rebelles au suivi. Une intervenante s'interroge : “ je me demande jusqu'à quel point ils

choisissent ce mode de vie, parce qu'ils sont psychotiques... parce qu'ils ont des hallucinations, ils voient des choses, ils interprètent et puis ils sont partis, mais c'est des malades ça! ”.

Toutes les équipes des urgences insistent sur l'importance de la toxicomanie “ mélangée avec la maladie mentale; c'est quelqu'un par exemple qu'on a diagnostiqué schizophrène et même si cette personne fonctionne bien, elle avait pris l'habitude de prendre de la drogue ou boire de l'alcool ”. Une autre rapporte qu'elle reçoit surtout des alcooliques, ceux qu'auparavant la police amenait au poste pour dégriser. Un de ces derniers cumulerait à son dossier 171 visites au centre d'accueil Préfontaine. Elle ajoute : “ 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 autre équipe confirme : “ la plupart ne se présente pas avec des problèmes psychotiques aigus. Ça va être surtout des troubles de comportement reliés avec une consommation de drogue. 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 ”.

Le portrait que dressent les autres acteurs ressemble à celui des équipes des urgences psychiatriques. En ce qui concerne les jeunes de la rue, un intervenant explique que l'on retrouve essentiellement des problèmes de violence et de toxicomanie. Un psychiatre-parrain explique que l'un des diagnostics posés à l'égard des jeunes, le trouble de personnalité, est presque une tautologie : “ parce qu'à ce moment-là on peut dire que si on considère que le trouble de personnalité est une pathologie, je peux dire 100% pour toutes les ressources où je travaille ”.

Par ailleurs, un policier explique qu'à son avis, c'est la consommation d'alcool et de drogues par les personnes itinérantes qui déclenche la crise et amène les policiers à devoir intervenir. Un autre perçoit certains itinérants comme dangereux et fous : “ mais on dirait qu'ils sont... qu'ils [le] sont jamais trop pour être enfermés, pour être restés là, ça fait qu'ils les relibèrent tout le temps ”. Cette frustration revient à plusieurs reprises dans l'entrevue. On peut penser que le fait pour un intervenant externe de ne pas connaître la réalité de l'intervention des urgences, ni la problématique de l'itinérance, contribue à ce type de frustration parce qu'on estime que l'on travaille “ pour rien ”!

Un intervenant d'une ressource communautaire se questionne au sujet de ce qui, selon lui, constitue le principal problème de la personne itinérante : “ finalement leur problème principal c'est peut-être pas l'itinérance mais c'est d'avoir la pathologie mentale ”. Selon lui, la maladie mentale, accompagnée de l'abus d'alcool ou de drogue, représente un facteur de détérioration pouvant

conduire à l'itinérance. Un autre intervenant est d'un avis différent : les personnes itinérantes ont des problèmes de santé et des problèmes sociaux mais elles ne sont pas des “ psychiatrisées ”.

Quant à lui, un ambulancier explique ainsi sa vision de l'itinérance et de la problématique psychiatrique :

On n'a pas jamais été mis au courant, nous autres les itinérants c'est toute la même gang, mais ils couchent dans la rue, ils sentent pas tellement bons, pis ils sont un peu *weird*, ils sont un peu *fuckés*. Ça fait que c'est tout... 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. [...] Parce que nous autres pour notre dire si ils couchent dans la rue, ils ont certains problèmes déjà à la base là, t'sais.

En résumé, selon les équipes des urgences psychiatriques, le trouble psychiatrique sévère le plus fréquent chez cette clientèle est la schizophrénie, cependant les troubles sévères de comportement et de personnalité sont aussi très présents. Ces derniers seraient souvent associés à la toxicomanie. Ce portrait recoupe en général celui que font les autres intervenants.

### 5.1.3 Les autres problématiques

D'autres problématiques affectent cette clientèle, en particulier sur le plan de la justice et de la santé physique. Ainsi, un intervenant hospitalier rapporte : “ habituellement, les gens là qui ont des problèmes de substances, c'est des gens qui ont des problèmes aussi avec la loi ”. “ Il y a aussi ceux que tout le monde se dépêche de déjudiciariser. Le système judiciaire fait de plus en plus tout pour éviter un procès. La justification c'est que ça coûte moins cher. Il y a ce genre d'itinérants délinquants ”. Une autre catégorie de personnes itinérantes souvent rencontrées au centre-ville est celle des gens qui ont commis des crimes importants et ont séjourné longtemps en prison ou à l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Une équipe mentionne qu'elle reçoit souvent ce type de personnes durant sa semaine de garde.

*I have seen a few transient homeless violent but individuals who have spent a large amount of time in the penal system, in jail, to whom I can assure you do not have psychiatric problems, I mean these are people that are antisocial individuals... that's the severe sort of personality disorder spectrum, not the schizophrenic, psychotic spectrum... and are the very ones that are difficult to handle.*

Les psychiatres-parrains disent aussi ne pas pouvoir traiter cette clientèle menaçante et devoir alors faire appel aux intervenants du Centre de psychiatrie légale de Montréal.

Au sujet de cette problématique pénale, les policiers disent être appelés auprès de personnes itinérantes ayant commis des vols qualifiés, des vols dans les automobiles et ayant harcelé les passants. Dans ce cas-ci, on parle de “ quêtage agressif ” qui frôle le vol qualifié. Il semble y avoir, de nos jours, une aggravation des infractions commises par les personnes itinérantes : “ auparavant ils cassaient... ils brisaient une vitrine, mais là c'est des actes plus graves, c'est des vols qualifiés, des tentatives de vols qualifiés dans des commerces ”. Selon les policiers, les personnes itinérantes volent pour pouvoir se procurer de l'alcool et des drogues.

Un certain nombre de personnes souffrent aussi de maladies physiques. Une intervenante en milieu hospitalier explique : “ à la toxicomanie, à l'alcoolisme, s'ajoutent des problèmes médicaux, la plupart du temps reliés à la toxicomanie comme des cellulites qui se développent sous les sites d'injection ”. On mentionne aussi le cas de personnes diabétiques qui cessent de prendre leur médication et qui connaissent de graves problèmes de santé. Les autres acteurs ont peu parlé des problèmes physiques dont peuvent souffrir les personnes itinérantes. Un psychiatre-parrain a mentionné “ [qu'] il y a des maladies particulières que les gens devraient traiter, qu'ils cessent de traiter, ils s'automédiquent avec de l'alcool ou des drogues et pis à ce moment-là ça prend des proportions incroyables et ils se font rejeter de partout ”. On a peu discuté de ceux qui sont atteints du sida, un problème pourtant fort important auprès de cette population. Ce type de maladie n'a été mentionné que dans le cas des femmes enceintes.

Enfin, les intervenants des urgences soulignent les sérieux problèmes de relations interpersonnelles et sociales de plusieurs de ces personnes.

[...] c'est des gens isolés, très isolés socialement, des gens qui ont des problèmes financiers, des problèmes situationnels, des problèmes sociaux, des gens qui sont démunis, qui n'ont pas de domicile fixe, qui sont comme errants.

[...] 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.

[...] ils sont méfiants de tout ce qui est structuré... ils ont l'habitude de vivre en pleine liberté, de faire ce qui leur plaît comme ça leur plaît, sans rendre de compte à personne.

Ce sont donc des personnes en marge de la société, en rupture ou exclues, qui vivent une multiplicité de problèmes interdépendants. Leurs problèmes de santé mentale et souvent 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.

## 5.2 L'utilisation des urgences psychiatriques par les personnes itinérantes

Dans le but de connaître de la part des intervenants quelle utilisation font les personnes itinérantes des urgences psychiatriques, nous avons regroupé les résultats de trois questions de l'entrevue : les raisons de la référence à l'urgence, les demandes faites par ces personnes à l'équipe de l'urgence et l'attitude des personnes face aux soins.

### 5.2.1 Les raisons de la référence à l'urgence

La plus grande partie de la clientèle des urgences psychiatriques serait amenée par Urgences-Santé, parfois avec l'aide de la police si la personne ne collabore pas ou si elle a fait l'objet d'une plainte. Les policiers seraient en effet souvent appelés lorsque la personne est “ en manque ” ou qu'elle a trop consommé. C'est dans ce genre de situation qu'elle risque d'entrer en crise et de poser un geste nécessitant l'intervention de la police. Certains commerçants, nous disent les policiers, connaissent maintenant les personnes itinérantes et, au lieu de contacter la police pour les faire expulser, tentent de le faire eux-mêmes. C'est alors que peut survenir la crise. Un ambulancier explique toutefois qu'il voit peu de gens agressifs. Il intervient plutôt à la suite d'un appel d'un citoyen ayant vu la personne itinérante couchée à terre ou parce qu'il fait froid. 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. Il y a une plainte qui est logée aux ambulances ou à la police parce qu'ils sont dans le milieu de la rue, ils crient des menaces, ils lancent des objets ou des choses comme ça.

[...] 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. Tandis que les hommes sont plutôt amenés pour des bagarres ou des problèmes de violence.

*[...] a greater number of patients... come through medicine [urgence générale] because they got hit by a car, they seem sick... so it's usually behavioral complaints from other people, there are very few patients who come to the hospital because of personal distress.*

Enfin, un plus petit nombre vient de lui-même ou est amené par des amis ou de la famille. “ Les itinérants très souvent viennent au centre-ville. Il vient boire dans le centre-ville puis là après qu'il a bu, il est malheureux, il passe devant l'hôpital, ça fait qu'il rentre. ” Certaines “ viennent avec des plaintes médicales, parfois c'est des gens qui viennent chercher de la drogue... ils espèrent qu'on va pas s'apercevoir qu'ils sont toxicomanes et qu'on va leur donner du Demerol ”.

### 5.2.2 Les demandes des personnes itinérantes

Les principales demandes faites par cette clientèle aux équipes des urgences ne sont pas d'ordre psychiatrique. Peu de demandes de traitement sont faites même si les personnes 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. Les équipes décrivent la situation :

Ce qui les dérange, c'est parce qu'ils ont des voix puis ils voudraient qu'on leur enlève. On leur enlève leurs voix puis après ils veulent un peu d'argent et du linge.

[...] ils viennent ici pour être hébergés parce que... y'ont dépensé leur chèque, y'ont plus rien, fait qu'ils pensent qu'on va les garder, là ils font semblant d'être fous, d'entendre des voix...

Il y a des gens qui sont sur la liste noire qu'ils [les ressources d'hébergement] ne veulent pas réaccepter, puis c'est souvent ceux-là qui se présentent à l'urgence parce qu'ils n'ont plus de place où aller.

[...] il y a une différence entre les personnes amenées par Urgences-Santé et celles qui viennent d'elles-mêmes. Ces dernières sont le type à dire : “ je ne dors pas, je veux quelque chose pour dormir ou j'entends des voix ou je suis suicidaire ”... ils s'imaginent que c'est la façon d'être vus. Ou ils vont honnêtement dire “ je n'ai pas de place où rester ” ou “ je veux une prescription ”. Ils peuvent venir avec une engelure ou on peut la découvrir lorsqu'ils nous demandent un repas, un gîte.

Un ambulancier relate que certaines personnes itinérantes s'adressent à lui pour obtenir des médicaments ou des seringues ou pour obtenir un renseignement, tel que le danger de propagation du sida par l'utilisation de seringues. Les intervenants des ressources communautaires perçoivent que les personnes itinérantes ont des besoins de base tels que se nourrir, se vêtir, se laver. Ceux d'Urgences-Santé ont insisté sur d'autres types de besoins : être pris par la main, être pris en charge, bénéficier d'un certain encadrement, être écoutés.

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

Quand on demande aux intervenants des équipes des urgences psychiatriques de décrire comment les personnes itinérantes réagissent aux soins offerts, ils répondent que, de façon générale, elles ne collaborent pas et que souvent elles refusent le traitement. Ce refus s'expliquerait à la fois par le fait que les personnes itinérantes sont souvent amenées à l'urgence contre leur gré par Urgences-Santé et la police, par la nature de leur problème psychiatrique et par leur état d'intoxication. Les intervenants sont explicites sur cette question :

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, il y a un paquet d'affaires qui se passent autour d'eux autres qui leur rend la vie compliquée, mais c'est pas parce qu'ils sont malades... La réponse est je veux pas me faire soigner par personne puis de toutes façons je ne suis pas malade.

[...] ce ne sont pas de grands consommateurs de services psychiatriques ou des gens qui recherchent ça. Ça parle aussi d'une capacité que ces gens-là ont de s'autonomiser. Ils ont des ressources ces gens-là puis c'est pas des ressources marquées par la dépendance et la passivité. C'est une ressource qui est relativement active et dynamique. Comme ils sont maladroits, ils sont handicapés dans leurs démarches, pour toutes sortes de raisons, ils les font pas comme il faut.

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... tu peux bien les hospitaliser, tu peux peut-être les améliorer un petit peu à condition qu'ils acceptent de prendre la médication, puis quand ils sortent, ils laissent tout tomber... Alors, celui-là il nous demande rien puis il veut surtout pas qu'on le contraigne beaucoup. [...] Les vrais itinérants de métier t'arrives pas à les accrocher.

[...] il est amené ici de force, il n'a pas le choix... Quand le patient arrive ici, il signe un refus de traitement puis il sacre son camp. Ou il nous pique une crise et il commence à tout casser, bien on dit, tu veux t'en aller, vas-t-en. Qu'est-ce que tu veux qu'on fasse... ils veulent rien savoir, carrément... 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... Ils connaissent leurs droits et le système, ils savent habituellement jusqu'où ils peuvent aller puis ils arrêtent à ce niveau-là. Et leur comportement est habituellement assez désagréable, il y a comme un malin plaisir à se mettre le personnel à dos.

Les autres acteurs décrivent aussi des personnes itinérantes pour qui l'utilisation des services psychiatriques cause problème. Des intervenants de ressources communautaires expliquent :

[...] mais ceux en général pour qui ou pour, comment est-ce que je pourrais dire, qui m'inquiète 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. [...] J'aime mieux en tout cas de le laisser dans son coin tranquille pis pas le brusquer, mais au moins je me dis y'est chez nous au chaud, y'est pas sur la rue pis y dérange pas.

*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.*

Un psychiatre-parrain ajoute :

La clientèle plus jeune 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 [les psychiatres] présente, a une négation de sa maladie qui est encore pire que les gens un peu plus âgés, de sorte que nos voies d'accès il n'y en a presque pas.

Certains policiers conçoivent le problème comme un manque de volonté de la part de la personne itinérante. Si cette dernière ne veut pas s'aider, rien ne pourra être fait même si de nombreuses personnes dans son entourage sont prêtes à lui accorder une aide.

Par rapport à la maladie mentale, un problème soulevé est le fait que les personnes itinérantes très atteintes ont peur des psychiatres. Il devient alors difficile de leur parler et de les amener à consulter. Un psychiatre-parrain se dit conscient et rappelle : “ [qu']il n'y a rien de plus difficile que d'accepter de souffrir d'une maladie mentale. Il y a sûrement rien de plus difficile que d'être obligé de prendre nos médicaments avec les effets secondaires que ça crée chez eux ”. Pour d'autres personnes itinérantes, il serait difficile d'accepter certaines réalités qui semblent brimer leurs droits tout en leur accordant des conditions de vie plus adéquates. Cela peut occasionner des crises de la part de la personne et un *acting out* envers l'intervenant.

En somme, ce sont des personnes qui la plupart du temps n'accepteraient pas les services psychiatriques offerts par les urgences pour diverses raisons : d'abord, plusieurs n'ont pas demandé à y aller, elles y sont contre leur gré, elles ne se considèrent pas malades, elles craignent le système de soins, certaines ont besoin de dégriser, d'un abri, de nourriture mais pas de soins psychiatriques ni de désintoxication. Toutes ces raisons limitent beaucoup l'utilisation d'une urgence psychiatrique. En général, ce ne sont pas des gens demandeurs de services psychiatriques. Ils ont leur mode de vie dans lequel ils se débrouillent, certains depuis très longtemps, et ils s'en accommodent; certains ajoutent que c'est leur choix. Tel est le portrait que tracent l'ensemble des intervenants de leur clientèle itinérante et de leur utilisation des urgences psychiatriques. Abordons

maintenant les questions de leur intervention auprès de celle-ci, des limites auxquelles ils sont confrontés et des solutions qu'ils entrevoient pour améliorer les soins.

### **5.3 L'intervention des équipes des urgences psychiatriques et des autres acteurs**

En premier lieu, les intervenants décrivent leur rôle et le fonctionnement du système, ensuite ils abordent les contraintes à leur intervention, notamment celles reliées à l'obtention des informations nécessaires, aux limites du cadre légal, à la collaboration avec les autres acteurs et au protocole de sectorisation.

#### **5.3.1 Le rôle des intervenants des urgences psychiatriques et ses limites**

De façon générale, les intervenants des équipes des urgences psychiatriques, particulièrement les psychiatres, rappellent que leur mandat consiste à répondre à des situations de crise de nature psychiatrique, c'est-à-dire à des personnes aux prises avec un problème psychiatrique aigu, sérieux et relativement nouveau, et à évaluer le degré et la qualité de l'urgence. Un intervenant précise :

C'est lui [le psychiatre] qui doit évaluer l'état d'urgence de donner les soins immédiats ou non... Si le patient arrive en crise aiguë, le psychiatre n'a pas d'autre choix que de le garder, ou bien il le garde sur une base volontaire ou il le met en cure fermée parce que son jugement est altéré, il ne peut penser correctement.

La principale difficulté des intervenants des urgences psychiatriques vient de la nature des cas qui sont référés et des limites de la psychiatrie à l'endroit des patients récalcitrants :

[...] 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.

Plusieurs cas ne seraient pas de véritables urgences psychiatriques :

[...] on se sent un peu démuni 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... Je ne pense pas qu'on soit équipé pour apporter le suivi nécessaire à ces gens-là. C'est toujours une intervention immédiate qu'on fait puis à tour de rôle...

Ceci soulève la question des soins psychiatriques réguliers, 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, on leur dit voici une médication pour deux semaines, trois semaines, un mois, vous allez à telle ressource d'hébergement, eux vous prennent en charge... Et là, il y a un problème dans le système, [on] aide mal ces gens-là.

Les intervenants soulignent aussi qu'en plus de leur mandat, le cadre de l'urgence impose des contraintes strictes qui ajoutent aux difficultés liées à la clientèle :

[...] 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 les intervenants des urgences 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 services de toxicomanie. Ils ont beaucoup insisté sur le problème de recevoir ce type de cas à l'urgence psychiatrique : “ 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 ”.

Le problème de l'intervention auprès de ces patients alcooliques et des toxicomanes se pose clairement. Les intervenants reconnaissent qu'il s'agit d'une grande partie de la clientèle qui leur est amenée et que l'hôpital a peu de services à leur offrir :

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... Ce qui limite, c'est l'incapacité de suivre le bénéficiaire. C'est là notre lacune profonde, parce qu'on est incapable de savoir ce qui arrive à cet individu là par la suite. Tu sais même pas d'où il vient, où il va, qu'est-ce qui va lui arriver demain... C'est la porte tournante, une semaine c'est nous autres, l'autre semaine c'est un autre.

Le problème de l'accès aux soins et celui de la disponibilité des ressources ressortent :

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. On a beaucoup de difficultés à les faire admettre sur les unités d'admission dès qu'il y a un problème de toxicomanie...

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. C'est peut-être ceux-là qui sont les plus vulnérables puis qui auraient le plus besoin sauf que c'est difficile de mettre autour de ces gens-là une structure et des services souples.

Il faut également se rappeler que les patients dont parlent les intervenants des urgences psychiatriques sont ceux qui leur ont été référés par l'urgence générale dans le cas de douze des quatorze hôpitaux. Pour ces références, chaque hôpital développe sa dynamique et ses façons de faire particulières compte tenu des intervenants en place, de l'expérience passée, des attitudes plus ou moins interventionnistes face à cette clientèle. Ainsi, un psychiatre nous a expliqué 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. Une autre équipe s'interroge sur l'influence qu'ont leurs exigences à l'égard de l'urgentologue :

*We, maybe, miss some because they don't get referred to psychiatry, because 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.*

Nous avons aussi demandé aux équipes des urgences psychiatriques quels besoins ils identifient chez ces patients lors de leur évaluation. Les principaux sont des besoins d'hygiène, d'encadrement, d'hébergement et de soins psychiatriques et de désintoxication.

[...] je dirais la moitié ont besoin de traitement psychiatrique qui passe par une hospitalisation. Alors on va offrir l'hospitalisation à ces gens-là. De ceux-là, facilement la moitié vont signer un refus de traitement et on va les laisser partir... Pour tous, il y a un problème d'hébergement qui est pas stabilisé. Le cas le plus classique ce sont des schizophrènes chroniques qui ont déjà été suivis à d'autres hôpitaux mais qui n'ont plus de suivi nulle part, alors ceux-là on les hospitalise et on prend sur nous de les placer en famille d'accueil ou faire quelque chose à la sortie.

### 5.3.2 L'intervention des autres acteurs et ses limites

Les intervenants d'Urgences-Santé disent qu'il n'y a pas de différence quant à l'offre de leurs services entre les personnes itinérantes et celles qui ne le sont pas : “ aucune différence. On intervient. C'est sûr qu'on... peut-être qu'on a deux paires de gants là pis il y en a même qui étaient portés à mettre des masques, mais on portait le geste adéquat ”. Ils ajoutent : “ notre éthique dit que on doit apporter assistance avec l'empathie nécessaire, porter les bons gestes, pas de discrimination là. Si il y a une différence, elle est pas au niveau des services pré-hospitaliers ”. La première préoccupation des ambulanciers est de savoir si la personne a un problème physique. Mais ils procéderont à son transport même si tout semble normal : “ en tant qu'intervenant d'Urgences-Santé on est obligé de transporter tout bénéficiaire qui veut aller à un hôpital même si on sait qu'il a rien ”.

Tous les intervenants rencontrés dans le groupe des autres acteurs ont exprimé des doutes, plus ou moins fortement, quant à leur rôle auprès des personnes itinérantes. Pour les policiers, la judiciarisation ne représente pas une solution. Dans certains cas, ils n'ont toutefois 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 t'sais, 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. [...] ça fait la dixième fois que t'as affaire à lui t'sais pis il est toujours pareil, il y a pas d'amélioration. [...] T'as pas le choix, il faut que tu fasses de quoi, mais ça donnera rien, t'auras pas le résultat au bout, sauf la petite action que tu vas avoir faite, tu vas avoir porté une accusation, ben oui, ça va être à la cour, ça va embourber le système judiciaire.

Certains intervenants des ressources communautaires partagent cet avis : “ *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* ”. Un pareil jugement critique est aussi formulé par la direction d'Urgences-Santé concernant leur intervention et celle des urgences psychiatriques : “ je pense pas que l'action d'Urgences-Santé change quoi que ce soit. L'action des centres hospitaliers change rien vous savez dans... t'sais vous le stabilisez pis vous le remettez dans la rue, bon ”. Les policiers croient aussi qu'on ne fait que tourner en rond puisqu'il n'y a pas de traitement en profondeur, à moyen ou long terme. De leur côté, les intervenants des ressources communautaires se sentent aussi désarmés lorsque la personne est en crise. Ils savent que la mettre dehors ne réglera rien ni appeler la police puisque cette dernière “ [va] juste lui faire faire le tour... et le lâcher ”. Mais les ressources n'ont pas le personnel nécessaire pour intervenir sur le plan professionnel.

L'intervention auprès des mêmes personnes de façon régulière pose problème aux policiers. Ceci les amène à ne plus vouloir s'occuper de certaines d'entre elles : “ 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 ”. Cependant pour les ambulanciers d'Urgences-Santé, que la personne soit ou non connue, elle va être amenée à l'hôpital. Ce qui semble les déranger, c'est la condition d'itinérance de la personne : “ c'est que connu ou pas connu, 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 ”.

De façon générale, les autres acteurs ne savent quoi faire face à l'agressivité démontrée par les personnes itinérantes et à leur potentiel de dangerosité, compte tenu que cela place les gens de l'entourage dans une situation dangereuse. Le danger peut être physique mais également d'un autre ordre. Ainsi, les intervenants des ressources communautaires expliquent que la personne, par son comportement, peut influencer les autres personnes itinérantes présentes dans le centre et provoquer des crises. Il devient alors difficile de calmer tout le monde. Lorsque de telles situations surviennent, les intervenants disent qu'il est difficile d'amener les autorités concernées comme la police et l'Institut Philippe Pinel à intervenir. Ou, lorsqu'elles interviennent comme le soulignait l'intervenant d'une ressource, “ *as soon as he comes out, he doesn't have anything organized, so it's, the cycle is repeating itself* ”. Dans certaines situations, les intervenants s'abstiendront donc de faire appel à la police ou à Urgences-Santé car ils savent que la personne risque de revenir, par la suite, et de briser des choses ou de les menacer, en représailles.

Les psychiatres-parrains pour leur part, proposent un éclairage sur l'intervention psychiatrique et sur la formation des psychiatres :

[...] on est formé à l'université de façon très sophistiquée pour s'occuper peut-être d'une population plus sophistiquée [...] on a presque pas appris à s'occuper vraiment de la population chronique, elle a toujours eu une très mauvaise presse, et comme on est humain comme tout le monde, on aime ça avoir des beaux cas, de pouvoir en parler [...]. Et comment trouver chez cette population de gens chroniques itinérants la petite flamme qui va nous, nous encourager, ce n'est pas facile.

Le même psychiatre ajoute qu'il ne savait pas comment traiter les personnes itinérantes ni s'il avait le goût d'apprendre. Par la force des choses, il a été obligé de le faire et il a trouvé cela intéressant. Mais il lui a fallu beaucoup de temps pour y arriver et il a dû, entre autres, combattre ses résistances. De plus, lors de leur formation, les médecins n'ont pas appris comment apprivoiser ceux qui ne veulent rien savoir d'eux. Ils ont été aussi formés à travailler avec un diagnostic à la fois, alors certains sont maintenant démunis face aux nombreux diagnostics et aux interactions entre les problèmes dont est affectée la personne itinérante. Ainsi, ils ont été formés à travailler l'aspect psychiatrique et psychologique mais pas la toxicomanie et l'alcoolisme. Alors, le médecin se retrouve obligé, parfois après vingt ans de pratique, d'apprendre quelque chose de nouveau avec tous les préjugés que cela peut supposer.

### 5.3.3 Les principales contraintes

Nous avons aussi demandé aux intervenants d'identifier les principales contraintes à leur intervention. Les équipes des urgences psychiatriques feraient face à diverses contraintes, comme la difficulté d'obtenir des renseignements sur la personne, les limites imposées par les lois concernant le malade mental, les difficultés de collaboration avec les autres acteurs et les limites liées au protocole de sectorisation. Les autres acteurs expriment aussi leur point de vue sur ces contraintes.

#### *Le manque de renseignements*

L'une des contraintes importantes rapportées par les équipes des urgences est le manque de renseignements sur les personnes qui leur sont amenées. Différentes raisons expliquent cette situation, entre autres, le refus de collaborer de la personne itinérante elle-même, le manque de renseignements de la part de la police et d'Urgences-Santé et l'absence de mécanismes de centralisation des renseignements entre les hôpitaux. Les équipes expliquent :

On a beaucoup de difficultés à avoir une entrevue avec eux autres, souvent ils ne veulent pas nous donner des données sur leur passé ou quoique ce soit, alors c'est très difficile de savoir depuis combien de temps qu'ils sont dans la rue, s'ils ont déjà eu des hospitalisations ailleurs, s'ils ont déjà un suivi. Ils refusent de répondre à ça. Souvent, on fait des contacts avec d'autres hôpitaux pour savoir s'ils ont un dossier sur tel nom, mais encore là, est-ce que c'est le bon nom? Souvent ils ne nous donnent pas le bon nom.

[...] ce qui ne facilite pas c'est qu'il n'y a pas de numéro ou d'endroit central où on pourrait nous donner tout de suite des renseignements.

Les équipes des urgences déplorent aussi le manque de renseignements de la part d'Urgences-Santé et de la police sur les circonstances dans lesquelles ils ont amené une personne et sur l'endroit où ils l'ont prise : un refuge, une chambre ou dans la rue. “ On n'a pas beaucoup d'information de la part de la police puis pour retracer 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. ”

Elles ajoutent que cette recherche d'information accapare beaucoup de leur temps et que ce manque de renseignements limite leur intervention. Un intervenant résume la situation ainsi : “ on se bute toujours à ici et maintenant. C'est ce qu'on voit, c'est le portrait qu'on a ”. Et comme le soulignait un autre : “ c'est un peu difficile de mettre un diagnostic puis un traitement quand c'est une première évaluation puisque c'est un nouveau dossier ”. Cette situation coûterait aussi très cher au système de soins :

*[...] it [takes] a lot of time to assess a patient that's brand new and if that patient has had five assessments in one year because he's brand new at five hospitals, it's a lot of time and not necessarily the best spent time from the nurse, the doctor, the social worker, and things are set up, and he/she blocks five appointments because he doesn't show up at five clinic appointments that are made up.*

De plus, cette situation a pour conséquence d'entraver l'application de la règle du suivi de six mois prévue au protocole sur la sectorisation. En bout de ligne, la qualité de l'intervention des équipes des urgences psychiatriques s'en trouve compromise.

### *Les limites légales*

Les diverses lois qui encadrent la pratique auprès des malades mentaux constituent la contrainte majeure rapportée par les équipes des urgences psychiatriques. “ Ce qui limite vraiment c'est d'abord la question de toutes ces lois-là, les nouvelles lois au niveau du malade mental et le

droit de la personne, le droit du malade mental... je comprends bien qu'avant il y avait des abus mais maintenant les abus sont faits par les patients. ”

La principale préoccupation des intervenants concerne le respect du droit de la personne de refuser de se faire évaluer et de refuser le traitement. Cette question se situe au coeur du phénomène des soins psychiatriques aux personnes itinérantes. C'est le problème auquel se butent les ressources communautaires lorsqu'elles demandent l'intervention d'Urgences-Santé et de la police, de même que les intervenants des urgences. En effet, la loi ne permet pas à ces derniers de retenir une personne contre son gré sauf si elle représente un danger immédiat pour elle-même ou pour autrui. Les intervenants ajoutent : dangereuse à court terme, ce qui est très difficile à prouver devant le juge.

Les intervenants des ressources communautaires mentionnent d'abord 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 le changement du Code civil. Un de ces derniers explique :

Alors le pauvre père de famille... qui nous téléphone, on leur dit appelez un avocat. Pour quelqu'un qui n'a jamais vu un avocat de sa vie là, premièrement, c'est très dispendieux, ils ne savent pas quel avocat téléphoner, puis il y a des avocats qui n'ont aucune idée de ce que c'est que d'avoir un ordre de cour pour évaluer un patient. Alors, au lieu de prendre trois heures pour avoir un ordre de cour [comme auparavant] pour voir le patient qui est psychotique ou un danger pour lui-même ou pour les autres, 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.

Les conséquences selon ces intervenants des urgences sont claires : “ ça crée beaucoup de délais, ils sont souvent plus malades quand ils arrivent ici ”. De plus, le changement du Code civil met des barrières à l'accès aux soins : “ une personne qui reste en chambre... je ne vois pas pourquoi un autre qui est démuné ferait des démarches pour faire traiter le gars qui vit dans la chambre à côté parce qu'il parle tout seul toute la nuit ”.

Les intervenants des urgences soulignent aussi la difficulté pour le psychiatre d'évaluer la dangerosité :

[...] c'est difficile de déterminer vraiment à quel point, si la personne est un danger pour elle-même ou pour quelqu'un d'autre, c'est très subjectif. 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. Ça dépend des gens qui vont l'évaluer.

Un psychiatre-parrain abonde dans le même sens. La dangerosité est difficile à prouver mais elle peut l'être sur un autre plan, c'est-à-dire celui du niveau de vie de la personne. “ Mais moi, je sais que ça a quelque chose à voir à long terme parce que cette personne met sa santé en danger, mais devant les tribunaux et tout, ça a plus ou moins force de loi. [...] si elle fait une menace de mort claire et nette contre quelqu'un, ah là ça va les convaincre. ” Cependant, plusieurs intervenants estiment que : “ il y a des gens qu'on devrait forcer à rester pour leur bien-être et qui pourraient en bénéficier, puis après un mois là, plus psychotique ou moins psychotique mais là, on pourrait les placer en famille d'accueil et puis avoir un suivi périodique ”.

Un psychiatre souligne par contre les limites des traitements psychiatriques dans un contexte coercitif :

Même quand je peux agir, mon droit d'agir disparaît du moment où les conditions qui justifient disparaissent. Quand mon traitement est efficace après une couple de semaines, les problèmes qui justifiaient mon intervention se sont estompés, donc t'arrêtes. [Comment lui s'est-il senti] accueilli ou compris là-dedans? Il s'est senti plutôt bousculé, forcé, avec une médication imposée, “ de toutes façons je n'ai rien à faire icitte, c'était pas ça mon problème, ils m'ont rendu malade avec leurs affaires ”. Il peut y avoir des effets secondaires, je ne nie pas la réalité de ça. Alors il y a donc des limites sérieuses.

Une autre équipe expose le dilemme devant lequel se place la loi :

Nous avons des patients qui sont vraiment psychotiques, ils vont argumenter avec nous mais qui vont dire je vais rester mais je ne prends pas de médicaments, alors qu'est-ce que je fais? Encore là, vous n'avez pas le droit de leur donner. Alors, ils peuvent prendre peut-être deux, trois semaines sur notre département au coût de... les taxes de tout le monde, mais le patient va en sortir aussi psychotique que lorsqu'il est entré.

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 donc à poser la question du droit fondamental de la personne : “ je pense que la personne... le droit de la personne, devrait être un droit d'avoir de bons traitements ”.

De façon générale, les autres acteurs partagent cette vision. Un intervenant d'une ressource communautaire mentionne aussi qu'on est passé d'un extrême à l'autre. Pour lui, il est facile pour un intervenant 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 ”. Il est nécessaire d'interpréter la loi de façon à aider le malade, ce qui, de l'avis de cet intervenant, ne semble pas être fait. On mentionne aussi que la loi est trop restreinte : “ il y a toutes les gens qui sont pas dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres mais qui sont dans des conditions terribles, je veux dire, 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 ”.

Dans le cas d'Urgences-Santé, le problème est principalement celui des cas ambigus quand la personne refuse d'être traitée. Il semble toutefois qu'une directive informelle soit appliquée : “ la philosophie de la maison c'est... c'est dans le doute on... on aime autant être poursuivi pour *over-treatment* que *under-treatment*. Alors dans le doute là, le technicien-ambulancier a l'obligation d'amener le patient dans un centre hospitalier ”.

Comme on peut le voir cette question du refus des soins est centrale dans l'intervention auprès des personnes itinérantes. La plupart des intervenants remettent en cause l'interprétation restrictive de la notion de dangerosité et tous sont confrontés par l'impuissance du système de soins psychiatriques en place à répondre aux besoins d'une grande partie de la clientèle itinérante souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

### *Les difficultés de collaboration entre les différents acteurs*

Les autres acteurs interrogés entrent en jeu “ avant ou après ” l'urgence psychiatrique. Urgences-Santé, la police, les ressources communautaires et les psychiatres-parrains y amènent ou y réfèrent des patients et ils entrent également en jeu lors de la référence du patient vers les ressources d'hébergement et les centres de jour ou lors d'un retour à l'urgence. On peut se représenter l'action comme un cycle, certains intervenants parlent de porte tournante. Les difficultés de collaboration sont en bonne partie liées aux deux contraintes précédentes : l'obtention de renseignements sur le patient et les contraintes légales liées à leur intervention.

Tel que mentionné, les équipes des urgences déplorent le peu d'information qu'elles reçoivent de ceux qui réfèrent ou qui amènent les personnes itinérantes, entre autres les policiers et

les ambulanciers. Elles déplorent qu'Urgences-Santé n'indique pas l'adresse de la personne qui a placé l'appel ni l'endroit où elle a été prise et que les policiers ne rédigent pas de rapport, ce qui faciliterait leur quête de renseignements. D'autres intervenants nuancent : “ ça dépend des individus, certains d'Urgences-Santé et de la police sont formidables, ils nous renseignent sur la personne, d'autres ne veulent rien savoir, voilà votre patient, bonjour ”.

Certaines équipes mentionnent la difficulté de collaboration avec les policiers et les ambulanciers pour les transferts vers d'autres hôpitaux. Ces diverses lacunes mettent en cause la compréhension par ces derniers du rôle des urgences psychiatriques : “ 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 ”.

À cette critique du personnel des urgences psychiatriques, les ambulanciers d'Urgences-Santé répondent qu'ils donnent l'information dont ils disposent, celle qu'ils ont pu obtenir de la part du bénéficiaire. Mais lorsque celui-ci refuse de coopérer, rien ne peut être fait à part l'amener dans un centre hospitalier et informer le personnel que la personne a été ramassée à tel endroit et dans tel état. Quant aux policiers, ceux-ci expliquent qu'à moins que la personne itinérante ait commis une infraction, ils ne rédigeront pas de rapport.

Les équipes des urgences éprouvent aussi des difficultés dans leurs relations avec les autres unités de l'hôpital et avec d'autres institutions comme un hôpital de la banlieue, un CLSC. Elles déplorent des cas de *dumping*, les attentes inappropriées à leur égard et le manque de communication.

Une équipe trouve regrettable l'absence des démarches préparatoires à la réinsertion de la part d'une prison et d'un centre de crise. Elle relate que les deux personnes qu'elle a reçues durant la semaine de garde étaient des personnes qui sortaient, l'une de la prison Tanguay, l'autre d'un centre de crise et que rien n'avait été mis en oeuvre dans les deux cas pour préparer leur réinsertion sociale de telle sorte qu'elles se sont retrouvées à la rue puis à l'urgence.

Cependant, les intervenants des urgences sont beaucoup plus positifs en ce qui concerne leur 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. Je trouve ça très très bien. À part ça il y a Tracom, ça c'est un endroit, on devrait en avoir trois, quatre comme ça parce qu'encore là ils nous dépannent énormément... ils nous aident à retrouver la famille ou bien avoir des communications avec la famille.

[...] je me branche directement avec la Maison du Père ou avec d'autres. J'ai moins de misère là qu'avec le Centre de crise et tous les organismes et puis les CLSC. Je me chicane quasiment à la journée. Ils [les personnes itinérantes] ne “ fittent ” jamais, ça a aucun bon sens.

Certains, par contre, soulignent les limites des ressources communautaires d'hébergement par rapport aux besoins de cette clientèle :

*[...] 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. The Salvation Army is very good because they have... you can live there by the month.*

Les équipes des urgences réagissent également aux perceptions et aux attentes de la part autant de la police, d'Urgences-Santé, des intervenants, amis, voisins, et famille qui amènent des personnes itinérantes à l'urgence que de la population en général. Selon elles, les gens associent toxicomanie et psychiatrie alors que ce sont deux choses complètement différentes. Ils associent également les comportements qui ne respectent pas leur échelle de valeurs et la maladie mentale. On disqualifierait la personne itinérante en disant qu'elle est malade plutôt que d'accepter la contestation de sa propre échelle de valeur.

Pour leur part, les intervenants d'Urgences-Santé expriment l'opinion que tous essaient de se débarrasser du problème que représente cette population itinérante et ce, le plus rapidement possible : “ 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'on veut, nous disent les intervenants, c'est avoir la paix. Les ambulanciers émettent quelques commentaires négatifs face au comportement du personnel des urgences psychiatriques. Ils concernent surtout le fait de transporter, à l'hôpital, des personnes itinérantes.

[...] on va voir l'infirmière à l'intérieur ou le médecin qui est de garde pis ce serait bon que tu le gardes pour la nuit, il en a de besoin pis on y conte les problèmes qu'il a l'itinérant, on dirait qu'on parle à un mur.

Il ressort donc que le personnel des urgences ne semble pas apprécier l'arrivée de ce type de patient et encore moins lorsqu'il ne s'agit pas de leur semaine de garde. On va s'assurer que la personne souffre bien d'un problème physique, que les ambulanciers n'ont pas “ inventé ” un

trouble physique quelconque afin de la détourner vers l'hôpital en question. Toutefois, les ambulanciers mentionnent que le personnel hospitalier prodigue les soins nécessaires : “ dès que c'est un itinérant [...] ça irrite quelque peu les gens qui le reçoivent, je dis pas qu'ils donnent pas les soins là, mais je te dis que ça irrite, c'est pas d'emblée ”.

Quant aux policiers, ils estiment que les personnes itinérantes ne restent pas suffisamment longtemps à l'hôpital : “ je pense qu'on les retient pas, pis peut-être dans certains cas là, je présume, mais peut être dans certains cas on les met de côté pis on les fait attendre jusqu'à temps qu'ils prennent la porte, c'est moins de troubles ”. Cette situation, selon les policiers, ne règle pas le problème. Ils ont aussi l'impression de se 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. ” Les policiers 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 itinérantes. Alors ils les “ promènent ” et disent pouvoir aller jusqu'à les accuser d'une infraction à un règlement municipal et à les emprisonner pour une nuit lorsqu'il fait très froid. Le problème est alors réglé pour la soirée. Enfin, ils soulignent le manque de ressources et de services disponibles, particulièrement la nuit et les fins de semaine.

De leur côté, les intervenants des ressources communautaires reprochent aux policiers, lors d'une intervention, de n'embarquer la personne que pour lui “ faire faire un tour ” et de la laisser débarquer quelques rues plus loin. En ce qui concerne Urgences-Santé, un intervenant communautaire reproche à certains ambulanciers de ne pas être sensibles aux besoins de la personne, de s'en moquer. Les intervenants d'Urgences-Santé sont d'ailleurs critiques face à eux-mêmes.

C'est un peu la nature humaine ou c'est les préjugés que les gens véhiculent là. Bon. Plus il y a le professionnalisme, plus il y a d'éducation chez les intervenants, vous allez avoir des remarques mais elles sont différentes. Plus nos intervenants sont moins formés, moins qualifiés, plus des fois les remarques vont être un peu dures, brutales et dépourvues parfois d'humanité là en tout cas.

Mais les commentaires les plus nombreux des intervenants des ressources communautaires sont adressés à l'égard du personnel des urgences psychiatriques. Les intervenants leur reprochent de ne pas garder la personne suffisamment longtemps pour pouvoir mener une intervention adéquate. Ils rapportent qu'ils ne se sentent pas pris au sérieux par les équipes des urgences. Malgré leur désir de collaboration, rien n'est fait, on ne les implique pas dans le dossier. Le

problème, soulignent-ils, c'est que la personne itinérante retournera dans la ressource après sa visite à l'hôpital et ce, dans un état pire qu'auparavant.

[...] la personne revient, soit le lendemain ou, ils la gardent pas plus souvent qu'autrement. Même si on appelle à l'urgence, pis contacte le psychiatre, c'est très difficile de faire admettre quelqu'un en psychiatrie, donc c'est évident qu'à la limite il reste toujours, si la personne est vraiment dangereuse, y reste l'ordre de cour avec le CLSC, mais autrement y'a pas grand chose qu'on peut faire à part de ça.

Une intervenante d'une ressource explique d'ailleurs que ce n'est que le personnel des ressources communautaires d'hébergement et des centres de jour qui s'occupe des personnes itinérantes et non pas les hôpitaux ou les travailleurs sociaux qui y travaillent. Enfin, selon ces intervenants, le problème réside en bonne partie dans le fait d'envoyer la personne dans un hôpital de garde alors qu'elle est connue ailleurs.

Les psychiatres-parrains pour leur part soulignent que toute l'équipe de l'urgence est en cause : “ c'est pas toujours les psychiatres qui sont fautifs, c'est aussi tout l'environnement de l'urgence, hein, c'est le personnel paramédical qui dit “ ah non docteur hein, on va vous aider, on va trouver un numéro de téléphone, vous le garderez pas ”. Je pense qu'il faut la dire la vérité. Il y a des psychiatres qui sont pas corrects, qui sont fermés à tout ça, mais il y a beaucoup de personnel qui est fermé à tout ça aussi ”.

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

Le protocole de sectorisation des services des urgences psychiatriques à Montréal détermine quelle urgence doit s'occuper des personnes itinérantes. Que pensent les intervenants de ces règles de répartition de la clientèle? S'agit-il pour eux d'une condition favorable ou d'une contrainte? Nous avons d'abord posé la question aux intervenants des équipes des urgences psychiatriques. De façon générale, ces équipes sont satisfaites du protocole de sectorisation comme façon de répartir entre les différentes urgences la responsabilité d'intervenir auprès de cette clientèle n'appartenant à aucun secteur géographique. Une équipe décrit la charge de travail qu'amène la semaine de garde.

Les urgences sont plus engorgées pendant cette semaine-là. Ça demande plus de mobilisation de ressources, plus de travail, ça demande d'aller fouiller à bien des places, faire beaucoup d'appels, s'interroger auprès des différents hôpitaux, etc., donc ça demande de mobiliser beaucoup de personnes puis beaucoup de temps investi.

Plusieurs équipes soulignent que la garde d'une semaine est beaucoup mieux que la garde d'un mois qui avait cours auparavant.

Les qualités que la grande majorité des équipes trouvent au protocole sont : son utilité (“ c'est respecté, ça fait qu'on s'entend bien ”), sa souplesse, sa clarté (les intervenants disent savoir à quoi s'attendre car les règles du jeu sont claires et écrites, notamment en ce qui concerne les transferts entre hôpitaux) 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*”). L'équipe d'un hôpital fait même preuve d'un grand enthousiasme : “ ça semble avoir énormément bien fonctionné... qu'est-ce qu'on a constaté, c'est que la plupart était maintenant inscrit dans un suivi, ou du moins on savait à qui s'adresser lorsqu'on avait identifié qu'il nécessitait des soins psychiatriques ”.

Cependant, ce point de vue est contredit par plusieurs autres équipes qui, du point de vue des patients, identifient la discontinuité et l'absence de suivi comme étant les principales faiblesses du protocole. Un intervenant affirme :

Personnellement, je ne pense pas que c'est une très bonne idée, parce qu'à ce moment-là les gens sont vus par différents hôpitaux à différents moments donnés, et puis ça n'offre pas un continuité, parce que tout le temps t'es à réévaluer la même personne. Je ne trouve pas que c'est une bonne utilisation des ressources, puis je pense que ça devrait aller par secteur mais dans un autre sens, ça serait tous les hôpitaux du centre-ville qui seraient inondés de cette population. Je pense que c'est pour ça que ça existe les hôpitaux de garde.

L'option de donner mandat aux hôpitaux du centre-ville de desservir cette clientèle pour qui le centre-ville constitue le principal secteur d'appartenance est donc soulevée mais elle semble irréaliste dans le cadre présent. Une équipe estime que le mode de répartition actuel fait en sorte que : “ *it misses a lot of the patients that are out there* ”, ce qui expliquerait le petit nombre de patients reçus durant la semaine de garde. Une autre équipe insiste sur l'importance de l'appartenance à un secteur et à un hôpital du secteur : “ 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 ”.

En vue de mieux explorer cette question du suivi et de la discontinuité des soins, nous avons demandé aux équipes des urgences comment elles comprenaient les règles de suivi prévues au

protocole. La grande majorité des équipes comprennent la règle voulant que le suivi des patients vus durant la semaine de garde relève de l'hôpital de garde. Cependant, trois équipes répondent que le suivi relève plutôt de l'hôpital du secteur. Dans deux de ces cas, on peut penser que les intervenants distinguent les personnes vues en consultation pendant la semaine de garde de celles qui ont fait l'objet d'une admission, tel que prévu au protocole. La troisième équipe est explicite :

Si on hospitalise le patient, on le prend en charge, on offre le suivi. 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... S'il part avec un refus de traitement, que oui on lui donne des rendez-vous et il ne vient pas, on considère que lui il recommence à zéro.

Les transferts entre centres hospitaliers représentent également une difficulté pour certains intervenants des urgences. En effet, même si les règles sont claires, des équipes soulignent que celles-ci ne sont pas nécessairement suivies. “ C'est pas toujours facile des fois de [faire] transférer des patients ailleurs... je pense qu'il y a des difficultés réelles qui se présentent là des fois quand il s'agit de faire un transfert. ” Un intervenant considère que le protocole génère des problèmes de transferts de personnes considérées comme indésirables suite à des évaluations expéditives et erronées de psychiatre ou de résidant et il attribue en partie cette situation au fait que le protocole est trop compliqué.

Un autre intervenant rapporte : “ quand quelqu'un se présente, qu'ils sont sans-abri... puis ils vont rentrer à l'urgence. Ils ne sont pas connus ici, puis ce n'est pas notre hôpital qui est de garde cette semaine-là. [Les intervenants] vont essayer de le transférer, ils ne voudront pas le traiter ici si il y a pas de dossier, c'est tout ”. Cette difficulté a déjà été mentionnée en ce qui concerne la collaboration avec Urgences-Santé. Une équipe du centre-ville soulève le problème d'erreur d'aiguillage d'Urgences-Santé parce que ce dernier considère les refuges de dépannage comme étant des adresses de résidence, ce qui lui amène des clients qui devraient être amenés à l'hôpital de garde.

Pour sa part, un intervenant est d'avis que le problème d'application du protocole se situe dans les urgences qui n'ont pas de psychiatres stables. “ Ils sont 22 à tour de rôle puis chacun fait son tour de garde et il y en a aucun là-dedans qui a lu le protocole de sectorisation ou qui veut le lire ou qui veut le connaître. Alors, ils appliquent la sectorisation bêtement. ” Un autre remet en cause l'influence des règles du jeu sur l'attitude des intervenants : “ les hôpitaux cherchent les raisons de ne pas [intervenir], les médecins et les unités cherchent les raisons de ne pas, plutôt que d'essayer de voir c'est quoi qu'il peut faire... parce que si tu fais qu'une affaire là, les règles du jeu sont telles, c'est que tu restes pogné avec... c'est un contrat à long terme que t'as pris ”.

Dans l'ensemble, les intervenants des urgences psychiatriques sont donc satisfaits du protocole parce qu'il facilite leur travail en répartissant entre eux la responsabilité d'intervenir auprès de cette clientèle difficile. Par contre, la plupart le considère comme une contrainte empêchant une réponse adéquate aux besoins véritables de cette clientèle.

Nous avons posé les mêmes questions concernant le protocole aux autres acteurs. Les policiers disent ne pas connaître assez le système pour se prononcer sur son efficacité. Le seul aspect de leur travail qui est affecté est si une personne est ramassée dans un secteur et conduite dans un hôpital du même secteur, il y a des chances que la police revoie cette personne quelques heures plus tard. Alors que si elle a été amenée dans un autre secteur, le délai entre le départ et le retour sera plus long. Les ambulanciers, pour leur part, expliquent qu'il est facile, dans le cas d'une personne itinérante de lui trouver un problème d'ordre physique. Comme ce dernier est considéré comme prioritaire, cette personne pourra alors être amenée dans un hôpital différent de celui dont c'est la semaine de garde. Ils reconnaissent des avantages au protocole mais seulement pour les hôpitaux, pas pour les personnes itinérantes. Il y a en effet beaucoup plus de chances que ces dernières soient connues dans les hôpitaux du centre-ville. Les ambulanciers sont d'avis qu'on ne fait que déplacer le problème en amenant une personne dans l'un des hôpitaux éloignés tels que Sacré-Coeur ou Louis H Lafontaine. De plus, cela ne facilite pas le suivi. En effet, une personne dont le secteur est le centre-ville et qui est conduite dans un hôpital éloigné ne sera pas disposée à y retourner pour un suivi psychiatrique.

Cet éclairage sur le protocole complète donc l'information que les intervenants nous donnent sur leur rôle et sur les limites à leur intervention auprès de la clientèle-cible. Les équipes des urgences psychiatriques sont appelées à intervenir auprès d'une clientèle difficile selon le mandat et les règles du jeu légales et administratives qui régissent l'urgence de même que dans des conditions défavorables en ce qui a trait aux renseignements disponibles et à la collaboration avec les autres acteurs. Ces derniers sont confrontés à des personnes itinérantes en difficulté ou en situation de crise; ils agissent comme intermédiaires entre la population et les urgences, dans le cas d'Urgences-Santé et de la police, ou comme milieux d'accueil et d'hébergement et ils ont le sentiment que ces dernières ne reçoivent pas de l'urgence psychiatrique les soins dont elles ont besoin. Voyons les pistes de solution que ces intervenants entrevoient.

#### **5.4 Les pistes de solution**

Nous avons posé aux intervenants deux questions sur les améliorations souhaitables du système, l'une sur les aménagements à faire dans le cadre actuel et l'autre sur l'organisation idéale des soins psychiatriques pour cette population.

#### 5.4.1 Les aménagements au cadre actuel

Les équipes des urgences psychiatriques proposent d'abord des ajustements en ce qui concerne la collaboration des autres acteurs, surtout relativement à la transmission de renseignements. D'abord, ils souhaitent qu'Urgences-Santé et la police les informent mieux : Urgences-Santé, avec une formule plus complète incluant le nom de la personne qui a demandé l'intervention et à quel endroit la personne a été trouvée; la police, en produisant un rapport. Une équipe déplore l'arrêt de service du travailleur social d'Urgences-Santé dont elle appréciait beaucoup les informations téléphoniques. Une autre souligne l'importance de rencontres régulières et d'ententes claires avec Urgences-Santé. Un intervenant considère nécessaire d'obtenir les renseignements pertinents quand une personne est amenée de la prison. Par exemple, les gens de Parthenais pourraient téléphoner si quelqu'un nécessite des soins particuliers et indiquer si la personne peut faire preuve de violence. En ce qui concerne les organismes communautaires, un intervenant note : “ les gens des ressources communautaires qui les connaissent, s'ils leur suggèrent de se présenter à l'hôpital, la moindre des choses c'est qu'ils nous téléphonent ”. Il s'explique : “ les gens des refuges peuvent être très aidants; si vous savez qu'ils ont été dans un refuge, vous pouvez obtenir une foule de renseignements du personnel sur les changements ou ce qui est arrivé durant les derniers jours. Ceci peut être très utile pour définir des plans ou pour le diagnostic ”.

Une équipe soulève aussi la question de la définition du rôle du policier et de celui du système de justice : “ s'ils pouvaient jouer leur rôle de policiers puis pas se prendre pour des travailleurs sociaux... Quand quelqu'un commet une infraction criminelle, il devrait être traité par la loi d'abord à moins que ce soit quelqu'un de complètement dément. Le simple fait d'être malade n'excuse pas et le processus judiciaire a prévu très bien la notion d'expertise ”. Une autre équipe, faisant référence au projet d'Urgence psychosociale (UPS) de la Régie régionale affirme qu'il est très dangereux de psychiatriser les gens qui appartiennent au système pénal.

Ensuite, les équipes proposent des aménagements aux lois et aux normes administratives existantes. Deux équipes souhaitent que la loi soit plus explicite sur les critères permettant de garder une personne contre son gré tandis que deux autres estiment qu'il revient aux professionnels

de bien l'interpréter : “ les lois, il faut les utiliser, il y a des trous, c'est sûr, mais la loi quand même permet un certain recours ”. Une autre considère que : “ c'est peut-être nécessaire de traverser ce que nous traversons pour finalement à un certain moment atteindre un meilleur équilibre... Je pense que ce qui sera important sera l'interprétation de la loi ”. Certains intervenants prônent le retour à l'ancienne formule pour faciliter l'obtention des ordres de cour auprès du greffier de la Cour municipale. De façon générale, un autre estime qu'idéalement il faudrait réécrire toutes les lois qui encadrent la pratique auprès de cette clientèle pour les clarifier, les simplifier et les rendre plus cohérentes afin de faciliter le travail des praticiens.

Quant aux règles prévues au protocole de sectorisation, une équipe remet en question le délai maximum de 48 heures à l'urgence : “ la psychose, elle, le sait pas qu'il faut qu'elle se décide en 48 heures! Ça prend une couple de jours des fois avant qu'il atterrisse. Le fait de forcer une décision au bout de 48 heures fait en sorte que ce patient-là peut se retrouver “ dispatché ” ailleurs et recevoir de façon indue des médicaments ”. Certaines équipes proposent donc d'allonger la période de suivi du patient par l'hôpital qui l'a pris en charge, actuellement de six mois, à une année. Ceci en vue de favoriser le suivi des patients puisqu'il est connu que 80 à 90% des schizophrènes qui ne prennent pas leur médication décompensent à l'intérieur de ce délai.

Enfin, un intervenant d'une urgence prône la sensibilisation du personnel des urgences “ parce que j'ai l'impression qu'ils ne comprennent pas cette population puis qu'ils n'ont pas beaucoup de respect aussi pour ces gens-là, surtout s'ils sont toxicomanes. Il y a beaucoup de stéréotypes aussi, ils ne veulent pas trop les soigner, ils ne veulent pas trop se lancer là-dedans... je pense que l'éducation c'est la meilleure chose ”. Des intervenants soulignent également l'importance du travail d'équipe à l'urgence psychiatrique, entre autres, une équipe note qu'elle apprécie énormément de pouvoir compter sur un travailleur social attitré à son urgence.

Pour leur part, les intervenants des ressources communautaires suggèrent que les hôpitaux gardent la personne un minimum de deux à trois jours, afin qu'elle soit traitée et suivie. Par ailleurs, ils apprécient beaucoup le travail des psychiatres-parrains auprès de leur clientèle : “ *it's made things a little bit easier to have some follow-up with the people that before would be difficult for us to get to the hospital. It's made a big difference that they have the time to build up a relationship and to follow them on a regular basis...* ”. Cette appréciation est réciproque.

Selon des policiers, le gouvernement doit prendre en charge les personnes qui ne peuvent le faire elles-mêmes en leur imposant, par exemple, des cures fermées. La loi devrait donc être

modifiée afin d'accorder plus de pouvoir aux hôpitaux. Certains intervenants communautaires quant à eux, considèrent que la loi est très mal interprétée de sorte qu'elle n'est pas appliquée alors que d'autres soulignent qu'elle est trop restreinte.

Ceci donne un aperçu des aménagements suggérés par les intervenants dans le cadre du système actuel. Ces derniers élaborent beaucoup plus sur la question concernant la façon idéale d'organiser les services des urgences psychiatriques à partir des besoins et des caractéristiques des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

#### 5.4.2 L'organisation idéale des services psychiatriques

Nous avons demandé aux intervenants comment idéalement ils verraient l'organisation des soins psychiatriques pour les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. En premier lieu, la majorité des intervenants des urgences prône une stratégie d'intervention dans le milieu en empruntant les approches d'*outreach* et de *case management*. De plus, la moitié des équipes préconise une centralisation des renseignements de base sur cette clientèle et certaines proposent une centralisation des services au centre-ville. En troisième lieu, les équipes des urgences proposent de développer l'hébergement et les services aux personnes toxicomanes.

##### *Une approche de reaching out et de case management*

Les intervenants des urgences sont très explicites sur le type d'approche qui conviendrait à cette clientèle :

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... il faut les amadouer, c'est long. Puis il faut qu'ils puissent y trouver des avantages... je pense qu'il va falloir avoir des intervenants assimilés à nos valeurs mais étant capables de se mettre dans la peau des gens parce qu'ils ont les mêmes valeurs... 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.

Les principales caractéristiques de l'approche à développer sont définies par les intervenants : d'abord rejoindre les personnes itinérantes malades où elles sont, établir avec elles une relation, gagner leur confiance, les amadouer; cela prend du temps et se réalise graduellement par des intervenants capables d'aller les trouver dans leur milieu, de se faire accepter, de les comprendre et de développer avec elles une relation. C'est le sens même de l'intervention d'*outreach*, mot difficile à traduire en français, qui exprime l'idée de sortir de l'institution et d'aller rejoindre ou trouver la clientèle dans son milieu de vie. Par la suite, l'intervenant développe une intervention individualisée après de cette personne, l'accompagne et la suit dans ses démarches de soins et de services sociaux, assurant une continuité et un encadrement. C'est ce qu'on appelle le *case management*. Un intervenant ajoute : “ les personnes c'est important là-dedans... Je ne pense pas que le gros système institutionnel peut permettre ça, c'est trop gros, trop formalisé, trop compliqué ”.

Une autre caractéristique de l'approche proposée consiste donc à démarrer de la perspective et des besoins du patient, à s'adresser au problème du refus des soins et à mettre en marche un cheminement avec le malade pour l'amener à poser des gestes pour améliorer sa situation. Les intervenants précisent que l'hôpital ne peut réaliser cette intervention mais qu'il doit être disponible quand le patient sera prêt à se faire soigner. Ainsi, le problème n'est pas d'abord celui des soins psychiatriques d'urgence mais avant tout celui des soins psychiatriques réguliers 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 ”. Un autre intervenant abonde dans le même sens : “ ça prend du monde qui vont les suivre ”, qu'il s'appelle *case manager* ou autrement, “ qui vont les accompagner dans une démarche concrète ”, un autre ajoute : “ auquel nous pourrions faire rapport ” et avec qui ils pourraient collaborer étroitement. En général, les intervenants s'entendent sur ce rôle essentiel d'accompagnement et d'encadrement, un intervenant affirme même : “ *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* ”.

Enfin, une équipe suggère de donner 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, I don't know* ”. De plus, elle propose d'avoir une personne-contact dans la ressource qu'ils informeraient de la médication, du suivi recommandé au patient et des noms du médecin et du travailleur social responsables.

Dans le but de développer l'accessibilité au suivi des soins psychiatriques, un intervenant d'une urgence psychiatrique suggère d'utiliser le réseau des CLSC et de dispenser les services dans les ressources sur le modèle de ce qui se fait au CLSC des Faubourgs :

[...] chacun des CLSC, un peu sur le modèle du CLSC Centre-Ville, pourrait avoir la porte ouverte, s'il y en a qui veulent venir, ils pourraient être traités, avoir leurs injections, plutôt de façon anonyme, avec moins de contraintes, puis d'affaires bureaucratiques pour eux [qu'à l'hôpital]. Rendre ça accessible pour qu'ils suivent leur traitement... ou que les intervenants se déplacent pour leur donner leurs injections dans la ressource, peut-être que ça serait la solution aussi.

Pour leur part, les intervenants des ressources communautaires suggèrent la création d'une équipe spécialisée dans la communauté qui serait en lien avec les hôpitaux et ils prônent une approche d'*outreach*, c'est-à-dire qu'il revient aux intervenants de se déplacer vers la clientèle, à la

suivre dans ses déplacements. Le personnel d'Urgences-Santé ajoute qu'il doit y avoir des travailleurs de rue. On mentionne aussi la nécessité de mettre sur pied un programme de *case management*.

L'approche à développer concerne aussi la pratique psychiatrique. Pour un psychiatre-parrain, la notion d'*empowerment* est très importante. Il faut confirmer que c'est la personne qui va s'occuper d'elle-même. Il est donc primordial que la personne itinérante veuille se prendre en main. Ce médecin n'hésite toutefois pas à faire appel à la Curatelle et à demander des cures fermées. Quand les personnes itinérantes ne veulent pas collaborer, il dit être obligé de prendre certains moyens. Cette nouvelle attitude plus directive prend du temps et de l'énergie. Il faut vouloir le faire, dit-il, et ce n'est malheureusement pas le cas pour tout le monde. Enfin, un psychiatre-parrain préconise le modèle de l'hôpital Bellevue à New York. Ce modèle sera décrit dans le chapitre 8 portant sur le *case management*.

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

Un deuxième groupe de propositions des intervenants des urgences concerne les conditions à mettre en place pour assurer un suivi des soins hospitaliers comme la centralisation des renseignements de base sur ces patients et une centralisation des services de prise en charge au centre-ville.

Pour plusieurs intervenants, un fichier central rendant disponibles les renseignements de base sur les personnes itinérantes non connues de leur établissement, un peu sur le modèle de celui de l'ancien CSSMM, permettrait une certaine continuité de l'intervention des urgences psychiatriques et donnerait plus de sens et d'impact à leurs interventions épisodiques. Un intervenant propose de centraliser ces données au CLSC des Faubourgs. Selon un autre intervenant, cette banque d'information serait assez facile à mettre en place tout en respectant la confidentialité et faciliterait grandement l'intervention de l'urgence et la continuité des soins.

Un intervenant souligne aussi l'importance de ce mécanisme pour permettre la collaboration des différentes ressources isolées qui interviennent auprès de la personne itinérante et pour permettre aux équipes des urgences d'assurer une évaluation et un traitement plus adéquats et à long terme. Il souligne aussi l'importance de la communication avec les ressources de la communauté : *“ perhaps a little bit more information about these people from the people who know them in the*

*community... so that we could, after we finish looking after them here in the emergency room [...] we could know the ideal place to send them ”.*

Certains intervenants proposent également une centralisation des services au centre-ville où se retrouvent la majeure partie des ressources communautaires desservant les personnes itinérantes et qui constitue le milieu d'appartenance de la majorité de celles-ci.

[...] 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... Quand ils sont parachutés d'un hôpital à l'autre comme ça, c'est disconnecté comme intervention, c'est sporadique. Alors qu'il y a peut-être là des gens qui bénéficieraient d'un suivi.

Une autre équipe va un peu dans le même sens en proposant d'amener la personne itinérante à l'urgence de son secteur d'appartenance, ce qui selon elle, “ aurait plus de sens pour le patient ”. Un psychiatre-parrain, pour sa part, estime qu'il faut être logique, les ressources étant au centre-ville, il faut donc travailler avec elles et avec les hôpitaux de ce secteur. Il ajoute que ce serait à ces hôpitaux d'aller chercher des surplus budgétaires afin de s'organiser pour faire face à cette clientèle.

Le personnel d'Urgences-Santé considère pour sa part que les centres hospitaliers éloignés ne rendent service à personne. Puisque c'est le centre-ville qui est le plus touché, ce dernier propose qu'il y ait une clinique ou un établissement spécialisé pour répondre aux besoins de la clientèle et qu'on cesse de les promener d'un endroit à l'autre. Les intervenants des ressources sont d'accord eux aussi et parlent de deux ou trois hôpitaux dans lesquels se trouverait une équipe ayant pour but de faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital. Enfin, un autre intervenant d'Urgences-Santé propose que la garde soit répartie selon le secteur et non pas selon l'hôpital.

Parlant des améliorations à apporter au protocole de sectorisation, un intervenant d'une ressource communautaire suggère d'y inclure les services médicaux en plus des soins psychiatriques. D'ailleurs certains techniciens-ambulanciers évitent déjà le transport d'une personne vers un hôpital éloigné de l'endroit où elle a été ramassée, en lui “ trouvant ” un problème d'ordre physique.

Dans le but d'assurer des services plus adaptés, une véritable prise en charge et un suivi des soins d'urgence, une équipe d'urgence suggère quant à elle de regrouper les services et la clientèle dans trois petits centres qui offriraient des services spécialisés d'urgence, d'hébergement et de suivi psychiatrique.

T'aurais aussi l'option, s'il y avait un centre comme l'Accueil Bonneau, t'aurais comme des dortoirs, t'aurais une mini-salle d'urgence, t'aurais toujours un généraliste qui serait là, un intervenant social, tu pourrais les regrouper, il y en aurait peut-être trois dans la ville de Montréal, dans trois secteurs différents et ces gens-là sauraient qu'il y aurait un suivi, puis il y aurait vraiment une prise en charge, pas comme un CLSC de 8 à 4, une affaire 24 heures par jour, avec le personnel qui est formé pour traiter cette clientèle-là, pas pour la juger, pas pour la chicaner mais pour être aidant... au lieu de la répartir dans 14 boîtes différentes où chacun fait quelque chose mais à la mitaine. C'est peut-être mieux d'en avoir trois mais qui sont très structurées et très intéressées.

Par contre, une autre équipe d'urgence estime qu'il faut plutôt revoir l'ensemble de l'organisation des services des urgences psychiatriques à Montréal et réduire le nombre d'équipes à environ quatre de façon à disposer d'équipes capables de bien répondre à ces types de problématique. Elle insiste sur l'importance d'une équipe stable et multidisciplinaire qui poursuit des objectifs similaires et partage une philosophie d'équipe : “ vraiment développer une philosophie commune qui transparait dans l'intervention quotidienne et qui donne une cohérence à notre intervention face au patient ”. Elle ajoute aussi que les instances psychiatriques et les instances communautaires vont devoir s'appivoiser parce que les uns et les autres doivent collaborer “ pour s'occuper des gens qui ont tendance à tomber entre les *cracks* ”.

Faisant référence à son expérience clinique à l'hôpital, un psychiatre-parrain insiste lui aussi sur le travail d'équipe avec tous les intervenants de l'urgence :

Il faut que le nursing soit avec nous, il faut que tout le monde soit avec nous. Tu peux pas faire ça tout seul non plus, c'est tout un gros travail d'équipe. [...] Et une acceptation de... des limites de ces gens-là, de la durée d'hospitalisation si on veut arriver à quelque chose. Il faut que le service social soit très actif pis comprenne notre idée et entre aussi avec nous. Il faut des partenaires là qui... qui jouent le jeu hein pis qui le jouent sérieusement parce que sans ça c'est pas possible.

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

En troisième lieu, les intervenants des urgences psychiatriques proposent le développement de services d'hébergement dans la communauté et de services à l'intention des personnes toxicomanes. D'abord, une équipe souhaite qu'il y ait : “ *more facilities in the community, more shelters in which to send people... I don't think there are nearly as many as there ought to be* ”.

Un intervenant d'une ressource communautaire exprime le même avis. Selon lui, ce manque de ressources au centre-ville a comme conséquence que des gens avec des problèmes différents se

ramassent tous aux mêmes endroits. Même s'il ne veut pas que des ghettos soient créés, il estime tout de même qu'il faut offrir plus de choix aux personnes itinérantes.

Une autre équipe d'urgence propose une formule d'hébergement dans la communauté permettant l'encadrement :

[...] pendant par exemple un minimum de temps, quelqu'un qu'on placerait comme ça dans 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... qu'on puisse avoir des balises pour intervenir avec le client... Tandis que [actuellement] les gens qui partent comme ça et qui s'en vont en appartement et qui font ce qu'ils veulent, souvent on n'a pas la possibilité d'assurer un suivi comme on aurait aimé.

Une troisième 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, ils ont pas besoin de ça,... [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 ”. Une autre équipe suggère de développer des ressources d'hébergement à plus long terme “ qui auraient peut-être différents critères pour garder une population plus genre toxicomane avec des gens qui seraient capables de *dealer* avec des problèmes de comportement aussi ”. On se rappelle que plusieurs toxicomanes étaient sur la liste noire de diverses ressources d'hébergement. D'autres intervenants des urgences proposent aussi de développer des services de traitement spécialisés pour les toxicomanes. “ Il devrait y avoir des centres où on peut intervenir. L'hôpital n'est pas nécessairement le bon endroit pour traiter une toxicomanie. ”

À ce propos, les policiers ajoutent que le développement de tels programmes est nécessaire plutôt que de programmes de soins psychiatriques puisque le problème semble plus lié à la toxicomanie. Ils sont d'avis que s'il y a accumulation d'événements, la personne devrait alors 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. Si les personnes étaient suffisamment longtemps dans une ressource, disent les policiers, le personnel aurait alors le temps de trouver le problème et d'orienter la personne vers la solution à ce problème. Enfin, les policiers et les intervenants communautaires ont aussi parlé du rôle de la famille. C'est cette dernière qui devrait selon eux s'occuper des personnes itinérantes qui sont toutes seules, sans appui, “ même les familles prennent plus leur responsabilité, le système à un moment donné peut pas tout assumer ”.

## *Une volonté d'agir*

Enfin, les intervenants des urgences psychiatriques soulignent la nécessité d'une volonté collective et politique d'agir de la part des établissements hospitaliers et de la Régie régionale en vue de régler le problème.

J'ai l'impression qu'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... Si tu veux attaquer un problème, il faut que tu ailles jusqu'au bout, fais pas juste de la recherche, mets les effectifs en place... C'est un choix de société, puis le porte-parole de cette société-là c'est la Régie régionale, puis il va falloir qu'ils mettent leurs culottes et qu'ils prennent une décision à savoir est-ce qu'on va jusqu'au bout dans cette intervention-là... 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... si on crée des carcans, on ne sera jamais capable de rien faire avec ces gens-là.

Cet appel à l'action clôt la présentation des perceptions des intervenants sur le phénomène de la fréquentation des urgences psychiatriques de garde par les personnes itinérantes. La quarantaine d'intervenants rencontrés se sont montrés préoccupés par les besoins de cette clientèle et par les limites du système de soins psychiatriques à y répondre. Ils se sont aussi dits soucieux de la mise en place de solutions appropriées pour les rejoindre et leur prodiguer les soins nécessaires en situation de crise et à plus long terme. Les propositions qu'ils mettent de l'avant jettent un éclairage nouveau sur les approches à développer et sur des pistes d'organisation de services susceptibles de répondre plus adéquatement aux besoins variés et complexes des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.



## **CHAPITRE 6**

### **DISCUSSION**

Les fiches de profil et les entrevues avec les intervenants dressent un portrait éclairant des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants qui vivent des difficultés ou qui sont en crise dans la communauté, de même que des services qui leur sont offerts par les urgences psychiatriques. Les entrevues décrivent spécifiquement cette réalité tandis que les fiches de profil englobent une population un peu plus large à cause de la définition du protocole pour l'application de la sectorisation (chapitre un). On se rappellera que nous avons privilégié la clientèle des urgences psychiatriques vue durant leur semaine de garde parce que ces dernières constituent la principale ressource disponible pour la population-cible. La discussion suivra le modèle adopté jusqu'ici et traitera d'abord du profil des personnes itinérantes puis des services offerts par les équipes des urgences.

#### **6.1 Le profil de la population-cible**

Compte tenu de la différence de définition de la personne itinérante entre notre étude et le protocole, on peut se demander au point de départ quelle partie de cette clientèle des urgences psychiatriques correspond à notre définition de personne itinérante. Les données de l'enquête ne nous permettent pas de répondre de façon précise à la question mais elles suggèrent que la très grande majorité y correspond. D'abord, chez les deux tiers des personnes qui vivent sur l'île de Montréal, la plupart n'a pas de logement stable; plus du tiers n'a aucun revenu tandis que la très grande majorité de celles qui en ont un reçoit des prestations de la sécurité du revenu. De plus, les données sur les dispositions prises à la fin de la visite illustrent l'absence d'un réseau de soutien significatif chez plusieurs puisque environ deux personnes sur cinq sont référées à des ressources pour personnes itinérantes et que seulement une sur dix-huit reçoit son congé chez des amis ou de la famille. Chez l'autre tiers des personnes itinérantes ayant une adresse à l'extérieur de l'île de Montréal, une proportion significative semble aussi répondre à la définition puisque la moitié n'a pas de logement stable; le tiers n'a aucun revenu et chez les personnes qui en ont un, les deux tiers reçoivent des prestations de la sécurité du revenu et seulement trois personnes tirent ce revenu d'un emploi. Les dispositions concernant ce groupe suggèrent l'existence d'un réseau de soutien chez

une personne sur sept qui reçoit son congé chez des amis ou de la famille et son absence chez la même proportion qui est référée aux ressources communautaires pour personnes itinérantes. On peut donc considérer que la très grande majorité de la clientèle itinérante des urgences psychiatriques de garde logeant sur l'île de Montréal correspond à notre définition de personne itinérante de même qu'une bonne partie des personnes qui ont une adresse à l'extérieur de l'île de Montréal. Pour les fins de la discussion, nous distinguons généralement les deux groupes en étant conscients que la notion d'itinérance inclut le phénomène de déplacement d'une ville à une autre, notamment pour des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants ou de toxicomanie.

### *Le nombre de personnes*

Les données de l'enquête confirment d'abord les résultats des entrevues auprès des équipes des urgences concernant la faible fréquentation de l'urgence et le fait qu'elle est dans la plupart des cas circonscrite à la semaine de garde. Seulement 188 personnes itinérantes effectuent 200 visites durant les 44 semaines de garde pour lesquelles nous avons les données, soit 135 de l'île de Montréal et 62 de l'extérieur de l'île, pour une moyenne de 4,5 visites par semaine. De plus, durant les 44 semaines régulières étudiées, seulement dix des 14 urgences psychiatriques ont reçu 30 personnes itinérantes. Si on extrapole cette fréquentation durant les semaines régulières aux autres urgences psychiatriques, le réseau des 14 urgences pourrait avoir rejoint 360 personnes itinérantes durant les semaines régulières<sup>10</sup>. En ajoutant cette clientèle estimée à celle des semaines de garde, l'estimé de la clientèle itinérante des 14 urgences psychiatriques représenterait sur une année seulement 650 personnes. Les résultats de la semaine de garde correspondent à ceux de l'étude de Migneault (1993) qui étudie le phénomène au début de la période d'application du protocole en 1992. Sa fréquentation moyenne hebdomadaire est de six personnes, la moitié étant amenée par Urgences-Santé et les policiers. En plus des facteurs spécifiques à l'urgence du Centre hospitalier Douglas, notamment l'absence de filtrage par l'urgence générale comme dans les douze hôpitaux généraux, le rodage et l'expérience de quatre années d'utilisation du mécanisme de répartition de la garde par les intervenants peuvent expliquer la baisse de fréquentation entre les deux études. En effet, les intervenants des ressources communautaires rapportent ne plus référer certaines personnes récalcitrantes tandis que les policiers affirment se contenter d'amener des personnes faire un tour d'automobile plutôt que de les conduire à l'urgence parce qu'ils savent d'expérience qu'elles n'y

---

<sup>10</sup> Durant les deux premiers tours de garde, nous avons 14 urgences dont treize ont leur semaine régulière chaque semaine et durant les deux derniers tours, nous avons 12 urgences, dont onze ont leur semaine régulière chaque semaine. L'estimé de la fréquentation de l'ensemble de ces urgences psychiatriques durant les 44 semaines régulières est obtenu en multipliant le résultat de la fréquentation d'une semaine régulière d'une urgence durant les 44 semaines (30 personnes) par le nombre d'urgences ayant également leur semaine régulière.

seront pas gardées. Les intervenants des ressources rapportent aussi qu'Urgences-Santé refuse de transporter certaines personnes récalcitrantes et intoxiquées. Par ailleurs, à partir des entrevues de l'ensemble des équipes des urgences, nous ne retenons pas une explication de la faible fréquentation avancée par l'une d'elles à l'effet que le protocole aurait fait en sorte que la plupart des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères soient maintenant prises en charge par un des hôpitaux du réseau. Les données des entrevues concernant les limites évidentes du suivi par les urgences et le peu de succès des références en consultation externe contredisent cette thèse. Enfin, les données sur la fréquentation durant la semaine de garde et la semaine régulière suivante nous permettent de rejeter l'hypothèse de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs à l'effet qu'un noyau dur de personnes itinérantes utilisent de façon répétitive le réseau des urgences psychiatriques.

En l'absence de statistiques disponibles sur le transport de personnes itinérantes par Urgences-Santé, les ambulanciers estiment qu'ils amènent à l'urgence de garde une trentaine de personnes itinérantes par fin de semaine. Les seules autres données de fréquentation dont nous disposons sont celles de Raynault et ses collaborateurs (1994). Elles permettent d'estimer que l'urgence générale de l'hôpital St-Luc a reçu au moins 1 632 visites de personnes itinérantes<sup>11</sup> à son urgence générale durant l'année 1988-1989, soit une moyenne de 31,4 personnes itinérantes par semaine. Notons qu'à cette époque, le protocole actuel pour l'application de la sectorisation n'était pas en vigueur et que la ressource Dernier Recours Montréal, voisine de l'hôpital, entreprenait sa première année d'opération. Tel que mentionné précédemment, l'écart entre les visites à l'urgence générale et celles à l'urgence psychiatrique peut s'expliquer en grande partie par le filtrage de l'urgence générale. Ainsi, un bon nombre de personnes recevraient leur congé de l'urgence générale parce qu'elles ne seraient pas considérées comme nécessitant une consultation à l'urgence psychiatrique pour diverses raisons : intoxication, cas chronique non urgent, refus de soins, etc. Compte tenu que la très grande majorité des personnes sont amenées contre leur gré, on peut estimer aussi que les plus récalcitrantes, considérées comme non dangereuses par l'urgentologue, quittent l'hôpital sans référence à l'urgence psychiatrique. On sait de plus que les personnes intoxiquées par l'alcool et les drogues sont exclues du protocole pour l'application de la sectorisation et que les intervenants des urgences psychiatriques considèrent la toxicomanie comme ne relevant pas de la psychiatrie, du moins dans un premier temps. Ces personnes peuvent donc ne pas être référées en psychiatrie suite aux consignes données à l'urgentologue par le psychiatre. On

---

<sup>11</sup> L'étude établit que 1 750 personnes itinérantes, définies comme ayant été recensées dans les refuges de Montréal durant l'année 1988-1989, ont eu au moins un contact avec l'hôpital St-Luc durant la même année et que 245 d'entre elles ont été hospitalisées. Ces dernières ont fréquenté l'urgence en moyenne 4,6 fois.

se rappellera à cet effet qu'un psychiatre affirmait que soigner certains vieux schizophrènes était futile et qu'il refusait sur dossier certaines consultations demandées par l'urgentologue notamment dans le cas de personnes reconnues pour leur refus de collaborer au traitement. Le fait que les ambulanciers considèrent presque toutes les personnes itinérantes comme souffrant de troubles mentaux peut aussi expliquer en partie cet écart entre les personnes qu'ils amènent à l'urgence générale et les personnes référées à l'urgence psychiatrique. L'évaluation de l'équipe de l'urgence générale peut donc réduire sensiblement le nombre de personnes référées à l'urgence psychiatrique. Par conséquent, on peut penser que c'est à l'urgence générale que se situe en bonne partie la population-cible de notre étude, celle dont parlent les ambulanciers, les policiers et les intervenants des ressources communautaires tandis que la clientèle de l'enquête dont font état les fiches de profil ne représente que la pointe de l'iceberg.

### *Les caractéristiques des personnes*

Les intervenants dressent un profil de la population-cible qui recoupe assez bien les résultats de l'enquête de fréquentation de l'urgence de garde. Ces derniers correspondent aussi à ceux des études spécialisées. Ainsi, l'enquête révèle que la clientèle des urgences psychiatriques se compose surtout d'hommes et se répartit assez également entre les catégories d'âge avec une légère surreprésentation des 30-40 ans. Il est intéressant de noter que les moins de 30 ans composent le quart de la clientèle et qu'ils reçoivent à peu près tous des prestations de la Sécurité du revenu. De façon générale, la clientèle des urgences psychiatriques n'est pas connue des équipes des urgences. En effet, la plupart des personnes de l'extérieur de l'île et la grande majorité de celles de Montréal sont inconnues de l'établissement. Ce résultat illustre le faible recours à l'urgence de garde de la part de la population-cible. De façon plus prononcée que dans l'étude de Migneault (1993), la très grande majorité est amenée à l'urgence de garde par Urgences-Santé et la police tel que le prévoit le protocole. Ce phénomène est plus marqué chez le groupe de l'extérieur de l'île dont près des deux tiers sont amenées par Urgences-Santé. En comparaison, moins de personnes itinérantes de l'île de Montréal sont amenées par Urgences-Santé mais plus le sont par les policiers, surtout dans le cas des femmes. Le recours aux policiers pourrait s'expliquer par des comportements perturbateurs pour l'environnement et des crises reliées à la surconsommation d'alcool ou de drogues plus présente dans le groupe de Montréal. Enfin, la grande majorité fréquente l'urgence de garde de façon involontaire, le phénomène étant beaucoup plus prononcé dans le groupe de l'extérieur de l'île, chez les personnes itinérantes plus âgées, chez les femmes et les personnes souffrant de troubles bipolaires, de psychose et de schizophrénie. La fréquentation involontaire du groupe de l'extérieur de l'île pourrait être reliée à la prévalence plus élevée de ces trois diagnostics dans ce groupe.

La clientèle est surtout amenée à l'urgence psychiatrique de garde pour une évaluation, un peu plus dans le groupe de Montréal. La crise comme telle est identifiée comme motif de la fréquentation de l'urgence dans seulement le quart des cas. Elle est invoquée chez le tiers des personnes du groupe de l'extérieur, l'est deux fois plus souvent chez les hommes et un peu plus souvent chez les personnes de 40 ans et plus. Dans le groupe de Montréal, il est surprenant de noter que la crise ne constitue le motif de fréquentation que dans un cas sur cinq. Par contre, il faut réaliser que la réponse à cette question dépend de l'interlocuteur. Ainsi, compte tenu des résistances des équipes des urgences à l'égard des cas amenés dont font état les ambulanciers, les policiers et les intervenants des ressources, on peut penser que ces intervenants privilégient l'évaluation comme un motif de fréquentation plus acceptable pour l'équipe de l'urgence même si pour la personne itinérante et dans certains cas pour l'intervenant lui-même, il est probable qu'il s'agisse d'une situation de crise.

Les représentations sociales de la population-cible de la part des divers intervenants sont également intéressantes à considérer. Elles ressortent clairement des entrevues et diffèrent selon la fonction occupée. Ainsi, les intervenants des ressources communautaires, les ambulanciers et certains intervenants des équipes des urgences considèrent la population-cible comme des personnes malades, très démunies, exclues et marginalisées. Les policiers, pour leur part, insistent sur leur côté déviant, leur histoire de judiciarisation, leur toxicomanie et sur le fait qu'elles ne sont pas considérées par les professionnels de la santé comme suffisamment malades pour être traitées. Par contre, un bon nombre d'intervenants des équipes des urgences psychiatriques considèrent surtout la population-cible comme des personnes affectées de troubles mentaux sévères et persistants qui choisissent un mode de vie de liberté, qui rejettent la société et ses services et comme des personnes dotées de ressources, autonomes, qui arrivent à se débrouiller et à vivre par elles-mêmes malgré leur handicap. Certains précisent que les personnes itinérantes de longue date préfèrent vivre avec leur folie, évitant ainsi la responsabilisation. D'autres soulignent le profil de mésadaptés sociaux de certaines personnes itinérantes qui combinent des troubles de personnalité, de comportement et les abus d'alcool et de drogues; certains les considèrent même comme de grands enfants qui auraient besoin de rééducation intensive. En somme, les acteurs qui amènent ou qui réfèrent les personnes itinérantes à l'urgence les perçoivent plus comme des personnes qui ont besoin d'aide tandis que ceux qui dispensent les services psychiatriques d'urgence insistent sur le fait qu'elles sont rebelles aux soins.

## *Les diagnostics des personnes*

L'élément le plus éclairant du profil de la clientèle des urgences de garde est certainement le diagnostic. D'abord, les équipes des urgences identifient des problèmes physiques trois fois plus souvent chez le groupe de Montréal même s'il ne s'agit que d'un cas sur sept. Ensuite, le diagnostic de toxicomanie, surtout relié à la consommation d'alcool et de cocaïne, ressort clairement. Il est plus présent dans le groupe de Montréal, touchant près d'un cas sur trois comparé à un cas sur cinq dans l'autre groupe. La toxicomanie est souvent reliée aux troubles mentaux sévères de cette population selon les études spécialisées. Ainsi, l'étude de Raynault et ses collaborateurs (1994) auprès de 245 personnes itinérantes hospitalisées à l'hôpital St-Luc établissait que près du deux tiers des personnes avaient les troubles mentaux comme diagnostic principal et que le deux tiers de l'échantillon souffrait aussi de problèmes de toxicomanie. Le nombre de toxicomanes est possiblement plus faible dans notre enquête puisque le protocole exclut les cas d'abus de drogue et d'alcool de la définition de personne itinérante et que la question n'était pas explicitement posée sur la fiche de profil. L'importance de cette association entre troubles mentaux sévères et toxicomanie a d'ailleurs amené la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre à mettre sur pied le Comité aviseur itinérance multiproblématique dont nous avons présenté le rapport au chapitre deux. Enfin, les équipes des urgences posent un diagnostic psychiatrique dans les trois quarts des cas, plus souvent chez les personnes de l'extérieur de l'île et chez les femmes. Le tableau n'est pas clair pour le quart des personnes itinérantes du groupe de Montréal qui ne fait l'objet d'aucun diagnostic psychiatrique et pour une personne sur cinq du groupe de l'extérieur de l'île. Comparées aux entrevues, ces données mettent plus en évidence les troubles mentaux, notamment dans le groupe de Montréal qui recoupe en grande partie la population-cible de l'étude, et accordent une importance un peu moindre à la toxicomanie pour les raisons invoquées plus haut.

Ces diagnostics psychiatriques correspondent de façon générale à ceux des études spécialisées (Fournier et Mercier, 1996; Surber, 1988) et aux données des entrevues des équipes des urgences. Les deux diagnostics les plus fréquents sont la schizophrénie et les troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale. Ce dernier diagnostic caractérise plus le groupe des personnes itinérantes de Montréal, en affectant près de deux sur cinq notamment les femmes, tandis que la schizophrénie affecte plus les personnes de l'extérieur, dans une proportion d'un peu moins de la moitié des cas, suivi de loin par les troubles bipolaires. Les deux groupes se distinguent nettement : les troubles de la personnalité sont près de deux fois et demi plus élevés chez les personnes du groupe de Montréal, les troubles bipolaires sont deux fois plus présents dans le groupe de l'extérieur. Par contre, la schizophrénie même si elle est moins présente dans le groupe de Montréal en affecte le tiers. Il s'avère cependant difficile de comparer précisément nos résultats

avec ceux des autres études spécialisées compte tenu de la différence des objets d'étude et des échantillons, certaines s'intéressant à la prévalence des troubles mentaux au sein de l'ensemble de la population itinérante, d'autres à une population itinérante hospitalisée. Notons cependant que Fournier et Mercier (1989) rapportaient que 63% des personnes itinérantes de Montréal avaient un trouble de personnalité quelconque (43% personnalité antisociale, 46% personnalité limite) et que durant l'année précédente, 28% avaient passé au moins une nuit en prison et que 27% avaient passé au moins une nuit au poste de police. Dans une recension plus récente (Fournier et Mercier, 1996), les auteures présentent la schizophrénie et la dépression majeure comme les deux troubles mentaux les plus fréquents chez les personnes sans-abri, suivis par les troubles bipolaires. Dans notre enquête, la clientèle itinérante souffre plus de trois fois plus de schizophrénie que de dépression - tendances suicidaires et autant de troubles bipolaires que de dépression - tendances suicidaires. Ceci suggère que les personnes souffrant de schizophrénie et, dans une moindre mesure, celles souffrant de troubles bipolaires sont beaucoup plus susceptibles d'être amenées à l'urgence de garde que les personnes affectées de dépression - tendances suicidaires. Enfin, le seul échantillon comparable au nôtre (Migneault, 1993) met en lumière sensiblement les mêmes diagnostics que les nôtres à la différence d'un taux moins élevé de schizophrénie et de dépression - tendances suicidaires qui sont peut-être attribuables à l'absence de filtrage effectué ailleurs par l'urgence générale.

Comment expliquer cette différence des diagnostics entre le groupe de Montréal et celui de l'extérieur? Plusieurs facteurs pourraient y être associés. Tel que mentionné, les troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale affectent plus les femmes dont la présence est plus importante dans le groupe de Montréal. D'autre part, ces derniers diagnostics sont fortement associés à la toxicomanie qui s'avère plus présente dans le même groupe. Enfin, il est possible que dans le cas des personnes itinérantes de l'île de Montréal, les représentations sociales des intervenants des équipes des urgences à l'égard des personnes itinérantes et des toxicomanes, évoquées plus haut, de même que les limites des renseignements disponibles sur leur histoire, le peu de temps alloué pour poser un diagnostic dans un contexte de salle d'urgence où le temps presse et le peu de collaboration des patients intoxiqués fassent en sorte que les équipes des urgences posent plus souvent le diagnostic de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale.

Les diagnostics de la clientèle des urgences psychiatriques diffèrent aussi selon le sexe. Les équipes des urgences posent plus souvent un diagnostic psychiatrique chez les femmes. Raynault et ses collaborateurs (1994) observent le même phénomène chez les femmes itinérantes

hospitalisées à St-Luc et l'expliquent par le fait, mis en lumière par Bachrach (1987) et Bassuk (1986), qu'elles ont plus de pathologies psychiatriques que les hommes sans-abri. De plus, nous observons une différence significative en ce qui concerne le type de diagnostic. Les femmes souffrent près de deux fois plus de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale que les hommes, de deux fois moins de troubles bipolaires et d'une fois et demie moins de schizophrénie. Soulignons d'abord qu'il s'agit d'un faible échantillon de femmes. Même si nous ne pouvons comparer ces résultats à d'autres études similaires, la comparaison avec les études de prévalence chez la population itinérante en général suggère que certaines femmes sont plus susceptibles d'être amenées aux urgences psychiatriques. Or, les études recensées par Fournier et Mercier (1996) caractérisent plutôt les femmes itinérantes par la schizophrénie, la dépression majeure et les troubles bipolaires et les hommes par l'abus d'alcool et la toxicomanie. Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause pour expliquer la différence entre nos résultats et ceux de ces études. Nous avons déjà avancé une explication à l'importance des troubles de la personnalité chez les femmes en la reliant à leur comportement perturbant dans les lieux d'hébergement. Ces comportements feraient en sorte que ces femmes seraient plus amenées que les autres à l'urgence psychiatrique, souvent avec l'intervention des policiers. On peut également penser que les intervenants des ressources communautaires soient plus enclins à garder dans la ressource certaines autres femmes itinérantes, comme celles souffrant de dépression majeure, et à les soutenir plutôt que de les référer à l'urgence psychiatrique. Dans le cas de celles qui sont amenées, leur comportement très perturbé à l'urgence, leur histoire de troubles de comportement rapportée par les intervenants des ressources et les limites de temps imposées pourraient inciter les professionnels de l'urgence à privilégier ce diagnostic plutôt que de pousser plus loin l'évaluation qui pourrait révéler un autre diagnostic sous-jacent. On peut également penser que les femmes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires, comme les autres personnes de l'échantillon souffrant des mêmes troubles, sont plus résistantes à fréquenter l'urgence et qu'elles se conduisent de façon à l'éviter.

### *Le recours à l'urgence de garde*

Ces informations sur les motifs d'amener les femmes à l'urgence mettent en évidence qu'une partie de la population-cible vivant dans la communauté est plus susceptible d'y être amenée. De façon générale, plusieurs intervenants dont les policiers avancent surtout l'abus d'alcool et de drogues comme étant la cause des crises nécessitant le recours à l'urgence psychiatrique. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les policiers sont plus souvent appelés lorsque les personnes itinérantes sont intoxiquées. Les intervenants des équipes des urgences, pour leur part, rapportent que le plus souvent les personnes itinérantes sont amenées parce qu'elles dérangent leur

environnement. Nous l'avons mentionné pour les femmes dans les maisons d'hébergement, les hommes quant à eux seraient impliqués dans des actes de violence et des bagarres sur la rue. Plusieurs personnes seraient donc amenées pour évaluation à cause de comportements bizarres que les gens de la communauté associent à la maladie mentale. En entrevue, les équipes des urgences affirment être conscientes que sur la rue ou dans la communauté, des personnes itinérantes sont très malades et ont besoin de soins. Cependant, comme ces dernières refusent ces soins, elles ne peuvent les y obliger étant donné qu'elles ne représentent pas un " danger immédiat " pour leur vie ou celle d'autrui. Tel que mentionné par ces intervenants, les personnes itinérantes vivent dans la communauté comme elles le veulent, avec leurs symptômes, leurs voix et leurs comportements étranges ou asociaux. Certains ajoutent qu'elles connaissent bien le système sachant jusqu'où aller pour éviter d'être amenées à l'hôpital. Ce sont donc ces comportements qui inciteraient le public, les intervenants des ressources communautaires, les ambulanciers d'Urgences-Santé et les policiers à référer ces personnes à l'urgence psychiatrique. Par ailleurs, les données sur le non recours à l'urgence de garde révèlent que les intervenants des ressources communautaires s'inquiètent surtout des personnes très tranquilles qui se tiennent dans leur ressource, coupées des autres, désorganisées et démunies. Malgré qu'elles auraient le plus besoin de soins psychiatriques, leur expérience leur apprend que dans leur cas le recours à l'urgence psychiatrique ne donne rien vu qu'elles refusent les soins. Tel que mentionné, ces intervenants mentionnent le refus des ambulanciers de transporter les personnes récalcitrantes et intoxiquées. De leur côté, les policiers se limitent dans certains cas à conduire la personne itinérante dans un autre secteur de la ville. Contrairement aux premières, ces personnes qu'elles soient déprimées, coupées de la réalité, intoxiquées ou récalcitrantes ne sont donc pas référées à l'urgence de garde.

Par ailleurs, les données de l'enquête sur les diagnostics et le type de fréquentation de l'urgence indiquent que les personnes souffrant de dépression - tendances suicidaires fréquentent plutôt l'urgence de façon volontaire, suivies de loin par celles affectées de troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale qui l'utilisent de façon la moins involontaire. À l'opposé, ce sont surtout les personnes souffrant de troubles bipolaires, suivies de plus loin par celles souffrant de psychose et de schizophrénie qui utilisent l'urgence le plus contre leur gré. Sous l'angle volontaire de la fréquentation, ces résultats vont dans le sens de ceux de Sachs-Ericson (1994) qui rapporte que les personnes itinérantes utilisant le plus les services psychiatriques sont celles souffrant de dépression majeure, de troubles de la personnalité et de toxicomanie mais ils les contredisent en ce qui a trait au faible nombre de ces personnes souffrant de dépression majeure parmi la clientèle de l'enquête. La fréquentation la moins involontaire est aussi celle des personnes itinérantes plus jeunes (moins de 40 ans) et des hommes. Marcos et ses collaborateurs (1990)

rapportent le même phénomène dans leur étude réalisée à l'hôpital Bellevue de New York. Les personnes qui avaient fréquenté l'urgence psychiatrique sur une base régulière étaient plus jeunes, plus des hommes et souffraient moins de schizophrénie comparées à celles qui y avaient été amenées de façon coercitive. Ainsi, toutes ces considérations sur le recours à l'urgence de garde, sa faible fréquentation, notamment la clientèle de 135 personnes itinérantes de l'île de Montréal comparée à l'estimé de 1 250 personnes souffrant de troubles mentaux sévères et de toxicomanie avancé par le Comité aviseur itinérance multiproblématique, renforcent l'hypothèse que l'enquête de fréquentation des urgences psychiatriques durant leur semaine de garde ne révèle que la pointe de l'iceberg de la population-cible, notamment sa portion la plus visible.

### *L'attitude face aux soins*

Complétant ce profil de la population-cible, les intervenants des urgences soulignent en entrevue la méfiance de plusieurs personnes itinérantes face au psychiatre et à ce qui est structuré de même que leur effort de passer inaperçues et d'éviter les services psychiatriques, souvent parce qu'elles ne se considèrent pas malades. Ils notent aussi son isolement, son retrait et le fait qu'elle est très démunie et sans réseau de soutien significatif. Plusieurs mentionnent son manque de volonté, son apathie et son refus de se faire soigner. Après une hospitalisation, elle ne prendrait pas sa médication et ne se présenterait pas à ses rendez-vous de suivi en consultation externe. Ces observations rejoignent les caractéristiques relevées dans la recension des écrits mais insistent surtout sur l'attitude des personnes itinérantes face aux services psychiatriques. Ces écrits, par contre, insistent autant sur la condition et les limites des personnes dans leur vie quotidienne : incapacité à faire face à leurs problèmes, désorganisation, manque d'habileté à se mobiliser, tendances paranoïdes et à *l'acting out*, désaffiliation plus poussée que les autres malades mentaux, incapacité à tolérer la frustration et à faire face au stress, sérieux abus d'alcool et de drogues, souffrance émotionnelle, moins bon état de santé physique, victimisation et judiciarisation. Il s'agit sans doute de la facette de la réalité à laquelle sont confrontés quotidiennement les intervenants des ressources communautaires et les autres personnes qui les côtoient dans la communauté. Une note discordante apparaît toutefois entre ces informations et l'enquête à propos du refus des soins.

Les données de l'enquête indiquent en effet que dans une très forte proportion la clientèle accepte les services offerts par les équipes des urgences psychiatriques. On peut expliquer en partie cette contradiction par la sélection de l'échantillon au moment d'amener à l'urgence mais surtout lors de la décision de l'urgentologue de référer en consultation à l'urgence psychiatrique. Tel que mentionné plus haut, les personnes récalcitrantes qui ne constituent pas un danger immédiat pour elles-mêmes ou autrui reçoivent sans doute plus souvent leur congé ou quittent sans l'obtenir.

De plus, parmi les services offerts à la clientèle par l'équipe de l'urgence psychiatrique, seule l'hospitalisation est contraignante et elle n'est offerte qu'au quart des personnes. L'observation, offerte à trois personnes sur cinq, peut être perçue par des personnes itinérantes comme le gîte et le couvert. L'hospitalisation aussi peut être considérée ainsi par les personnes itinérantes habituées à ces services et son acceptation ne signifie pas que la personne acceptera nécessairement les soins une fois hospitalisée. L'ordonnance ou les médicaments, offerts dans la moitié des cas, peuvent facilement être acceptés sans que la personne y donne suite. Les entrevues font d'ailleurs état d'ordonnances retrouvées chiffonnées par terre. On peut penser aussi que l'offre de l'hospitalisation par l'équipe de l'urgence est influencée par l'attitude plus ou moins réceptive du patient comme cela semble être le cas dans l'offre des consultations externes à seulement une infime minorité malgré qu'il s'agisse de malades chroniques. Le taux élevé d'acceptation contredit aussi le fait que la grande majorité fréquente l'urgence psychiatrique sur une base involontaire. Ceci nous amène à penser que le phénomène du refus des soins se manifeste plus avant la référence à l'urgence psychiatrique ou qu'il est peut-être surestimé. Nous connaissons mieux le profil de la population-cible, voyons maintenant les services que leur offrent les urgences psychiatriques.

## **6.2 Les services de l'urgence psychiatrique**

De façon générale, les données de l'enquête illustrent bien le contenu des entrevues des professionnels des urgences psychiatriques. La recherche de renseignements requiert beaucoup de temps. Dans trois cas sur quatre, ils vérifient si les autres établissements connaissent la personne itinérante, plus souvent dans le cas des personnes de l'extérieur de l'île de Montréal. Comme ils effectuent cette recherche même dans la majorité des cas connus de leur établissement, il ne s'agirait donc pas de patients pris en charge par l'hôpital même s'ils sont connus de l'urgence. Ils évaluent le patient et posent un diagnostic psychiatrique dans trois cas sur quatre. Dans la plupart des cas, ils offrent ensuite des services, la garde sous observation, la prise de médicaments ou une ordonnance étant les plus fréquents. L'hospitalisation n'est offerte qu'au quart des personnes tandis que les consultations externes sont très rarement offertes.

La moitié des personnes itinérantes de l'île de Montréal se font offrir la garde sous observation, des médicaments ou une ordonnance. En comparaison avec l'autre groupe, elles se font un peu plus offrir l'hospitalisation et les consultations externes. Au terme de leur visite à l'urgence, la disposition la plus fréquente est la référence aux ressources pour personnes itinérantes suivie en importance par aucune mesure de disposition puis par l'hospitalisation et le transfert vers un autre établissement. Ensemble, ces deux dernières dispositions, qui peuvent représenter une prise en

charge par le réseau, touchent un peu moins du tiers des personnes de ce groupe. Il est révélateur également que dans ce groupe de Montréal, deux personnes sur cinq soient référées aux ressources pour personnes itinérantes tandis que seulement six personnes en tout reçoivent leur congé chez des amis ou de la famille. Ces données mettent en évidence non seulement l'absence d'un logement mais aussi l'absence de réseau de soutien social significatif chez ces personnes et confirment leur condition démunie de personne itinérante au sens de notre définition.

Pour leur part, deux personnes itinérantes de l'extérieur de l'île de Montréal sur trois se voient offrir l'observation et plus de la moitié, des médicaments ou une ordonnance. Ces services s'accordent avec les dispositions prises car le transfert vers un autre établissement représente de loin la disposition la plus fréquente dans ce groupe, suivie de l'assistance matérielle. Les mesures de transfert et d'hospitalisation touchent un peu plus de deux personnes sur cinq. Les entrevues confirment les efforts des équipes des urgences pour retourner ces personnes dans l'institution où elles sont connues au lieu de les prendre en charge. Pour l'ensemble de la clientèle, l'hospitalisation est le plus souvent offerte aux personnes souffrant de dépression - tendances suicidaires, de psychose et de schizophrénie, et ce dans moins d'un cas sur deux. En termes absolus, ce sont surtout les schizophrènes qui se voient offrir ce service. À l'opposé, les personnes ayant des troubles de personnalité - de comportement - de personnalité antisociale se font rarement offrir l'hospitalisation mais sont surtout gardées sous observation. Enfin, on offre surtout l'observation et les médicaments ou l'ordonnance aux personnes souffrant de psychose et de troubles bipolaires.

Qu'advient-il par ailleurs du quart des personnes pour lesquelles aucune disposition n'est prise? S'agit-il des mêmes personnes pour lesquelles aucun diagnostic psychiatrique n'est posé? Enfin, comment interpréter le nombre peu élevé d'hospitalisations (32 personnes) au cours des 44 semaines? Il est surprenant en effet de constater que seulement 24 personnes de l'île de Montréal sont hospitalisées durant cette période. Il est intéressant également de noter que, pour des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, seulement 14 personnes au total sont référées pour suivi en consultation externe. Tel que mentionné, plusieurs facteurs peuvent être en cause notamment l'éloignement de l'établissement du milieu de vie de la personne itinérante, le fait que ce service ne soit pas mentionné au protocole lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'hôpital, le refus de la personne, la réputation de non respect des rendez-vous par la clientèle et les délais pour obtenir les rendez-vous. En réalité, ce portrait des services et le profil de la population-cible soulèvent la question du rôle des urgences psychiatriques auprès de cette population et celle des services psychiatriques réguliers disponibles dans la communauté à leur intention, " avant et après " la crise. À qui les intervenants communautaires peuvent-ils référer les personnes très perturbées et incapables de prendre soin d'elles-mêmes? À qui revient-il de prendre en charge et de

traiter les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, souvent récalcitrantes aux soins et toxicomanes?

### *Les limites du système des urgences psychiatriques de garde*

Les entrevues des intervenants qui réfèrent ou amènent les personnes itinérantes à l'urgence de garde indiquent clairement qu'ils sont insatisfaits de ces services. Selon eux, les équipes des urgences psychiatriques ne répondent pas aux besoins de la population-cible. Souvent, elles ne les traitent pas et les remettent à la rue parce qu'elles ne les considèrent pas assez malades. Elles n'en voudraient pas et se débarrasseraient du problème en ne faisant rien pour les retenir. Même si lors d'une hospitalisation elles les stabilisent, les personnes retournent ensuite à la rue et le cycle recommence. On déplacerait donc le problème d'un intervenant à l'autre parce que personne ne voudrait s'occuper de cette population. Les ambulanciers et les policiers soulignent le fait qu'amener des personnes itinérantes irrite le personnel de l'urgence. Les intervenants communautaires disent ne plus faire appel à Urgences-Santé lorsqu'une personne est en crise et tenter d'y faire face avec leurs propres moyens. En situation extrême, ils font appel à l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs pour entreprendre les démarches en vue d'obtenir un ordre de cour. Ils déplorent aussi ne pas être pris au sérieux par le personnel de l'urgence. Par contre, ils ont le sentiment d'être les seuls à s'occuper de cette population. Bref, ces intervenants manifestent une grande insatisfaction face aux services des urgences psychiatriques en regard de leur attentes et de leur perception des troubles mentaux des personnes et du rôle des urgences psychiatriques.

Nous avons déjà mentionné le site différent d'observation du phénomène par ces intervenants, lequel se situe à l'arrivée des personnes itinérantes à l'urgence générale. Un autre facteur important entre aussi en jeu, il s'agit en effet de la définition particulière de troubles mentaux et d'urgence psychiatrique de la part de ces intervenants. Pour les ambulanciers, presque toutes les personnes itinérantes souffrent de troubles mentaux compte tenu de leurs comportements anormaux et de leur mode de vie. Les intervenants des ressources communautaires, pour leur part, côtoient cette population-cible tous les jours et savent à quel point certaines personnes sont désorganisées, perturbées et ont un pressant besoin de soins psychiatriques. Les policiers, quant à eux, ont comme directive de ne pas judiciariser la population souffrant de troubles mentaux. De leur site d'observation, les équipes déplorent l'utilisation dysfonctionnelle de l'urgence psychiatrique, notamment dans les cas chroniques non urgents et les cas d'intoxication. Or, il faut se rendre compte qu'on demande aux intervenants souvent les moins bien formés de juger s'il s'agit d'une

urgence psychiatrique ou d'un cas d'intoxication tandis que pour ces intervenants, il s'agit bien souvent d'un appel à l'aide aux seuls services d'urgence psychiatrique disponibles. Les entrevues soulèvent ainsi la question des ressources appropriées où les ambulanciers et les policiers peuvent transporter les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux en crise ou en difficulté. En effet, si comme l'affirment les équipes des urgences la place d'une personne itinérante intoxiquée n'est pas à l'urgence psychiatrique, où doit-elle être amenée?

Pour leur part, les professionnels des urgences psychiatriques reconnaissent que même si le système actuel de garde leur convient, il répond mal aux besoins des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants pour plusieurs raisons. Ils ne connaissent pas les patients, ils ne peuvent les suivre après leur intervention, ils ne sont pas outillés pour traiter la toxicomanie et encadrer ces personnes, les dispositions légales les empêchent d'intervenir auprès de personnes récalcitrantes dont l'état ne constitue pas un danger immédiat pour elle-même ou autrui et l'approche coercitive comporte d'importantes limites. Ils mettent aussi en cause les lois visant la protection du malade mental et soulèvent la question des limites à la liberté de choix des personnes malades mentalement et de leur droit au traitement. Ils notent que le système ne permet pas à une personne dont l'état ne justifie pas une hospitalisation d'obtenir un rendez-vous rapide en consultation externe. Ils déplorent que plusieurs personnes qu'ils réfèrent en consultation externe suite à une hospitalisation ne respectent pas leur rendez-vous et qu'elles ne prennent pas leurs médicaments.

En somme, malgré la différence de site d'observation et de définition du trouble mental nécessitant le recours à l'urgence psychiatrique, les intervenants se rejoignent sur le constat que le système des urgences psychiatriques de garde répond mal aux besoins de la population-cible, notamment des personnes souffrant de troubles chroniques, de celles qui sont récalcitrantes aux soins et de celles présentant des doubles ou de multiples diagnostics associant la toxicomanie. Selon ces professionnels, l'urgence psychiatrique peut tout au plus jouer un rôle quand la personne vit une crise psychiatrique et qu'elle accepte les soins ou si elle les refuse, quand ils jugent que la personne représente un danger immédiat pour elle-même ou pour autrui. Ceci ramène donc la question de l'organisation et de l'accessibilité des services psychiatriques dans la communauté avant et après la crise et pose celle de l'approche d'intervention à adopter compte tenu de la méfiance ou du refus des soins et de la double ou des multiples problématiques. Doit-on aborder ces personnes itinérantes de façon très spécialisée, axée sur l'hôpital, une problématique à la fois et sans lien avec les ressources du milieu ou devrions-nous adopter une approche globale, dans la communauté, qui tienne compte en même temps des problèmes de santé, des problèmes physiques, mentaux, de toxicomanie et des problèmes sociaux, de la réponse aux besoins de base (nourriture, logement,

vêtement, sécurité), à l'insertion sociale et en se basant sur la contribution de toutes les ressources du milieu? Poser ainsi la question, c'est déjà y répondre.

À ce propos, la recherche met clairement en lumière les lacunes de l'intégration de la population-cible dans les services de santé réguliers et l'absence chez cette dernière des préalables implicites à leur utilisation. Ainsi, habituellement, la personne malade réalise qu'elle a un problème, elle demande de l'aide et veut se faire soigner; si elle hésite, sa famille ou ses amis vont tenter de l'amener à consulter. Elle doit avoir sa carte d'assurance-maladie, respecter la filière existante, prendre un rendez-vous, être suffisamment située dans le temps pour le respecter, ne pas s'y présenter sous l'effet de l'alcool ou de la drogue, faire remplir son ordonnance, avoir l'argent pour ce faire et penser à prendre sa médication telle que prescrite. Dans le cas où la maladie rend difficile le respect de ces exigences, la personne sera aidée par sa famille, ses amis ou d'autres proches. Elle pourra faire état à ces derniers de ses craintes et des inconvénients causés par les effets secondaires des médicaments et compter sur leur encouragement pour persévérer dans le traitement. Si son état requière une hospitalisation, elle devra l'accepter et se plier aux règles de l'établissement, notamment en ce qui a trait à la consommation d'alcool et de drogues, aux visites et à l'interdiction de quitter l'hôpital. Elle devra par la suite respecter les références pour le suivi des soins en consultation externe, au CLSC ou ailleurs. À travers le processus, elle devra avoir confiance dans les soins psychiatriques et dans les professionnels malgré leurs limites et les effets secondaires du traitement.

Ces préalables n'existent pas chez la population-cible : le désir de se faire soigner, la confiance dans les soins, un réseau de soutien significatif, un logement stable et une vie régulière facilitant la prise de la médication et le respect des rendez-vous. Certaines personnes ne disposent d'aucun revenu tandis que d'autres sont incapables d'administrer leurs biens. Le rapport Aubut (1991) soutenait que la personne itinérante souffrant de troubles mentaux sévères doit réaliser qu'elle a un problème, désirer le modifier, bien connaître les ressources et s'y rendre. D'autre part, les mesures de *case management* prévues par le programme conjoint Ville de Montréal -MSSS (1991 : 9) pour faciliter l'accessibilité aux soins psychiatriques des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et de toxicomanie ne sont disponibles qu'aux personnes “ volontaires ” qui en font la demande et démontrent “ leur motivation ” en participant à quatre entrevues préliminaires d'acceptation (Diogène, 1994 : 11, 19). La population-cible s'en trouve par le fait même exclue à cause de son refus des soins.

*Les propositions d'amélioration du système*

Suite à ces constats sévères des limites du système, il est intéressant de considérer ce que les intervenants eux-mêmes suggèrent pour l'améliorer. Soulignons d'abord que tous se montrent préoccupés par ces lacunes et proposent des pistes de solution. Nous pouvons les regrouper autour de cinq idées maîtresses : intervenir dans la communauté, là où se trouve la population-cible, avec une approche de *case management*; centraliser les renseignements sur celle-ci; centraliser les services d'urgence et de suivi psychiatriques au centre-ville; développer les ressources d'hébergement appropriées et assouplir l'application de la loi protégeant les droits des malades mentaux. Certains intervenants suggèrent enfin de faire de ces mesures un véritable plan régional d'intervention spécialisé auprès de la population-cible.

En premier lieu, répondant à la question sur l'approche d'intervention à adopter auprès de la population, les intervenants privilégient une approche de *reaching out* et de *case management* dans la communauté avec comme objectifs de rejoindre les personnes, de gagner leur confiance et d'entreprendre une démarche de soins et de réinsertion sociale. Cette approche psychosociale, préconisée aussi par le Comité aviseur itinérance multiproblématique (1994), respecte la liberté de choix des personnes et travaille dans le sens de leur responsabilisation et de leur *empowerment* progressifs. En deuxième lieu, pour contrer la difficulté d'intervenir auprès de personnes itinérantes inconnues, éviter de consacrer autant de temps à la recherche de renseignements et pour assurer une continuité des soins, ils proposent la mise sur pied d'un fichier central de la population-cible sur le modèle de celui de l'ex-CSSMM qui assure le respect de la confidentialité. Troisièmement, afin de cesser de promener les personnes itinérantes d'un coin de la ville à l'autre et de rapprocher les soins de leur lieu d'appartenance, ils suggèrent de centraliser les services psychiatriques à la population-cible dans deux ou trois hôpitaux du centre-ville qui se doteraient chacun d'une équipe spécialisée en itinérance assurant à la fois la réponse aux urgences et le suivi des soins en collaboration avec les intervenants de la communauté.

En quatrième lieu, les intervenants proposent la mise sur pied de formules d'hébergement adapté à la population-cible. D'abord, un hébergement à moyen terme (minimum six mois) avec encadrement, un lieu où la personne souffrant de troubles mentaux sévères pourrait se stabiliser, possiblement suite à une hospitalisation, recevoir les soins de suivi et entreprendre une démarche de réinsertion sociale. Ensuite, identifier une ressource d'urgence pour les personnes intoxiquées qui ont surtout besoin de dégriser et une autre d'hébergement à moyen terme pour les personnes toxicomanes qui ont des troubles de comportement et qui sont refusées dans les autres ressources pour personnes itinérantes. En dernier lieu, plusieurs intervenants, préoccupés par l'application actuelle de la Loi sur la protection du malade mental, qui fait en sorte qu'on refuse les soins à des

personnes qui en ont manifestement besoin, en préconisent une clarification. Certains proposent également un assouplissement à cette loi de façon à permettre de soigner la personne qui met sa vie en danger “ dans un avenir prévisible ” faute de s'occuper d'elle-même, tel qu'expérimenté aux États-Unis, notamment à New York dans le cadre du projet HELP. L'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, pour sa part, propose de mener un projet-pilote similaire à Montréal, lequel serait encadré par les autorités compétentes. Les intervenants suggèrent donc un ensemble de mesures en vue de contrer les lacunes du système de soins actuel qui pourraient prendre la forme d'un plan régional d'intervention spécifique axé sur l'accès de la population-cible aux soins de santé, notamment en santé mentale, et aux services sociaux. Enfin, certains insistent sur la nécessité d'une volonté politique régionale de régler ce problème qui traîne depuis trop longtemps, de la part des établissements hospitaliers et de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. On se rappelle, en effet, que le plan d'action conjoint de la Ville de Montréal et du ministère de la Santé et des Services sociaux a été adopté en 1990 et que la question de l'accès de la population-cible aux soins de santé mentale se pose toujours sept ans plus tard.

En définitive, la présente recherche exploratoire met en lumière le fait que le système des urgences psychiatriques de garde répond mal aux besoins des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, récalcitrantes aux soins et souvent aux prises avec d'autres problématiques comme la toxicomanie. D'une part, il semble n'en rejoindre qu'une petite partie, soit la plus visible, celle qui perturbe l'environnement suite à une crise, à une intoxication ou à des comportements bizarres et la moins réfractaire à l'utilisation de l'urgence de garde. D'autre part, seulement une minorité de la clientèle représente une véritable situation d'urgence correspondant au mandat de l'urgence psychiatrique malgré que la grande majorité souffre de troubles mentaux sévères et persistants. La recherche permet aussi de constater l'absence de services psychiatriques et de mesures d'hébergement adapté dans la communauté à leur intention. Elle illustre également les difficultés d'arrimage du monde hospitalier des urgences psychiatriques avec les intervenants du milieu qu'ils proviennent des ressources communautaires, du CLSC des Faubourgs, d'Urgences-Santé ou de la police. Elle nous éclaire enfin sur les limites de l'intégration de cette population-cible au système de soins réguliers et sur la nécessité de mettre en place des mesures et des approches spécialisées et transitoires pour les rejoindre, gagner leur confiance et progressivement les intégrer au système régulier. La deuxième partie du rapport aborde précisément la mise en application de deux de ces approches, le maillage et le *case management* de même que les conclusions qu'il est possible de tirer de ces expériences.



## CHAPITRE 7

### L'APPROCHE DE MAILLAGE

La mise sur pied d'un "réseau de maillage" ou de liens entre un intervenant répondant de chacune des 14 équipes des urgences psychiatriques et un intervenant-contact de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs constitue la première approche d'intervention expérimentée dans le cadre du projet. Voyons quels sont ses objectifs, comment s'est déroulée l'intervention et quels en sont les résultats.

#### 7.1 Les objectifs du maillage

L'approche de maillage se base sur trois principaux constats de départ : 1) le fait que les équipes d'urgence psychiatrique se sentent démunies et isolées face à la population-cible et ce, pour plusieurs raisons, dont le manque de renseignements sur les patients, 2) la connaissance privilégiée des ressources et des personnes itinérantes acquise par l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs et 3) le succès du réseau de maillage existant entre les intervenants des ressources communautaires, certains intervenants d'institutions publiques et l'Équipe Itinérance. L'intervention se situe dans le cadre du mandat de cette équipe de favoriser l'accès des personnes itinérantes aux soins de santé et aux services sociaux dispensés par les réseaux publics et communautaires et fait suite à l'identification par les ressources communautaires d'un sérieux problème d'accès de ces personnes aux services des urgences psychiatriques. Elle s'inscrit enfin comme une des pistes d'intervention mises de l'avant dans les écrits sur les services aux personnes itinérantes, soit la concertation et la coordination entre les agences dispensant les services.

L'objectif principal de l'activité de maillage proposée aux 14 équipes des urgences psychiatriques par l'Équipe Itinérance est de les soutenir face aux difficultés qu'elles rencontrent dans leur intervention auprès de la clientèle itinérante. Cette approche s'inscrit dans la perspective de diminuer l'utilisation dysfonctionnelle de l'urgence psychiatrique, d'amoinrir la discontinuité de leurs interventions et de favoriser un suivi des soins par la circulation de renseignements et la concertation entre les intervenants du réseau. Le projet prévoit comme retombées un accroissement de la sensibilisation des équipes des urgences à la problématique de la clientèle et le développement

de liens de collaboration entre les équipes des urgences psychiatriques et celle du CLSC (projet p. 4).

## **7.2 Les activités de maillage**

Un travailleur social de l'Équipe Itinérance a réalisé les activités de maillage et y a consacré en moyenne une journée par semaine sur toute la durée du projet, du début mai 1995 à la fin mai 1996. Ses principales activités ont consisté durant toute cette période à assurer un lien avec les quatorze équipes des urgences psychiatriques durant leur semaine de garde. Au cours du premier cycle (8 mai au 13 août 1995), il a établi le contact au moyen d'une ou de deux visites auprès de chacune des équipes pour présenter l'ensemble du projet de recherche et le projet-pilote et planifier les entrevues et la collecte de données à l'aide des fiches de profil. Suite à ces démarches, chacune des 14 urgences a identifié une personne-répondante, soit le psychiatre, l'infirmière ou le travailleur social. Les activités du premier cycle lui ont donc permis de connaître plusieurs intervenants des équipes des urgences psychiatriques, d'assister aux entrevues et de personnaliser ses relations avec les personnes-répondantes.

L'activité de maillage comme telle entre l'Équipe Itinérance et les équipes des urgences a été offerte aux répondants de chaque équipe de garde à partir du deuxième cycle (14 août au 19 novembre 1995). La semaine précédant la semaine de garde, le travailleur social contactait par téléphone le répondant pour lui rappeler de remplir les fiches de profil et profitait de l'occasion pour offrir sa collaboration et celle de l'Équipe Itinérance pour obtenir des renseignements sur les ressources et les personnes itinérantes ou pour collaborer directement à l'évaluation ou à la prise en charge. Il donnait alors de l'information sur l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, son mandat, sa composition, ses services et son fonctionnement. Au terme du 2<sup>e</sup> cycle, un seul répondant l'ayant contacté, le travailleur social changea sa façon de procéder pour les deux derniers cycles (3<sup>e</sup> cycle du 20 novembre 1995 au 11 février 1996 et 4<sup>e</sup> cycle du 12 février au 5 mai 1996). Avant chaque semaine de garde, il rencontrait sur place le répondant de l'équipe d'urgence, lui remettait en même temps que les fiches de profil un feuillet d'offre de services (voir appendice D) présentant l'Équipe Itinérance du CLSC (mandat, composition) et les services offerts : renseignements, consultation et collaboration par une intervention directe auprès des patients de la semaine de garde. Lorsque la personne-répondante ne pouvait le recevoir, il envoyait l'offre de services par la poste ou par télécopieur et téléphonait par la suite pour en discuter.

### **7.3 Les résultats et l'évaluation de l'activité de maillage**

À la fin du projet-pilote de maillage nous avons évalué les résultats de l'intervention. Les informations proviennent de deux sources, le rapport du travailleur social qui réalisait l'intervention et les questionnaires d'évaluation remplis par les 14 répondants des urgences au cours du mois de mai 1996.

#### **7.3.1 Le rapport du travailleur social**

Le rapport du travailleur social est sommaire car ce dernier ne tenait pas de journal de bord. Ainsi, il n'a pas noté le nombre ni le type d'interventions réalisées. Cependant, tel que mentionné, suite à l'offre de services présentée au 2e cycle, un seul répondant a contacté le travailleur social durant cette période. Il s'agissait du cas d'un client connu de l'Équipe Itinérance qui avait mentionné le nom d'un intervenant. Durant le même cycle, une autre personne a été référée par un hôpital qui ne figure pas sur la liste de garde et l'Équipe Itinérance a aussi procédé à deux demandes d'examen psychiatrique pour des personnes de la population-cible. Le même hôpital de garde a reçu les deux personnes, l'une étant connue, l'autre n'ayant aucun dossier actif. Le travailleur social note que le fait de connaître le personnel et le fonctionnement de l'urgence a permis de personnaliser les services pour le plus grand bénéfice des deux clients.

Au cours des deux derniers cycles, suite aux visites et à une offre plus formelle des services de maillage, certains répondants ont affirmé avoir mieux saisi la nature de l'offre de services. Un certain nombre de renseignements ont été échangés à l'occasion des visites du travailleur social et d'appels téléphoniques mais ce dernier rapporte qu'il a reçu peu de demandes d'interventions directes qui soient significatives durant ces deux derniers cycles. En somme, durant les cinq mois qu'ont duré les deux derniers cycles (fin novembre 1995 au début mai 1996), l'utilisation significative des services offerts dans le projet-pilote de maillage, notamment les services d'intervention directe, s'est limitée à cinq équipes avec lesquelles le travailleur social avait déjà de relativement bons contacts avant le début du projet.

#### **7.3.2 Les résultats du questionnaire d'évaluation du maillage par les urgences psychiatriques**

Le questionnaire d'évaluation du maillage rempli par les 14 répondants nous renseigne sur la participation au maillage, l'information sur le projet, la satisfaction des répondants, les résultats de l'intervention et le suivi souhaité. Il comprend une dizaine de questions ouvertes et fermées (voir appendice E). Dans l'ensemble, les équipes se montrent très positives face à l'expérience, ce qui surprend compte tenu du bilan du travailleur social. Voyons plus en détail chaque section du questionnaire.

### 7.3.3 La participation au maillage

Onze (11) équipes sur 14 répondent qu'elles ont utilisé les services du travailleur social et de l'Équipe Itinérance. Les services utilisés sont : l'information (11), la collaboration, la référence et la discussion de cas (7) et la consultation (6). De façon générale, les équipes notent avoir utilisé ces services une à deux fois. Trois équipes ont cependant utilisé les services de “ référence ” plus de cinq fois tandis que deux disent avoir “ collaboré ” plus de cinq fois. Par contre, à la question sur les raisons pour lesquelles les équipes n'ont pas utilisé les services offerts par l'Équipe Itinérance, six équipes répondent. Des trois équipes qui ont répondu non à la première question, une explique qu'elle ignorait leur existence, une deuxième, qu'elle n'avait pas compris qu'elle faisait partie du volet maillage et elle explique : “ je croyais qu'il s'agissait uniquement de collecte de données ” tandis que la troisième note que sa clientèle ne correspondait pas à la définition donnée de la population-cible. Des trois autres équipes qui disent avoir participé, l'une a cessé à cause de la fermeture de l'hôpital, un deuxième répondant explique que comme remplaçant il a découvert l'existence du projet tardivement et n'a utilisé les services qu'une seule fois, enfin la troisième équipe a surtout reçu des personnes itinérantes de l'extérieur de Montréal. Comme raisons de non utilisation des services, mis à part l'hôpital qui a fermé ses portes, trois équipes affirment donc avoir manqué d'information sur les services de maillage et deux n'avoir pas reçu la clientèle ciblée par le projet.

**Tableau 7.1**  
Participation au maillage

<b>Services / fréquence</b>	<b>1 fois</b>	<b>2 fois</b>	<b>3 à 4 fois</b>	<b>5 fois et +</b>	<b>Total</b>
Renseignements	6	3	1	1	11
Collaboration	3	2	-	2	7
Consultation	3	1	1	1	6
Référence	1	3	-	3	7
Discussion de cas	3	1	2	1	7



#### 7.3.4 L'information sur le projet

Quand on leur demande si la diffusion d'information à propos du projet de maillage avait été suffisante, neuf répondants considèrent que oui et cinq répondent non. Un répondant note qu'il aurait été intéressant que le travailleur social présente le projet à l'équipe directement; un autre, que l'urgence générale et les psychiatres auraient pu être mieux informés; enfin un troisième dit oui, "sauf pour le personnel de soir et de nuit". Le nombre d'équipes qui considèrent n'être pas suffisamment informées des activités du maillage s'élève à six (6) lorsqu'on considère les commentaires formulés par les répondants à l'ensemble des questions ouvertes. Deux équipes précisent qu'elles n'avaient "pas compris qu'il y avait plus que les fiches à remplir". Il semble donc que pour près de la moitié des répondants (6/14), l'information sur les activités de maillage ait été insuffisante et que pour un certain nombre d'équipes, le projet se résumait à la seule activité de recherche.

#### 7.3.5 La satisfaction

Deux questions portaient sur la satisfaction des équipes, l'une concerne le maillage en général, l'autre, l'intervention comme telle. Neuf (9) équipes qualifient leur degré de satisfaction des "services offerts" par la personne-contact de l'Équipe Itinérance de très élevé (7) ou d'élevé (2). Huit (8) équipes qualifient leur satisfaction face aux "services utilisés" de très élevée (4), élevée (2) ou de moyenne (2). Quant à la disponibilité de la personne-contact, la satisfaction de neuf (9) équipes est très élevée (4), élevée (5), ou moyenne (2). Par ailleurs, lorsqu'ils ont fait appel à la personne-contact de l'Équipe Itinérance pour renseignements, consultation, discussion de cas ou résolution de problème, onze (11) répondants se disent très satisfaits (9) ou moyennement satisfaits (2) du contact. Neuf (9) équipes jugent aussi que la personne-contact a été très utile (6) ou moyennement utile (3) dans le cadre de leur travail d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle itinérante. Enfin, cinq (5) équipes rapportent que la personne-contact établissait un très bon rapport avec la clientèle. On constate donc que près des deux tiers des équipes (9/14) sont satisfaites des services de maillage et de la disponibilité de la personne-contact de l'Équipe Itinérance.

**Tableau 7.2**  
Satisfaction face aux services

<b>Objet / degré</b>	<b>très faible</b>	<b>faible</b>	<b>moyen</b>	<b>élevé</b>	<b>très élevé</b>	<b>Total</b>
Services offerts	-	-	-	2	7	9
Services utilisés	-	-	2	2	4	8
Disponibilité de pers.-contact	-	-	2	5	4	11

**Tableau 7.3**  
Satisfaction face à l'intervention

<b>Objet / degré</b>	<b>aucunement</b>	<b>un peu</b>	<b>moyenne-ment</b>	<b>beaucoup</b>	<b>Total</b>
La qualité du contact	-	-	2	9	11
L'utilité de l'intervention	1	-	3	6	9
Le rapport avec la clientèle	1	-	-	5	5

Nous avons également demandé aux répondants s'ils croyaient que le maillage tel que proposé dans le projet était *adapté à la réalité de leur urgence*. Huit (8) équipes ont répondu oui, trois (3), non. Les raisons invoquées par les premiers sont les suivantes : les multiples problématiques des patients (toxicomanie, troubles mentaux et itinérance); une aide et une ressource disponible qui a l'expertise; cela limite les contacts, sauve du temps et permet une meilleure relation avec un intervenant donc une meilleure compréhension; cela aide à l'évaluation et à la disposition des patients. Quant à ceux qui le jugent non adapté à la réalité de leur urgence, les raisons sont les suivantes : l'équipe devrait être disponible plus rapidement puisque les patients reçoivent leur congé "très très rapidement ou ne sont même pas admis"; l'urgence reçoit peu de personnes itinérantes en dehors de la semaine de garde; la fermeture de l'hôpital. Nous avons posé la même question au sujet de la clientèle itinérante. Dix (10) équipes croient que le maillage proposé est *adapté à la réalité de la clientèle-cible*. Aucune équipe affirme le contraire, les quatre autres équipes ne se prononçant pas. Une répondante ajoute toutefois le commentaire : "dans la mesure où les gens acceptent l'aide qu'on leur offre". Pour la majorité des équipes, les services de maillage sont donc perçus comme adaptés à leur réalité et à celle de la clientèle.

### 7.3.6 L'impact du maillage

Neuf (9) équipes considèrent que les services offerts par l'Équipe Itinérance dans le cadre du projet de maillage ont contribué à faciliter le travail de leur équipe, beaucoup (4) ou moyennement (5). Dix (10) équipes estiment aussi que ces services ont contribué à mieux desservir la clientèle-cible, beaucoup (6), moyennement (3) ou un peu (1). Neuf (9) équipes indiquent également que ces services ont contribué à mieux leur faire “ connaître ” le milieu de l'itinérance, beaucoup (3), moyennement (4) ou un peu (2) et dix (10) équipes, qu'ils ont contribué à établir un “ meilleur contact ” avec ce milieu, beaucoup (5), moyennement (3) ou un peu (2). Ces résultats concordent avec la satisfaction très élevée rapportée par neuf (9) équipes en ce qui concerne l'utilité de la personne-contact de l'Équipe Itinérance dans leur travail d'évaluation et d'intervention. Nous constatons donc qu'une proportion de près des deux tiers (9/14) des équipes évaluent de façon positive les effets de l'intervention de maillage. On remarque aussi que parmi celles-ci, six (6) équipes sont “ très positives ”.

**Tableau 7.4**  
L'impact du maillage

<b>Impact / degré</b>	<b>nsp</b>	<b>aucune- ment</b>	<b>un peu</b>	<b>moyenne- ment</b>	<b>beaucoup</b>	<b>Total</b>
Facilite leur travail	-	2	-	5	4	11
Mieux desservir la clientèle	1	-	1	3	6	10
Mieux connaître le milieu	-	-	2	4	3	9
Meilleur contact avec le milieu	1	-	2	3	5	10

Nous avons également posé trois autres questions aux répondants sur les effets de l'expérimentation du maillage. Nous leur avons demandé d'abord s'ils estimaient que leur expérience de participation aux activités de maillage avait été “ bénéfique pour leur établissement ”. Sur les 12 équipes qui ont répondu, neuf (9) le font affirmativement et trois (3) négativement. Les commentaires des premiers sont explicites : “ cela a permis de créer un espèce de réseau de soutien, d'entraide entre les établissements de façon à optimiser les soins dans certains cas et éviter l'hospitalisation non nécessaire dans d'autres cas ”; cela a permis “ de connaître une nouvelle ressource spécifique à la clientèle itinérante ”; “ lorsqu'un client est référé à l'Équipe Itinérance mon intervention se termine, donc cela me permet de voir d'autres clients et de diminuer le temps que je dois prendre pour effectuer un plan pour cette clientèle ”; “ très intéressant, on est toujours ouvert à établir davantage de liens avec la communauté ”.

La deuxième question s'enquérissait si les activités de maillage avaient contribué à combler une lacune quant à la “ continuité des soins ” auprès de la clientèle-cible. Dix (10) équipes répondent oui et une, non. Trois équipes sont très positives face à leur expérience tandis que les sept autres semblent y voir une bonne ressource éventuelle : “ à l'urgence il est très souvent difficile de vérifier où en est rendu le patient compte tenu du fait que beaucoup de patients itinérants multiplient les contacts avec plusieurs ressources ”; “ j'ai trouvé que cela permet non seulement plus de continuité de soins mais aussi plus de dignité et, en leur donnant cet espoir, certains de ces clients ont pu se sortir de l'itinérance ”; “ je ne peux évaluer ceci car nous intervenons de façon ponctuelle, nous ne faisons pas de suivi à l'urgence psychiatrique, nous référons la clientèle ”; “ c'est sûrement bon ”; “ je vois cela dans le futur ”.

La troisième question vérifiait si les contacts développés au cours des activités de maillage avaient contribué à mettre sur pied un “ partenariat utile ” entre leur urgence et l'Équipe Itinérance. Sept (7) équipes estiment que oui et cinq (5) pensent le contraire. Les commentaires des premières expliquent : “ puisqu'il y a partage d'information dans les deux sens, ces informations permettent très souvent d'orienter le patient ou les soins requis dans la bonne direction ”; “ nous voyons cette équipe comme la principale ressource communautaire aidante lors de notre semaine de garde ”. Ceux des équipes qui ne le croient pas indiquent : “ pas encore ”; “ non appliqué, dans l'avenir ça pourrait être utile, une porte de sortie ”; deux autres équipes l'expliquent par une clientèle différente de celle ciblée dans le projet.

**Tableau 7.5**  
Les effets du maillage et le suivi souhaité

<b>Effets / suivi</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NSP</b>
Bénéfique pour votre établissement	9	3	2
Comblé une lacune / continuité des soins	10	1	3
Débuté un partenariat utile	7	5	2
Utile de poursuivre la collaboration	10	2	2

### 7.3.7 Le suivi souhaité

La question finale demandait aux répondants s'ils croyaient utile de poursuivre ce type de collaboration (maillage) entre leur urgence et l'Équipe Itinérance. Dix (10) équipes le croient et

deux (2) ne le croient pas. Deux équipes qui ont collaboré activement au maillage ajoutent : “ il serait très utile et très pertinent de poursuivre cette collaboration entre intervenants puisqu'elle permet très souvent d'élucider certains mystères et de trouver des ressources pour aider les patients dans plusieurs domaines ”; “ on ne voudrait surtout pas retourner en arrière, on a besoin de ce genre de collaboration dans le réseau pour assurer de meilleurs services à notre clientèle ”. De son côté, une équipe qui n'était pas au courant du maillage commente : “ oui, afin d'initier un vrai partenariat; au cours du projet mon rôle a seulement été de remplir les fiches de profil ”. Par contre, des deux équipes qui ne désirent pas poursuivre, l'une l'explique par la fermeture de l'hôpital et l'autre ne l'explique pas. Cependant, cette dernière équipe qui affirmait ne pas connaître l'existence du projet de maillage avait remis en question l'ensemble du projet de recherche et des projets-pilotes au départ puisqu'il ne constituait pas une priorité pour leur hôpital. En somme, la majorité des équipes se montrent très réceptives à la collaboration au moyen d'un réseau de maillage avec l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs, notamment pour améliorer les soins aux personnes itinérantes et pour les supporter dans leur travail. La moitié des équipes reconnaît que l'expérience a contribué à mieux leur faire connaître le milieu de l'itinérance et à y établir de meilleurs contacts. Enfin, les commentaires très positifs d'un noyau d'environ cinq répondants suggèrent que l'expérience a effectivement permis aux équipes qui avaient déjà des liens avec l'Équipe Itinérance de continuer à développer et de les consolider.

#### **7.4 Discussion**

Comment expliquer la distance entre cette évaluation très positive de la majorité des 14 équipes des urgences et le bilan mitigé du travailleur social qui réalisait l'intervention? Ce dernier, comme promoteur du projet, avait au départ de grandes attentes face à l'utilisation des services par les équipes des urgences. À la fin du projet, il réagit d'abord au peu d'ampleur de l'utilisation des services offerts dans le cadre du projet-pilote de maillage, notamment à la faible demande d'“ interventions directes ” et il tient moins compte des demandes plus “ légères ” comme les demandes de renseignements. Il est exact que chacune des équipes a utilisé les services du travailleur social relativement peu fréquemment et surtout pour des demandes de renseignements. Cependant, pour apprécier les résultats de l'expérimentation, il importe de la situer dans le temps. À partir de la présentation plus formelle des services offerts aux équipes des urgences, lors du troisième cycle, chaque équipe n'a assuré que deux semaines de garde. D'autre part, nous savons qu'en moyenne le nombre de personnes itinérantes référées à l'urgence psychiatrique durant cette semaine est relativement peu élevé et que le projet restreignait celui-ci par la définition de sa population-cible. Interrogé au sujet de son bilan à la fin du projet, le travailleur social explique aussi sa perception du peu d'impact significatif de l'expérience sur les équipes des urgences

psychiatriques par l'importance déterminante du contexte du fonctionnement de ces urgences. Limites pressantes de temps (délai maximum, équipe de surveillance des urgences), contraintes multiples dont font état les entrevues de la 1ère partie du rapport (manque de renseignements, contraintes légales dans le cas de non consentement, frais considérables pour obtenir une cure fermée, manque de lits, etc.) et structure du système qui fait en sorte que les urgences reçoivent beaucoup de patients mais réfèrent peu et sont peu reliées aux autres ressources et services existants.

Quant aux deux tiers des répondants, l'intérêt dont ils font preuve pour le maillage et son suivi repose peut-être sur l'importance qu'ils accordent à l'amélioration de leur connaissance du milieu de l'itinérance, aux contacts qu'ils ont pu y développer et sur une appréciation qui dépasse l'expérience limitée de leurs deux ou trois semaines de garde. Ainsi, dans un commentaire final, un répondant affirme : “ le *partenariat* est sans aucun doute la porte de sortie pour le futur et il n'y aura jamais assez de ressources disponibles pour pallier aux problèmes sans cesse grandissants et diversifiés de notre clientèle ”. Il poursuit en reprenant le questionnement sur le système des urgences psychiatriques de garde dont font état les entrevues réalisées dans le cadre de la recherche :

Une semaine de garde par trois mois pour nos urgences contribue certes à les désengorger mais elle ne règle en rien la prise en charge et le suivi de ces patients, ce qui nous engouffre dans un cercle vicieux de services limités qui ne prend pas en charge la clientèle cible. Si tous étaient pris en charge dès le début, il n'y aurait pas d'engorgement des urgences car le taux d'itinérants diminuerait considérablement à mon avis.

Ce commentaire nous renvoie donc à la problématique d'ensemble et aux conclusions de la recherche. Face aux difficultés rencontrées pour desservir la clientèle itinérante, les solutions avancées par les intervenants appellent d'abord à une réorganisation des services d'urgence psychiatrique. Une organisation qui accordera sans doute un rôle significatif à une équipe spécialisée oeuvrant dans la communauté et à la nécessaire collaboration sinon à la coordination entre les dispensateurs de services. Malgré ses avantages, le maillage dans le cadre actuel ne peut contribuer significativement à réduire l'utilisation dysfonctionnelle des urgences, la discontinuité des services et l'absence de suivi tel que l'Équipe Itinérance le souhaitait au point de départ. Il représente certes une piste utile sinon indispensable pour améliorer les services aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et pour concrétiser une collaboration entre ses dispensateurs mais il ne saurait dispenser d'une révision de l'organisation du système de soins d'urgence psychiatrique tel que nous l'avons vu dans la première partie du rapport.



## CHAPITRE 8

### LE CASE MANAGEMENT

Le deuxième projet-pilote se rapporte au *case management* (gestion de cas) auprès de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, dans un état tel qu'elles ne peuvent satisfaire leurs besoins fondamentaux et s'assurer de recevoir les soins que leur condition requière. Dans cette partie du texte, nous donnons d'abord un aperçu des objectifs que poursuit l'équipe du *case management* et de son fonctionnement général. Ensuite, nous présentons une courte recension des écrits sur l'*outreach* et sur des modèles de *case management* que l'on retrouve surtout dans les écrits américains. Puis, nous décrivons la méthodologie utilisée, l'analyse du processus de *case management* auprès de certains clients à partir des journaux de bord tenus par le *case manager*, les données sur la condition physique et psychosociale des personnes itinérantes suivies par l'équipe du *case management*, ainsi que l'opinion de l'équipe du projet-pilote et des intervenants des ressources et des services d'urgence sur tout le processus. Enfin, nous présentons les grandes lignes qui devraient guider l'élaboration d'un modèle de *case management* applicable aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

Pour faciliter la compréhension du texte, il sera question parfois de l'Équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs qui comprend deux travailleurs sociaux, deux infirmières, un médecin, une secrétaire, un coordonnateur et des psychiatres-consultants à temps partiel. L'équipe du projet-pilote de *case management* fait référence à deux personnes : un infirmier et un travailleur social à temps partiel travaillant en étroite collaboration avec un psychiatre-consultant de l'Équipe Itinérance. Leur rôle est expliqué ci-dessous. Il faut préciser que nous centrons notre analyse sur l'équipe du projet-pilote mais qu'en réalité l'Équipe Itinérance est omniprésente. Ses membres interviennent constamment avec et pour les membres de l'équipe du projet qui constitue en réalité une partie intégrante de cette grande équipe. En effet, les deux intervenants (travailleur social et infirmier) engagés pour réaliser le projet font partie de l'Équipe Itinérance et ils y sont remplacés durant la période de temps consacré au projet.

## 8.1 Les objectifs et le fonctionnement de l'équipe

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

Au sein de l'équipe du projet, les rôles se répartissent comme suit : l'infirmier assure la coordination des services pour le client et le travailleur social travaille étroitement avec l'infirmier soit pour intervenir auprès des clients ou pour donner de l'information à leur sujet, pour administrer leurs finances, pour intervenir auprès des autorités judiciaires, etc. De plus, une troisième personne, un psychiatre qui agit comme consultant, évalue la condition des clients et recommande une thérapie médicamenteuse et de soutien ou un autre type d'intervention selon la pathologie des sujets. Il faut dire que cette équipe est étroitement tissée, particulièrement l'infirmier et le travailleur social qui connaissent bien les sujets dans l'étude et les intervenants des refuges et des centres de jour; ils interchangent certaines dimensions de leurs rôles au besoin. Comme le projet prévoit que l'infirmier ne travaille que trois jours par semaine, il s'appuie sur le travailleur social qui aide les clients lorsque des situations d'urgence surviennent durant ses jours de congé. Ce travailleur social partage son temps entre le projet-pilote de maillage (un jour), le projet-pilote de *case management* (deux jours), et l'Équipe Itinérance (deux jours). De plus, une infirmière de l'Équipe Itinérance peut donner la médication si l'infirmier est absent. D'autres membres de l'Équipe Itinérance aident aussi l'équipe du projet-pilote lorsque nécessaire.

## 8.2 La recension des écrits

La grande majorité des articles sur l'itinérance et la santé mentale préconisent la mise en place de services d'*outreach* et de *case management*. L'*outreach* signifie sortir de l'institution pour aller rejoindre la clientèle dans le milieu où elle se trouve. Le *case management* utilisé pour plusieurs types de clientèles avec des problèmes de santé et psychosociaux complexes est souvent nommé " gestion de cas " ou " suivi systématique de clientèles " (Nadon et Thibault, 1993). Nous présentons ci-dessous une recension des écrits pertinents aux concepts d'*outreach* et de *case management*.

### 8.2.1 L'*outreach*

Ce concept peut s'appliquer à plusieurs services, par exemple, des services d'urgence psychiatrique, des services infirmiers, des services sociaux. Le *case manager* fait de l'*outreach* quand il rencontre les personnes itinérantes où qu'elles se trouvent. L'*outreach* est souvent la première étape du *case management*. Selon Bawden (1990), l'*outreach* et le rôle d'avocat (*advocacy*) sont des aspects fondamentaux du *case management* intensif auprès des personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants. Bawden emprunte la définition du *case management* intensif de Rog et ses collaborateurs (1987) :

Une approche agressive et globale qui permet aux personnes atteintes de maladie mentale grave, dans le besoin, d'avoir des services de santé mentale et des services de bien-être [...] des individus à haut risque d'hospitalisation, qui manquent d'habiletés dans les activités de la vie quotidienne, de réseau social et qui ne peuvent ou ne veulent utiliser les services de santé et de bien-être. (Traduction libre)

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

À St-Louis, Missouri, en 1983, le Centre communautaire St-Patrick (Cunnane et al., 1995) a mis sur pied un réseau de services pour les personnes itinérantes avec des troubles mentaux sévères et persistants et des problèmes d'abus de drogues. Le but des services était d'aider les clients à faire des choix pertinents et à s'aider eux-mêmes. L'accent était mis sur deux approches : l'*outreach* et des services à l'emploi. Les programmes d'*outreach* comprenaient divers services. Le centre de jour Shamrock procurait des repas, des vêtements, des facilités d'hygiène, un toit, de l'intervention en situation de crise, du *counselling* et des soins de santé. Le programme du repas chaud était géré par les 59 paroisses de St-Louis qui assumaient la responsabilité des repas à tour de rôle incluant les jours fériés. Très tôt, le personnel du centre de jour s'était rendu compte que plusieurs personnes itinérantes malades mentales qui vivaient sur la rue étaient vulnérables et subissaient nombre de mauvais traitements. On a donc mis sur pied un programme d'*outreach* mobile composé de deux

intervenants qui utilisaient une caravane pour patrouiller, la nuit, les rues où se trouvaient les personnes itinérantes. En plus de fournir sur place des services et des soins de base à ces personnes, on les incitait à utiliser les services du centre Shamrock. Dans ce programme, on utilisait aussi la caravane pour transporter des personnes à l'hôpital ou dans un refuge de nuit lorsque nécessaire. Le programme d'emplois a été ouvert en 1985 pour préparer certaines personnes itinérantes à des travaux adaptés à leur formation. Aucune évaluation formelle de cette approche ne semble avoir été réalisée mais les commentaires des auteurs laissent croire que des fonds ont été économisés, des souffrances ont été évitées et la qualité de vie des personnes itinérantes s'est améliorée.

Swire Billig et Levinson (1987) décrivent un programme *outreach-case management* pour les malades psychiatriques résidant dans des refuges du comté Montgomery au Maryland. Le but de ce projet était d'amener la clientèle à se mobiliser pour satisfaire ses besoins fondamentaux. Le projet donnait du soutien émotionnel et de l'assistance pour utiliser les services réguliers. Les *case managers* qui suivaient chacun quatre clients travaillaient 16 heures par semaine, ils avaient une heure de supervision par semaine et deux heures de formation. Ils accompagnaient les clients aux divers services qu'ils utilisaient. Après six mois de travail, les auteurs recommandaient que des psychiatres aillent dans les refuges pour prescrire la médication, que plus de ressources et de services soient créés en réseau, et que des activités de groupe soient organisées.

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

Le projet probablement le plus cité est le projet HELP pour *Homeless Emergency Liaison Project* réalisé à New York durant une année, d'octobre 1987 à octobre 1988 (Marcos et al., 1990; Cohen, 1990; Cohen et Tsemberis, 1991). Il s'agit d'un projet d'*outreach* agressif offrant des services psychiatriques d'urgence. Il a été mis sur pied à l'initiative du maire de New York suite aux pressions publiques devant le spectacle révoltant de la qualité de vie des personnes itinérantes

souffrant de troubles mentaux sévères. Ce programme s'adressait particulièrement aux personnes qui refusaient les traitements. Pour ce programme, les autorités avaient élargi les critères légaux permettant de traiter la personne contre sa volonté en incluant “ le manque de capacité de la personne de se protéger des dangers évidents ” ou “ le fait qu'elle constitue un danger physique pour elle ou autrui dans un avenir prévisible (*foreseeable*) ” (Marcos et al., 1990 : 1557). Le projet était réalisé par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, d'une infirmière et d'un travailleur social et il disposait d'une unité mobile lui permettant d'évaluer sur place la clientèle ciblée par le programme. Dans le cas où la personne était jugée avoir besoin de soins psychiatriques, elle était transportée à l'hôpital avec son consentement ou de façon involontaire si elle répondait aux critères légaux présentés ci-dessus. Deux autres évaluations psychiatriques étaient faites à l'hôpital pour s'assurer que la personne correspondait aux critères de traitement contre le gré de la personne.

Au terme de l'année, ce programme a rejoint 298 personnes qui ont totalisé 340 visites à l'hôpital. De ce nombre, 84% ont été transportées involontairement et 96,5% ont été hospitalisées, dont 96% involontairement. La durée d'hospitalisation a varié entre deux et 228 jours pour une moyenne de 61 jours. Pour faciliter cette hospitalisation, un hôpital public, le Bellevue, disposait d'une unité spécialisée de 28 lits de soins intensifs de courte durée et d'une équipe médicale et psychiatrique recrutée spécialement pour le programme. Il disposait également de 70 lits de soins à long terme dans un centre psychiatrique et de 30 lits de transition opérés par les cliniciens de l'hôpital dans un refuge de la ville.

Marcos et ses collaborateurs (1990 : 1559) rapportent que l'évaluation de l'impact du projet sur la clientèle s'est limitée à identifier où elle était rendue en octobre 1989, soit deux ans après le début du programme. À ce moment, 28% des patients vivaient en logement dans la communauté, 27% vivaient en centres psychiatriques et 7,7% vivaient sur la rue, tandis que l'information n'était pas disponible dans le cas des autres 37%. Les effets cliniques de l'intervention n'ont donc pas été évalués. Les auteurs font l'hypothèse du bien-fondé du programme sans lequel plusieurs personnes itinérantes seraient demeurées à la rue et auraient possiblement souffert de détérioration physique et psychiatrique progressive. Selon eux, ces chiffres traduisent un impact positif quoique limité du programme. Ils concluent que pour cette population souffrant de multiples problèmes, l'*outreach* agressif et l'hospitalisation involontaire, si nécessaire, devraient faire partie des services à mettre en place. En ce sens, ils rejoignent les propositions de Lamb (1990) et de Lamb et Lamb (1992). Ils proposent également la mise en place du *case management* pour s'assurer de la continuité des soins et de la coordination entre les organismes dispensant les services.

Cohen (1990 : 257), pour sa part, souligne le changement d'attitude du personnel de l'urgence psychiatrique de l'hôpital Bellevue suite à l'expérience. Le succès de l'unité spéciale de traitement lui a fait réaliser que ces personnes étaient de vrais malades mentaux qui avaient besoin d'hospitalisation et qu'il était possible de les aider. Il a servi d'antidote au sentiment de futilité de leur intervention. Les auteurs précisent que ce programme s'adresse à un sous-groupe limité de personnes itinérantes malades mentales, soit les plus désaffiliées, les plus fragiles et les moins faciles à mobiliser pour s'occuper de leurs besoins de base. D'autres sous-groupes fonctionnent mieux et utilisent les services psychiatriques autrement. À ce propos, Marcos et ses collaborateurs (1990 : 1559) mentionnent que durant la même période, 628 autres patients itinérants avaient fréquenté la même urgence psychiatrique de l'hôpital Bellevue. La différence la plus évidente entre les deux groupes était que, chez les 298 participants au programme, 80% étaient schizophrènes tandis que ce pourcentage n'était que de 50% chez les autres. De plus, l'âge moyen du groupe rejoint par le projet *HELP* était plus élevé, 43 ans comparativement à 35 ans pour l'autre groupe et en proportion il comportait plus de femmes.

Plusieurs autres expériences d'*outreach* furent mises en place avec d'autres types d'intervenants. Nous avons déjà mentionné le projet réalisé à Chicago de 1990 à 1992 auprès du même type de clientèle (Butler Slagg et al., 1994). Dans ce cas, des travailleurs sociaux à bord de camionnettes patrouillaient la ville et intervenaient en situation de crise. Ils faisaient une évaluation et une intervention brève. Ils s'assuraient que les personnes étaient mises en contact avec les ressources existantes. Le projet mettait l'accent sur les liens avec le vaste réseau de soutien qui autrement aurait été inaccessible pour cette population désaffiliée. Des 1 430 clients rejoints en deux ans, plus de 70% souffraient de problèmes majeurs de santé mentale et plus de 37% avaient une histoire d'hospitalisation psychiatrique. Suite à l'intervention de l'équipe, 21% furent hospitalisés dont la moitié involontairement. Selon les auteurs, des efforts d'*outreach* doivent être faits à l'intention des personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits par les services traditionnels à cause de leur fragilité, de leur isolement et de leur aliénation face aux services courants. Ils préconisent également pour cette population la mise en place de services de *case management* à long terme et le développement de logements d'urgence et de logements de transition.

### 8.2.2 Le *case management*

Comme il a été démontré antérieurement dans ce texte et dans la recension des écrits, la mise en place de services de *case management* est recommandée pour les populations de personnes itinérantes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants. Nadeau (1989) trace l'évolution

du *case management* en Amérique du Nord, “ des courtiers de services aux thérapeutes, des habiletés d'enseignement de la vie quotidienne aux techniques de résolutions de problèmes ”.

Intagliata (1982) avait auparavant décrit les trois modèles de programmes de *case management* : 1) le modèle minimal comprend quatre services — l'*outreach*, l'évaluation du client, la planification des soins et la référence aux autres professionnels; 2) le modèle de coordination comprend, en plus des services du premier modèle, le rôle d'avocat, les services directs, le développement de réseaux de soutien dans le milieu naturel et la réévaluation; 3) le modèle global englobe tous ces services ainsi que la création de nouvelles ressources, le contrôle de la qualité des services, l'éducation du public et les interventions en situation de crise.

Quoique les programmes de *case management* peuvent varier grandement, tous poursuivent le même but d'améliorer la qualité des services communautaires. Ils partagent aussi cinq fonctions : identifier les besoins du client, développer un plan de soins global, établir des liens entre le client et les services (maillage), défendre les intérêts du client auprès des services (*advocacy*) et contrôler la qualité de ces services (Swire Billig et Levinson, 1987; Goering et al., 1988; Maurin, 1990).

Le *case management* est particulièrement adapté à notre clientèle; d'abord, parce qu'il préconise de la rejoindre où elle se trouve (*outreach*), puis de l'appivoiser et de créer une relation de confiance en vue de l'accompagner à travers une série d'institutions et de services, de satisfaire ses besoins de base et de résoudre ses problèmes. Cette approche s'adapte à la personne et à son milieu et adopte le rythme du client. Au plan de la santé mentale comme de la santé en général, le *case manager* évalue les besoins de la personne, ses forces et ses faiblesses, développe un plan de services avec la personne, fait le lien avec les services nécessaires, s'occupe de défendre ses droits et assure le suivi de l'utilisation des services, comme la prise des médicaments et le respect des rendez-vous médicaux. L'approche permet donc l'évaluation des besoins, le support pour faciliter l'accès aux services et la continuité des soins et des services dans les divers organismes qui les dispensent. Le modèle permet ainsi de s'attaquer aux barrières à l'accessibilité au système de soins, de concilier les préoccupations d'insertion sociale et de répondre aux besoins de base et au besoin de soins psychiatriques. Aubut et ses collaborateurs (1991 : 7, 14) soulignent que ces intervenants primaires sont attachés à la personne et non à un service en particulier, leur intervention permet d'aider la personne à prendre conscience qu'elle a un problème, à vouloir le modifier, à bien connaître les ressources disponibles et à s'y rendre. Ce modèle permet donc de tenir compte des caractéristiques des personnes itinérantes malades psychiatriques présentées dans la première partie et de s'attaquer à leurs piètres rapports avec les services psychiatriques.

Dixon et ses collaborateurs (1995 : 684-685) décrivent un projet qui a adapté le modèle de soins psychiatriques intensifs dans la communauté appelé PACT, à cette clientèle dans la ville de Baltimore. La philosophie de base des services est la suivante : la qualité de vie des clients s'améliore si on adopte une façon d'intervenir rassurante et non intrusive et si on les assiste pour régler leurs problèmes de logement, pour exercer leurs droits, pour obtenir les soins de santé médicaux et psychiatriques et pour fonctionner dans la société. Les caractéristiques du programme sont les suivantes : l'engagement actif du client, les services basés dans la communauté, une équipe multidisciplinaire, la responsabilité continue du client de la part des intervenants afin de diminuer l'utilisation de l'urgence, l'intensité du service, le petit nombre de cas par intervenant (*case load*), la liaison étroite entre les membres de l'équipe et le système de soutien du client, le traitement centré sur les activités sociales et professionnelles (emploi) et une intervention limitée dans le temps à une année. Le programme peut intervenir à un moment critique pour certains clients comme pour recevoir la sécurité du revenu, l'aide au logement, apprendre à composer avec sa maladie. Les auteurs ajoutent qu'à la fin de leur participation au programme, le passage à des services moins intensifs est une source d'estime de soi pour les clients et leur prouve qu'ils sont responsables de leur vie.

Ce programme PACT serait approprié pour les schizophrènes et les personnes souffrant d'autres troubles psychotiques. Il le serait moins pour les personnes présentant des troubles de la personnalité à moins d'être bien limité dans le temps pour éviter la dépendance et la régression. Il s'agit d'un modèle intensif accordant une grande place aux soins psychiatriques. Dixon et ses collaborateurs concluent que le projet a permis une adaptation du modèle PACT à la clientèle itinérante souffrant de graves problèmes de santé mentale. De plus, d'autres recherches sur le modèle (Drake et Burns, 1995) ont établi ses impacts positifs : amélioration de l'état clinique et du fonctionnement social, baisse du nombre de jours d'hospitalisation, augmentation de la satisfaction du client face aux services, amélioration de l'habileté à une vie indépendante, réinsertion dans la communauté, baisse des coûts et amélioration de la qualité de vie.

Il ressort de l'analyse des études que l'évaluation des programmes de *case management* aux personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants pose de grands problèmes méthodologiques (Chamberlain et Rapp, 1991; Solomon, 1992). D'abord, les populations de malades mentaux semblent hétérogènes. Ensuite, certains clients sont âgés, d'autres plus jeunes; les diagnostics sont variés. La pratique du *case management*, la variable indépendante, est rarement décrite. Enfin, les effets sur l'état clinique des individus sont rarement mesurés car les objectifs du programme sont au début trop généraux. L'évaluation s'adresse plutôt à des éléments du système, tels que des *patterns* d'utilisation des services, des caractéristiques des *case managers*, des activités

du *case manager*, plutôt qu'aux effets sur le client. De plus, peu de devis expérimentaux avec groupes témoins sont utilisés pour des raisons d'éthique. La grande limite vient du fait que le *case management* n'est qu'un élément de la variable indépendante qui comprend aussi l'ensemble des services fournis par les refuges, les centres de jour et de nuit, les autres professionnels de la santé, etc.

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

La plupart des programmes de *case management* dans les écrits scientifiques sont issus d'un centre hospitalier, parfois d'un centre de santé mentale. La situation qui prévaut au centre-ville de Montréal est unique : une équipe spéciale pour les services aux personnes itinérantes dans un Centre local de services communautaires (CLSC) et un réseau de 12 urgences psychiatriques qui se relayent à chaque semaine pour recevoir les personnes itinérantes en état de crise que leur réfèrent des policiers et Urgences-Santé. De plus, un certain nombre de refuges, de centres de jour et de nuit et un centre social de soir complètent le réseau ainsi que des foyers qui acceptent de loger des personnes itinérantes. Il semblait donc opportun de donner des services adaptés à la population et au contexte particulier dans lequel nous sommes, d'où la nécessité du maillage avec les urgences psychiatriques présenté au chapitre précédent et la présente démonstration du *case management* comme moyen d'améliorer les services à la population-cible. Nous verrons dans l'analyse des journaux de bord que c'est le deuxième modèle présenté par Intagliata (1982) qui s'apparente le plus au *case management* réalisé ici.

## **8.3 La méthodologie**

### **8.3.1 Le devis**

C'est au moyen d'une étude descriptive auprès de 14 personnes itinérantes que les données relatives aux clients et au travail de l'infirmier (*case manager*) ont été recueillies sur une période d'environ 12 mois. Nous avons éliminé la possibilité de constituer deux groupes de sujets choisis au hasard compte tenu de la situation d'intervention dans les cinq ressources communautaires du centre-ville qui recevaient la clientèle. En effet, il aurait été très difficile de justifier aux intervenants de ne répondre qu'à un cas sur deux pour lesquels ces derniers demandaient notre aide. Nous

avons donc envisagé de constituer un groupe témoin issu de la clientèle des autres ressources communautaires du centre-ville desservant cette même population. Nous aurions pu constituer un groupe comparable en termes de sexe, âge, statut, diagnostic, logement, revenu, réseau de soutien et travail. Cependant, compte tenu des efforts considérables de recrutement nécessaires auprès d'une population aussi particulière et si mouvante, nous avons aussi éliminé cette deuxième possibilité. Il nous semblait tout à fait irréaliste également de prendre deux mesures distancées de six mois avec un tel groupe témoin. Comment les retracer et au prix de quels efforts en comparaison avec le caractère modeste du programme. Nous avons donc opté pour deux mesures : la première, au temps 1, en décembre 1995, auprès des 14 sujets qui étaient suivis depuis un à six mois; la deuxième, au temps 2, en mai 1996, à la fin de l'intervention. Des renseignements ont aussi été colligés auprès des intervenants dans les ressources et auprès des deux membres de l'équipe du projet-pilote (voir tableau 8.1).

**Tableau 8.1**  
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données

<b>Variables</b>	<b>Instruments</b>	<b>Date</b>
1. Activités de <i>case management</i>	- Journal de bord du <i>case manager</i>	mai-nov. 1995 déc.-mai 1996
2. Évaluation du <i>case management</i>		
a) État physique et psychosocial de 14 personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants	- 7 échelles ( <i>case manager</i> )	décembre 1995 mai 1996
	- 1 échelle (intervenants dans les refuges et les centres)	décembre 1995 mai 1996
b) Perceptions de divers intervenants	- Questionnaire aux deux membres de l'équipe du projet	juillet 1996
	- Rencontre de l'Équipe Itinérance	mai 1996
	- Questionnaire aux ressources communautaires et institutions	mai 1996

### 8.3.2 La population

Des refuges et des centres de jour du centre-ville ont référé à l'équipe du projet, de la fin de mai 1995 à novembre 1995, des personnes itinérantes qui correspondaient à notre population-cible. D'autres personnes itinérantes sont venues de la rue et d'un centre hospitalier. L'équipe du projet avait informé ces centres et refuges qu'elle coordonnerait les soins de ces personnes afin d'assurer la continuité et la cohérence dans leurs soins et afin d'éviter l'éparpillement et la duplication de services et l'éternel recommencement du plan de traitement. Quatorze personnes, sept hommes et sept femmes suivis intensivement par l'équipe, ont donc été choisies au hasard par les *cases managers* pour la présente étude. D'autres clients (environ 35) ont reçu des services de l'équipe du projet mais ils ne sont pas étudiés ici.

Les 14 personnes itinérantes suivies par les *case managers* devaient présenter, en plus des caractéristiques opérationnelles de la population-cible décrites au chapitre trois d'avoir une histoire d'hospitalisations psychiatriques ou une incapacité fonctionnelle grave persistante. Ces personnes présentent de grandes difficultés de gestion aux ressources communautaires qu'elles fréquentent parce qu'elles sont souvent en situation de crise, soit qu'elles manifestent du délire, des hallucinations, de l'agression, de l'incohérence, de la désorganisation, soit que ces symptômes sont combinés à de l'intoxication. Ces personnes ne reçoivent pas de soins psychiatriques parce qu'elles les refusent ou que le système de soins psychiatriques ne semble pas aménagé pour les prendre en charge. En d'autres mots, la clientèle de l'équipe du *case management* est la plus difficile à soigner.

### 8.3.3 Les instruments

#### *Le journal de bord pour clients*

Dès le début du *case management*, l'infirmier a tenu un journal de bord pour chaque client où il notait tout chaque jour : ses observations, ses actions, ses intentions, les rencontres avec le client, les contacts avec les organismes reliés au client. Il notait aussi les multiples démarches quotidiennes pour trouver les clients (*reaching out*), pour parler à des intervenants au sujet du client dans les refuges, les hôpitaux, les prisons, etc. Il exprimait ses frustrations face au peu de collaboration du client ou des autres organismes, etc.

#### *Le journal de bord général*

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

#### *Les échelles de l'évaluation des clients*

Un instrument intitulé “ Évaluation des clients : Questionnaire au *case manager* ” a été développé (appendice F). L'équipe du projet et l'équipe de recherche ont identifié, à partir de leur expérience avec la clientèle et des nombreux écrits et études sur l'itinérance chez des clients psychiatriques, sept variables qu'il était possible de mesurer et sur lesquelles le *case management* pouvait avoir quelques effets positifs. Ces variables sont :

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

Les échelles ont été construites à l'aide d'échelles déjà utilisées dans les services aux malades psychiatriques chroniques. Aucune ne semblait entièrement pertinente à notre population. Des items ont donc été empruntés de certaines échelles (Enquête Santé-Québec, 87, 1992). Trois échelles ont été construites de toute pièce pour notre population (résidence, crises et drogues, et collaboration au traitement). Certaines sont ordinales, d'autres sont nominales. Plusieurs personnes ont donné leur opinion concernant ces échelles : un agent de recherche, le psychiatre-consultant et plusieurs membres de l'Équipe Itinérance, particulièrement l'infirmier du projet qui les a revues avec le chercheur principal pour s'assurer qu'il comprenait bien chaque item. Les personnes qui ont étudié les échelles ont donné leur opinion sur la pertinence et la clarté des énoncés et elles ont suggéré des modifications. Il y a eu en tout quatre versions des échelles. Elles sont utilisées par l'infirmier pour évaluer les 14 sujets au début de décembre 1995, ce qui correspond à un à six mois après l'entrée du sujet dans l'étude. Elles ont été complétées de nouveau en mai 1996.

Aucun test psychométrique n'a été effectué sur ces instruments pour diverses raisons. Comme il n'y avait que 14 sujets, nous avons cru d'abord que seules des notes d'observation pouvaient être analysées de façon qualitative mais puisque nous voulions déterminer s'il y avait une

amélioration dans la condition des clients après un certain nombre de mois, nous avons pensé que des échelles donneraient un meilleur point de comparaison. Le petit nombre de sujets ne nous permet pas de faire des analyses détaillées telles que des analyses de facteurs, particulièrement sur l'échelle de l'état clinique-phénomènes psychiques qui comprend trois dimensions. Enfin ces échelles sont plus faciles à utiliser par l'infirmier que la rédaction de notes; son temps est limité car il doit également rédiger le journal de bord chaque jour.

#### *Le questionnaire aux intervenants dans les refuges et les centres sur la condition des sujets*

L'infirmier a fait remplir en décembre 1995 et en mai 1996 un questionnaire de 10 énoncés et deux questions par un intervenant dans un des refuges ou des centres de jour où va le client (appendice G). Le but de ce questionnaire était d'obtenir l'opinion et les observations des intervenants des refuges sur nos sujets à l'étude. Il faut noter que ces derniers ne vont pas tous dans les refuges. Ils ne peuvent donc donner leur opinion sur les 14 sujets. Ce questionnaire contient des items sur 1) le comportement agressif du client; 2) ses relations interpersonnelles; 3) ses soins personnels, 4) sa capacité de suivre les règles de la maison, 5) sa consommation de drogues et d'alcool, 6) son état psychique en général et 7) l'amélioration de son comportement au cours des derniers trois mois. On demande aussi le nombre de visites à l'urgence psychiatrique au cours des derniers trois mois et à qui le centre fait appel quand une personne itinérante est en crise.

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

Ce questionnaire (appendice H) a été élaboré pour obtenir l'opinion des deux acteurs principaux du projet, l'infirmier et le travailleur social, sur l'ensemble de leur travail avec les personnes itinérantes, les effets de leurs interventions sur les personnes malades, leurs relations avec les intervenants dans les ressources et avec les autres membres de l'Équipe Itinérance, les difficultés rencontrées, etc. Il était nécessaire de faire ce questionnaire à la fin de l'étude vu 1) une moins grande quantité de données sur les sujets à la fin du projet et 2) le fait qu'il s'agit plus de *case management* d'une équipe que de celui d'un seul individu.

#### *Le questionnaire-évaluation du case management par des ressources communautaires et des institutions*

L'évaluation de ce type de projet présente des difficultés qui ont déjà été discutées dans la recension des écrits. Nous avons donc décidé de demander l'opinion des intervenants des ressources communautaires qui ont collaboré au projet-pilote ainsi que celle de certains professionnels de salles d'urgence, de prisons et de la Curatelle, impliqués dans le projet. Le questionnaire (appendice I) suit les grandes lignes de celui élaboré pour l'évaluation du projet-pilote de maillage. Il est composé de 19 questions qui traitent : du besoin de soutien des intervenants, de la collaboration avec l'équipe de *case management*, de la satisfaction des intervenants et des professionnels face au *case management*, des effets du *case management* sur la clientèle et sur le travail des intervenants, des attentes des intervenants en rapport avec le *case management*, du besoin de poursuivre l'expérience et des améliorations à y apporter, de l'évaluation des services d'urgence auprès des personnes itinérantes et des suggestions pour améliorer leur condition.

Les membres de l'équipe du projet et de l'équipe de recherche ont analysé le questionnaire et modifié quelques questions. Le questionnaire a par la suite été envoyé à 6 refuges et centres de jour, 2 foyers, 4 hôpitaux, 2 prisons et la Curatelle après entente avec eux. Neuf questionnaires sur quinze ont été retournés.

#### 8.3.4 Les limites de l'évaluation du *case management*

Il faut se rappeler que la présente étude est exploratoire. Plusieurs ajustements ont été faits au cours du projet dans le but de capter l'essentiel du processus en évolution. La grande limite vient du petit nombre de sujets analysés et de l'absence de la " parole " des personnes itinérantes elles-mêmes. Comme l'infirmier ne travaille que trois jours par semaine et comme les cas suivis au début demandaient beaucoup de son temps, il ne pouvait décrire sa pratique en détail que pour plus de sept des 14 sujets évalués.

Nos sujets sont très malades; ils peuvent être désorganisés ou méfiants. Nous verrons ci-après que gagner leur confiance était une activité difficile pour le *case manager*. Nous n'avons pas cru bon de les questionner car il aurait été trop difficile pour un inconnu de s'approcher d'eux pour les " questionner ". Selon l'opinion d'un intervenant, ce sont des " farouches ".

Enfin, une autre limite se rapporte à la durée du *case management*. Certains sujets ont été suivis durant onze mois, d'autres, six mois. C'est trop peu pour effectuer des changements significatifs. Les programmes de *case management* recensés indiquent des durées de 12 à 36 mois; la plupart font l'évaluation après deux ans.

## 8.4 Les activités de *case management*

Comme il a été dit auparavant dans le texte, peu d'écrits présentent de façon détaillée le *case management*. On ne trace d'habitude que les grandes lignes du travail du *case manager* qui se résume à l'établissement d'une relation de confiance, le contrat, le rôle d'avocat, des soins, le don d'objets tels que des vêtements et de la nourriture, et les références à d'autres services. Dans le projet actuel, aucun modèle spécifique d'intervention n'a été donné à l'équipe du projet au départ. Les membres de l'Équipe Itinérance se sont toutefois entendus sur des mécanismes de collaboration entre les membres de l'équipe et avec les intervenants dans les refuges, sur la nécessité du *reaching out*, de l'établissement de la confiance entre le client et l'équipe, et d'un contrat clair avec le client. Le psychiatre-consultant a accepté de superviser, une heure par semaine, l'infirmier qui joue le rôle principal de *case manager*. L'infirmier, qui travaille trois jours par semaine, connaît déjà la clientèle des personnes itinérantes pour avoir travaillé durant trois ans dans l'Équipe Itinérance. Il avait d'ailleurs plusieurs années d'expérience dans un hôpital psychiatrique.

Nous avons donc cru nécessaire de faire une analyse du journal de bord et de décrire le processus utilisé par le *case manager* pour coordonner les services au client et les soins donnés, les réactions du client et du *case manager*, la collaboration des organismes communautaires et le travail de l'équipe du projet.

### 8.4.1 La méthode d'analyse du journal de bord

Les journaux de bord pris au hasard concernant les services à quatre hommes et trois femmes ont été analysés. Ces personnes ont été suivies durant une période variant de deux à sept mois. Au moment d'entrer dans le projet, ces personnes itinérantes étaient connues d'au moins six à 13 intervenants identifiés dans des ressources communautaires, des hôpitaux ou autres.

Le chercheur a d'abord lu (1) le journal de bord au complet pour avoir un aperçu global de la situation. Ensuite, il a résumé (2) pour chaque jour les activités principales décrites pour et avec le client. Puis, il a développé (3) une liste de 25 énoncés qui semblent regrouper les énoncés dans les journaux de bord. Ces énoncés ont été codés (4) avec des chiffres de sorte que l'on peut identifier rapidement pour chaque client quelles actions sont prioritaires.

Voici un exemple de ces quatre étapes. La séquence qui suit se situe quatre mois après le début de l'intervention. (1) Journal de bord du *case manager* : *J'avise X (qui est venu me voir) qu'il peut recevoir sa médication injectable maintenant et qu'on va tout faire pour son b.s., mais celui-ci veut son b.s. tout de suite et sa piqûre après. J'appelle I. pour discuter de l'incohérence du contrat, donc entente avec elle. Pour que X soit accepté au centre, il faut qu'il prenne la piqûre. Appel de celle-ci vers midi. X accepte la piqûre et aussi l'entente avec A.B. est conclue. Donc, X reçoit injection ce p.m., \$ 25 en avance et mardi, je me rends avec lui pour sa chambre.*

(2) Résumé : *Offre de médicament. Négociation avec le client re : traitement et B.S. Discussion avec autre agence re : incohérence du contrat. Contrat conclu avec client et deux ressources. Injection et argent donnés. Démarches pour chambre.*

(3 et 4) Codes :

Offre de médicaments — code 1  
Négociation avec le client — code 7  
Discussion avec autres intervenants pour établir un plan de soins — code 2  
Clarification du contrat avec intervenants — code 15  
Contrat re : injection et b.s. — code 8  
Injection et argent donnés — code 17  
Démarche pour chambre — code 16  
(voir la liste des codes à l'appendice K)

Certains comportements sont toujours difficiles à interpréter. Quand la personne itinérante vient souvent au CLSC voir le *case manager* pour lui demander quelque chose, s'agit-il de “ confiance établie avec le client ” ou bien de “ bonne collaboration ” ou de “ négociation que la personne utilise ” pour obtenir ce qu'elle veut? Si quatre mois plus tôt, ce client refusait tout, faisait du “ *shopping* de services ” partout, ou ne donnait jamais signe de vie et que le *case manager* devait le chercher partout, il semble que les comportements mentionnés après quatre mois seraient supérieurs aux comportements observés au début. Aussi, c'est en lisant l'ensemble du texte que l'on peut en retirer un certain sens.

#### 8.4.2 La description des activités et des observations du *case manager* de mai à décembre 1995

Il faut se rappeler que le *case manager* écrit son journal chaque jour. Il note les activités qui lui paraissent les plus identifiables et les observations qui le frappent le plus. Nous n'avons analysé que les journaux de bord de sept clients.

Il n'y a pas deux sujets pareils que l'on pourrait classer dans la même catégorie. Ils sont tous différents par certains aspects tels que la réticence à se laisser approcher par un intervenant, la confiance qu'ils donnent ou ne donnent pas à un intervenant, le besoin de garder leur indépendance à la limite du possible, et ils sont aussi tous semblables par d'autres aspects tels que leur vulnérabilité, leur incapacité de suivre un plan de traitement, leur besoin d'aide pour continuer dans la vie.

Tous ont été l'objet de recherche (*reaching out*) par le *case manager*, surtout l'un d'entre eux, que celui-là a cherché durant deux semaines. Il nous apparaît que le temps que le *case manager* passe à chercher certains clients est énorme. Le *reaching out* est une tâche importante du *case manager*. Nous verrons plus tard qu'elle semble porter ses fruits.

Cinq des sept sujets ont des notations qui se rapportent à la police, ou la cour, ou la prison, ou le besoin de curatelle.

Tous les clients ont peu collaboré au début; graduellement, ce comportement s'estompe de sorte qu'on retrouve le manque de collaboration seulement par rapport à certaines activités. Chez trois sujets, il n'y a aucune notation à ce sujet quoique l'ensemble des activités du client laisse croire qu'il collaborait dans une certaine mesure.

Certaines activités du *case manager* et du client sont rarement notées telles que les confidences du client et le soutien du *case manager*. Il semble que la première catégorie se retrouve dans le code "évaluation de la situation après recueil de renseignements" et dans d'autres catégories. Dans la situation où le *case manager* a attendu avec un itinérant un intervenant d'une autre ressource environ une demi-heure, assis sur un banc de parc, on peut déduire qu'ils se sont dits bien des choses. Quant au soutien, on comprend qu'il est un élément inhérent à beaucoup d'autres actions telles que "offre de médicaments et de services" (code 1), "soins et objet donnés" (code 17), "visite au client" (code 23), "démarches avec le client pour le bien-être social ou une chambre" (code 16), "confidences" (code 19). Ce concept de soutien est largement utilisé dans tous les écrits relatifs aux interventions psychosociales de toutes sortes et dans toutes les disciplines. C'est probablement pourquoi il n'est pas précis. Chez tous les intervenants, il veut probablement dire: "je suis là", "je comprends", "il faut continuer", "c'est bien ainsi", "ça va mieux", "ça va bien aller", etc.

Nous présentons une liste des activités et des observations du *case manager* par ordre de grandeur telles que notées dans le journal de bord et nous donnons des explications supplémentaires sur ces activités. Nous ne croyons pas que la présentation de fréquences exactes soit pertinente. Le but de l'analyse du journal de bord est de décrire les activités que le *case manager* a notées et, ensuite, d'indiquer celles notées plus fréquemment parce qu'il a dû, à cause des situations, les faire plus souvent. La liste qui suit comprend ces activités et ces observations, par ordre de fréquences, la catégorie 17 étant la plus fréquente et la catégorie 20 la moins fréquente.

**Tableau 8.2**

Liste des activités et des observations du *case manager* notées dans le journal de bord

Catégorie 17	injections, médicaments, soins donnés, etc.
Catégorie 23	visite au client ou au sujet du client
Catégorie 8	contrat avec le client
Catégorie 21	contact avec la Curatelle, la police, la prison, la cour
Catégorie 22	recherche de renseignements sur le client
Catégorie 12	contact avec intervenants d'autres ressources
Catégorie 2	discussion avec autres intervenants ou professionnels pour établir un plan de soins
Catégorie 3	cherche le client
Catégorie 5	mauvaise collaboration du client
Catégorie 25	manque de collaboration d'autres institutions
Catégorie 10	frustration du <i>case manager</i>
Catégorie 1	offre de services, de médicaments
Catégorie 16	démarches auprès du bien-être social pour trouver une chambre
Catégorie 7	négociations avec le client
Catégorie 6	bonne collaboration du client
Catégorie 14	plusieurs intervenants aident
Catégorie 15	clarification du contrat avec intervenants
Catégorie 13	plan de soins refait
Catégorie 20	amélioration de l'état du client

Les pages qui suivent comprennent une description plus détaillée des activités et des observations du *case manager*.

## *Les activités et les observations du case manager*

C'est la catégorie 17 “ injections, médicaments, soins donnés, examen, vêtements et nourriture donnés, etc. ” qui est notée le plus souvent, suivie de très près de la catégorie 23 “ visite au client où qu'il se trouve ou visite au sujet du client ”. Ces deux catégories sont des signes très tangibles d'actes qui aident directement le client et que ce dernier peut identifier. Évidemment, cette catégorie 23 est associée étroitement au *reaching out* quoique la catégorie 3 “ cherche le client ” soit clairement seulement du *reaching out*.

La catégorie 8 “ le contrat avec le client ” est aussi une catégorie importante surtout pour les clients qui coopèrent moins bien. Le contrat signifie que le *case manager* et le client s'engagent chacun de leur côté à poser certains actes. Le contrat prend souvent la forme d'un engagement que le client prend tel qu'accepter d'avoir une injection avant d'avoir son chèque de bien-être social ou de l'argent qui vient du chèque de bien-être social. Il s'engage à accepter les règles d'un foyer telles que ne pas faire de bruit, ne pas prendre d'alcool. Le *case manager* doit constamment rappeler au client sa participation dans le contrat auquel il s'est engagé.

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

Les trois catégories suivantes pourraient être regroupées dans une seule; il s'agit de la catégorie 22 “ recherche d'information par le *case manager* ”. Cette catégorie est omniprésente au début de l'intervention auprès des sujets. La catégorie 12, “ contrat avec intervenants d'autres ressources ”, comprend aussi une certaine part de recherche de renseignements. La catégorie 2, “ discussion avec d'autres professionnels ou intervenants pour établir un plan de soins ”, contient aussi un échange de renseignements.

Les catégories 3, “ cherche le client ” et 5, “ mauvaise collaboration du client ”, sont surtout notées au début de la relation.

Il est intéressant de noter que la catégorie suivante en ordre de fréquence soit la 25, “ manque de collaboration d'autres institutions qui ont eu ou ont quelque chose à faire avec le

sujet ” est la dixième des 26 catégories. Il s'agit parfois d'une référence à la Charte des droits de la personne pour indiquer que l'on ne peut donner de l'information. D'autres fois, c'est un intervenant qui ne retourne jamais les appels. D'autres fois encore, on répond que l'on ne sait pas et que l'on n'a pas le temps de chercher l'information. Le manque de collaboration survient rarement avec les ressources qui s'occupent de personnes itinérantes mais plutôt avec de grandes institutions comme les hôpitaux ou celles du système judiciaire. Il faut ajouter ici que c'est cette catégorie 25 et la catégorie 21 qui créent le plus de frustration chez le *case manager* (laquelle correspond à la catégorie 10). Cette catégorie 21 (Curatelle, police, prison, la cour) crée un sentiment d'impuissance, “ que peut-on faire devant la puissante loi qui n'aide ni les malades, ni les intervenants? ” se demande le *case manager*. La catégorie 25 semble susciter un sentiment d'indignation mêlée à de la frustration. On peut se demander comment des professionnels dont le rôle est d'aider des clientèles fragiles et qui devraient comprendre la situation de ces gens peuvent être aussi indifférents ou insensibles? Peut-être se sentent-ils aussi impuissants que le *case manager*? La catégorie suivante, 1, “ offre de services, de médicaments ”, intervient surtout dans les premiers mois de la relation.

Les démarches pour le bien-être social, pour trouver une chambre (catégorie 16), des négociations avec le client (catégorie 7) et la bonne collaboration du client (catégorie 6) sont notées le même nombre de fois, soit 11.

Les autres catégories dans un ordre décroissant sont la catégorie 14 : “ plusieurs intervenants aident ”, répartie également chez tous les sujets, la catégorie 15, “ clarification du contrat avec intervenants ”, aussi répartie également chez tous les sujets et la catégorie 13, “ plan refait ”, notée seulement chez deux sujets.

Les autres catégories sont notées peu souvent (4, 9, 11, 18, 19, 24, 26); on a l'impression qu'elles sont sous-jacentes à beaucoup d'autres catégories, (ex : 9 et 19).

La catégorie 20, “ amélioration ”, découle de la lecture du journal de bord chez les sujets suivis depuis cinq mois. La situation d'un sujet, une femme, est déjà améliorée au quatrième mois de *case management*. C'est auprès d'elle que le nombre d'interventions est le plus élevé au premier mois.

#### 8.4.3 La description des activités et des observations du *case manager* de décembre 1995 à mai 1996

Dans la deuxième partie de l'étude, les journaux de bord de quatre des sept personnes choisies au début sont analysés; une personne est en prison, une personne est à l'hôpital et une est partie à Vancouver. Nous ne noterons ici que les changements dans le type d'intervention auprès des clients.

Les quatre sujets sont différents. Une cliente, celle chez qui on note le plus d'amélioration, reçoit du soutien et de l'approbation pour aller vers un centre d'artisanat; un autre plan d'intervention est établi pour elle. Quant aux trois autres sujets, le travail est intensif : recherche de chambres ou de foyers d'accueil, négociation constante pour la gestion de l'argent et pour la médication, et surtout plusieurs visites à deux clients dont l'un est à l'hôpital et l'autre requiert une évaluation et des soins à cause de son incapacité à marcher et de sa condition physique qui s'aggrave. Il faut noter que deux clients appellent le *case manager* et l'autre vient régulièrement au CLSC. En d'autres mots, il n'y a plus de *reaching out* comme au début. Les clients sont en confiance non seulement avec le trio formé par l'infirmier, le travailleur social et le psychiatre ou omnipraticien de l'Équipe Itinérance mais aussi avec d'autres membres de cette équipe. On note une collaboration très étroite avec un centre de jour qui continue l'action de l'équipe auprès de deux clients.

#### 8.4.4 Le journal de bord général

Le journal de bord général contient des renseignements que l'on peut regrouper sous quatre thèmes : a) des rencontres avec des ressources du milieu ainsi que les psychiatres-parrains pour expliquer le projet, pour échanger de l'information au sujet de certains clients et se mettre d'accord sur des lignes de conduite; b) des rencontres entre les membres de l'équipe du projet et l'Équipe Itinérance pour se soutenir, s'entraider et pour discuter de questions qui préoccupent toute l'équipe telles que les effets de leurs services, jusqu'où faut-il faire du *reaching out*, comment éviter qu'un client retourne à la rue, le maintien de l'itinérance par les services, les soupes populaires, les refuges, etc.; c) des rencontres de clients sur la rue ou dans les refuges à l'occasion de visites pour un individu particulier; d) des réflexions de certaines personnes, des intervenants, qui se vident le cœur en présence du *case manager* devant le peu d'efficacité du système qui encourage “ la porte tournante ”.

## 8.5 Les résultats de l'évaluation des clients

L'infirmier a rempli, en décembre 1995, les échelles de l'évaluation des clients pour les 14 sujets qu'il suivait intensément. Un client était alors à l'Institut Philippe Pinel; les renseignements à son sujet sont donc limités. Un autre sujet était à l'hôpital. Les tableaux qui présentent les résultats relatifs à ces échelles se retrouvent à l'appendice K. L'infirmier a de nouveau complété les mêmes échelles en mai 1996. Nous ne reprendrons pas ces tableaux mais nous indiquerons les changements survenus depuis décembre 1995.

### 8.5.1 L'évaluation en décembre 1995

#### *Les phénomènes psychiques*

Les six énoncés de cette section ont chacun une échelle de cinq points de “ toujours ” à “ jamais ” qui traite de concentration, de mémoire, de cohérence, de suite dans les idées, d'hallucinations et d'idées de persécution. Aucun sujet ne se situe au niveau le plus grave soit 5; de deux à neuf sujets se situent aux niveaux 4 et 3 (souvent). C'est au sujet de la difficulté à se concentrer (sept sujets) et des idées de persécution (neuf sujets) que l'on trouve le plus grand nombre de sujets aux points 4 et 3 (souvent). Les quatre énoncés suivants font référence à des phénomènes émotionnels tels que la tristesse, la solitude, le manque d'intérêt pour des personnes ou des activités et l'irritabilité. Neuf sujets sont facilement contrariés ou prêts à se fâcher; ils se situent aux niveaux 4 et 3 (souvent). Huit sujets se sentent “ toujours ” ou “ souvent ” seuls et huit ont “ souvent ” l'air triste et découragé. Sept sujets se situent aux points 1 (jamais) et 2 (peu) de l'énoncé “ manifeste peu d'intérêt pour des personnes ou des choses ”, ce qui indique un certain intérêt pour des activités sociales.

Quant aux manifestations dites “ psychosomatiques ”, on note que sept sujets sont codés aux points 3 et 4 (souvent) à l'item nervosité et anxiété et également sept sujets se situent aux points 2 et 1 (peu) sur ce même item. L'infirmier note de l'agitation psychomotrice marquée chez six sujets, également six sujets se plaignent “ souvent ” et “ très souvent ” de divers malaises.

#### *La condition physique*

Concernant la condition physique des clients, l'infirmier note peu de choses. Six sujets ont “ souvent ” (4) et “ parfois ” (2) des problèmes de pieds. Six ou sept sujets auraient “ parfois ” ou “ souvent ” des maux de tête, des problèmes de peau, des problèmes gastro-intestinaux et des signes extra-pyramidaux. Aux huit items de cette échelle, il y a de six à douze sujets pour lesquels on note “ ne sais pas ”. On peut se demander si l'infirmier est si préoccupé par la condition psychique qu'il ne voit pas les autres problèmes de santé? Ou bien les sujets seraient-ils habitués à leur condition et ils n'en parleraient pas? Ou ils n'auraient tout simplement pas beaucoup de problèmes de santé?

### *Les habiletés de vie autonome*

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

- 12 sujets manifestent le désir de vivre en chambre ou en logement (N = 12);
- 10 sujets ne veulent pas travailler; par contre, deux sujets voudraient travailler (N = 12);
- 10 sujets ont plutôt des signes d'hygiène personnelle (N = 14) et six une tenue vestimentaire acceptable (N = 13);
- 9 sujets se déplacent seuls dans la région de Montréal (N = 13);
- 8 parviennent à s'alimenter convenablement (N = 13);
- 9 sont incapables d'organiser leur vie (N = 14);
- 12 sujets ne peuvent administrer leurs finances adéquatement (N = 12).

### *Le fonctionnement social*

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

### *Les crises et la consommation de drogues*

De façon générale, les sujets font peu de crises. Six sujets ne suivent pas les règles de la résidence (2 “ souvent ” et 4 “ quelquefois ”). Selon l'intervenant du refuge, quatre sujets feraient

“quelquefois” des colères; les quatre mêmes sujets dérangent “quelquefois” beaucoup de personnes dans le refuge. C'est aux items “alcool, drogues et état d'ébriété” que l'on observe des entrées dans la colonne “souvent” soit 2, 3 et 3 sujets.

### *La résidence*

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

### *La collaboration au traitement*

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

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

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

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

#### 8.5.2 L'évaluation en mai 1996

Cinq mois après l'évaluation de décembre, soit en mai 1996, nous avons recueilli des données sur 13 sujets au lieu de 14 parce que l'un d'entre eux est parti à Vancouver. Une patiente est morte en mars mais l'infirmier a pu compléter les échelles. Un sujet est toujours à l'Institut Philippe Pinel. L'infirmier a peu de données sur lui, même s'il laisse le dossier ouvert.

#### *L'état clinique - psychique et physique*

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

Le nombre de problèmes de santé physique a grandement augmenté chez tous les sujets. Certains ont maintenant des diagnostics qui n'étaient pas notés en décembre. Les problèmes physiques sont-ils réellement plus nombreux? Comme les clients sont mieux connus et plus

apprivoisés, et que leurs comportements destructeurs semblent contrôlés, il se pourrait que le *case manager* ou la personne elle-même voit mieux les problèmes physiques. Le fait qu'une patiente soit décédée d'un infarctus du myocarde au foyer d'accueil après des visites à l'urgence et une hospitalisation de deux jours et un diagnostic de " pas de problème " indique peut-être qu'il faut prendre plus au sérieux les problèmes physiques des personnes itinérantes. Le journal de bord présente d'ailleurs un *case manager* qui sent que " les choses vont mal " et qui pousse, sans succès, sur le système pour avoir de l'aide pour cette patiente.

### *Les habiletés de vie autonome*

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

### *Le fonctionnement social, les crises et les drogues*

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

### *La résidence*

On note encore peu de changement quoiqu'un plus grand nombre de sujets ont une chambre, du moins pour quelques mois.

### *La collaboration au traitement*

Sur l'échelle de 11 items, on note une amélioration à cinq d'entre eux. Parfois, on passe d'une absence de collaboration en décembre, à la cote 3 ou 4 (" souvent ") en avril. Il reste toutefois trois irréductibles. On semble voir ici l'effet du *reaching out*, des efforts pour gagner la confiance et du contrat.

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

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

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

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

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

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

### *Le travail auprès des personnes itinérantes*

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

Ces personnes sont référées pour toutes sortes de raisons telles que des besoins primaires non comblés, des problèmes de santé mentale, des situations de crise, des “ causes désespérées ”, etc.

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

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

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

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

*manager*. Enfin, les limites imposées par la Loi sur la protection du malade mental sont majeures en ce sens que les professionnels en psychiatrie ne peuvent agir comme ils voudraient pour aider l'individu qui refuse tout traitement.

D'un commun accord, c'est le travail d'équipe et en réseau qui facilite le plus la tâche du *case manager*. Les refuges et les centres qui accueillent les clients et essaient de les aider sont d'un précieux secours pour l'équipe.

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

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

#### *Le travail avec les ressources communautaires*

Les contacts avec les ressources sont fréquents. Il faut se rappeler que nous ne traitons ici que des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux et en période de crise. De plus, une infirmière de l'Équipe Itinérance visite régulièrement les ressources chaque semaine, de sorte que le *case manager* va dans ces organismes lorsque nécessaire. Les contacts sont très informels, parfois les intervenants appellent mais plus souvent c'est le *case manager* qui le fait pour avoir des nouvelles des clients qu'il suit afin d'assurer la continuité de leurs soins. L'équipe de *case managers* voudrait consacrer plus de temps aux ressources mais, faute de temps, elle doit limiter ses visites.

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

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

Les relations que les *case managers* entretiennent avec les intervenants des ressources communautaires et la collaboration qui s'établit entre eux sont fondamentales dans les services aux personnes itinérantes. S'entendre avec eux, établir un consensus sur la façon dont on va s'occuper de quelqu'un, des réunions pour discuter de collaboration, faire un plan de soins commun, faire comprendre la dynamique d'une situation, donner un cours intensif en intervention, une forme de supervision, donner du soutien font partie de la liste des moyens prioritaires. Tout ce que le *case manager* fait pour améliorer l'état du client et prévenir des problèmes, particulièrement chez les patients difficiles (médicaments, rendez-vous, cartes de B.E.S., de la Régie, démarches auprès de divers services, soins, réponse rapide aux demandes, accompagner un patient dans les dédales des consultations externes et du système judiciaire) donne du soutien et de l'encouragement aux intervenants. Les intervenants ont besoin d'une oreille attentive quand ils se “ vident le coeur ” au sujet du “ système ”. En résumé, les bonnes relations avec les ressources dépendent de l'aide que l'équipe procure aux clients et de la formation qu'elle donne aux intervenants.

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

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

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

### *Le travail avec l'Équipe Itinérance*

C'est l'unanimité. Il ne peut y avoir de travail efficace de *case management* sans l'appui d'une équipe plus large, composée de plusieurs types de professionnels. Comme les personnes itinérantes présentent des problèmes complexes, des multidiagnostics, des difficultés de toutes sortes, il faut plusieurs personnes avec des compétences variées pour les aider. L'équipe permet la continuité dans les soins, de l'entraide de différentes façons, du soutien au professionnel, le *case manager*, qui parfois aurait tendance à se décourager. Chacun dans l'Équipe Itinérance détermine

quel rôle il va jouer, chacun contribue à l'élaboration d'objectifs à poursuivre au niveau de l'Équipe et par rapport à un client difficile. Les professionnels se donnent des conseils et partagent leurs perceptions de l'orientation de l'Équipe. On note que les deux membres de l'équipe du projet forment une paire comme deux doigts de la main. Il y a beaucoup de zones grises quand ils sont sur le terrain, mais chacun sait ce qu'il a à faire et comment le faire et l'un sait surtout qu'il peut compter sur l'autre s'il est en panne et vice-versa.

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

#### *Commentaires généraux des deux membres de l'équipe*

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

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

Au sujet de la résidence des personnes itinérantes, les membres de l'équipe en viennent à la conclusion qu'il devrait y avoir des centres de jour plus encadrés où les personnes sont occupées à faire des choses qui les intéressent, de l'ergothérapie par exemple. “ Le problème fondamental de

l'itinérant, c'est l'ennui, la solitude. Il est seul! C'est épouvantable en fin de semaine, il n'a pas d'endroit où aller.” Selon eux, il faut aussi des résidences permanentes supervisées, des foyers d'accueil avec des restrictions pour les comportements inacceptables. Enfin, il faut une forme d'“ asile ” et non la prison. Il faut l'asile pour les plus malades, pour les soigner, les protéger, les encadrer et leur donner une médication et une thérapie appropriées pour une période de temps requise par leur condition.

### **8.7 L'opinion de l'Équipe Itinérance**

Les membres de l'Équipe Itinérance (environ 10 personnes) ont donné leur opinion sur le service à la population-cible. Ils contestent l'opinion populaire que l'itinérance soit un choix, c'est plutôt une conséquence de la maladie de même que l'idée qu'il faille laisser les itinérants vivre leur folie en liberté, s'ils ne dérangent pas. Selon eux, ceux qui souffrent de maladie mentale ont besoin de soins. Le présent système n'est pas adapté à cette population. Il est important à l'heure actuelle de ne pas fermer trop de lits. Il faut en garder pour cette population qu'on peut réussir à “ amadouer ” et à soigner adéquatement sans les renvoyer rapidement à la rue.

Il faut créer un réseau de services intégrés pour cette population et développer le suivi et la liaison avec l'Équipe Itinérance. On n'appuiera jamais assez sur l'importance de la liaison entre les ressources et l'Équipe Itinérance. Il n'est probablement pas nécessaire de créer de nouvelles ressources mais plutôt de modifier ou d'élargir le rôle de certaines. On propose de rendre permanent le service du *case management* et d'augmenter le nombre de professionnels qui font le *case management*, de garder des lits pour cette population (environ 15), et de faire d'une ressource (le centre d'accueil Préfontaine) une urgence alternative.

### **8.8 L'évaluation du *case management* par des ressources communautaires et des institutions**

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

Les tableaux qui suivent (tableaux 8.3 à 8.6) présentent les données de l'évaluation du *case management* faite par les neuf ressources communautaires et institutions. Les sujets traités sont :

l'aide donnée par l'équipe du projet, la satisfaction des répondants relative aux services reçus, la contribution du *case management* à l'amélioration de la condition des personnes itinérantes et du fonctionnement des services et l'évaluation globale du *case management*. Par la suite, nous présentons certaines remarques des répondants relatives à ces sujets.

**Tableau 8.3**  
Aide donnée par l'équipe (N = 9)

<b>Personnes</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Aide reçue de l'équipe pour personnes itinérantes	9	-
Plus d'aide requise pour certaines personnes itinérantes	3	6

**Tableau 8.4**  
Satisfaction des répondants (N = 9)

<b>Sujets traités / Niveau de satisfaction</b>	<b>Élevé *</b>	<b>Moyen</b>	<b>Faible**</b>
Disponibilité de l'équipe	8	1	-
Facilité des contacts	8	1	-
Communication au sujet des personnes itinérantes	8	-	1
Services de <i>case management</i> offerts	7	1	1
Qualité des interventions	7	2	-
Soutien aux personnes itinérantes suivies	7	2	-
Soutien aux intervenants	7	1	1

\* comprend “ très élevé ”

\*\* comprend “ très faible ”

**Tableau 8.5**  
Contribution du *case management* à l'amélioration de la condition des  
personnes itinérantes et des services (N = 9)

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

\* Comprend la cote “ aucunement ”

**Tableau 8.6**  
Évaluation globale du *case management* (N = 9)

<b>Activités du <i>case management</i></b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Répondent à nos attentes	7	2
Sont adaptées aux personnes itinérantes	8	1
Sont adaptées à la réalité de la ressource	8	-
Sont bénéfiques pour la ressource	8	1
Doivent être poursuivies et développées	8	-

Toutes les institutions ont grandement apprécié les services de l'équipe du projet, particulièrement en ce qui a trait à l'aide donnée aux personnes itinérantes. Les personnes qui présentent des “ multiples problèmes tels que la schizophrénie, l'abus de drogues et d'alcool et qui se désorganisent constamment ” leur créent beaucoup de difficultés. Un intervenant manifeste son appréciation : “ ils ont réussi à stabiliser et à suivre des personnes dont la seule alternative était l'hôpital ou la prison ”.

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

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

On note de l'insatisfaction face aux services actuels des centres hospitaliers surtout en ce qui a trait aux renseignements donnés aux ressources, à l'organisation d'un suivi, à la création de liens avec la clientèle. Toutefois, certains hôpitaux collaboreraient davantage que d'autres (voir tableau 8.7).

**Tableau 8.7**  
Les services de l'urgence psychiatrique (N = 9)

<b>Opinions sur les services de l'urgence</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui et Non</b>	<b>Non</b>	<b>nsp</b>
Personnes itinérantes en meilleur état après le traitement à l'urgence	4	2	2	1
Renseignements et soutien nécessaires pour poursuivre le traitement	1	2	4	2
Après le service, les personnes itinérantes peuvent réintégrer la ressource communautaire	6	1	1	1

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

Il faut noter que les neuf intervenants qui ont répondu au questionnaire sont probablement les plus positifs envers le *case management*. Quelle est l'opinion des six autres? Il se pourrait qu'ils aient eu moins de contacts avec l'équipe du projet ou avec des clients suivis par le *case manager*, et ils auraient préféré ne pas répondre au questionnaire, se sentant moins concernés. Les suggestions faites par les répondants rejoignent celles des membres de l'équipe du projet et de l'Équipe Itinérance. Il semble que l'amélioration de la qualité de vie des personnes itinérantes dont il est question dans le texte passe par l'amélioration de la résidence et du milieu de vie.

## **8.9 La discussion**

Nous avons décrit sommairement le *case management* dans le but d'avoir une meilleure connaissance des interventions directes auprès des personnes itinérantes en difficulté. Cette

description donne également une image des comportements de ces personnes itinérantes tels que de la méfiance, de l'impatience, du manque de maturité, de la difficulté à fonctionner dans plusieurs sphères de la vie. Elles n'ont pas de réseau social autre que les intervenants dans les ressources, elles n'ont pas non plus le désir de travailler et elles semblent incapables de gérer leurs finances; même dans un refuge de 100 personnes, elles sont seules.

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

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

Les données recueillies auprès des intervenants des ressources et des institutions indiquent leur besoin de formation pour prendre soin de ces personnes, surtout pour imposer des limites et gérer les crises. Le temps limité des membres de l'équipe du projet-pilote n'a pas permis ce type d'intervention. Toute mise en place du *case management* de façon permanente devra tenir compte de cet élément. Les données recueillies démontrent aussi la nécessité de relations étroites entre tous les intervenants dans le réseau, que ce soit l'Équipe Itinérance, les ressources communautaires ou les institutions appelées à intervenir auprès des personnes itinérantes telles que les hôpitaux, les prisons, la Curatelle, Urgences-Santé et les policiers. La Loi sur la protection du malade mental demeure une embûche qui entrave le travail des professionnels et, conséquemment, celui des intervenants dans les ressources, des policiers et des ambulanciers d'Urgences-Santé. Des modifications devraient y être apportées pour améliorer le traitement des plus grands malades.

C'est d'une voix unanime que tous veulent que le *case management* continue et soit développé davantage afin d'élaborer de nouveaux modes d'intervention bien adaptés à cette

population. C'est aussi le désir clairement exprimé par tous les répondants que des solutions soient apportées au problème de la résidence des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. On suggère des centres de jour qui pourraient faire de la réinsertion sociale et des résidences supervisées où les personnes seraient encadrées et amenées à poursuivre des activités qui les intéressent. On pense que certaines ressources communautaires pourraient envisager d'adapter leur mission dans ce but sans que l'on ait à créer de nouvelles ressources.

L'étude de l'intervention de *case management* et les réflexions des professionnels et des intervenants soulèvent bien des questions. Le *case management* peut améliorer la condition de certaines personnes itinérantes mais pour combien de temps dans le système actuel. Peut-on maintenir ces acquis en l'absence de ressources communautaires et de milieux de vie adaptés aux besoins de cette population? Comme on l'a vu, le *case management* comprend un ensemble d'activités menées dans le cadre d'une approche d'acceptation inconditionnelle de la personne (et non des comportements perturbateurs). Le *case manager* est un gérant des services que la personne itinérante requiert, c'est une sorte d'ange gardien. Les personnes itinérantes traitées ici souffrent de troubles mentaux, alors quelle thérapie est appropriée pour eux? Après qu'on leur a donné de la nourriture, des médicaments, des vêtements et qu'on leur a trouvé une chambre ou une pension acceptable, après qu'on a soigné leurs plaies, après tous ces services, peut-on ou doit-on les engager dans un processus thérapeutique qui leur permettra de résoudre leurs problèmes et de réorienter leur vie? Les services psychiatriques actuels peuvent-ils atteindre cet objectif? Une autre question est posée à l'Équipe Itinérance. Si les services aux personnes itinérantes sont si adéquats et de qualité, en d'autres mots, si la vie de l'itinérance est rendue "endurable", n'y a-t-il pas un danger de maintenir ces personnes dans l'itinérance et de les empêcher de s'en sortir? Il nous semble primordial que tout programme de *case management* définisse clairement quels objectifs il poursuit et quels résultats il espère obtenir.

#### 8.9.1 Les éléments de base du *case management*

En guise de conclusion, nous croyons utile de présenter les grandes lignes du *case management* vécu dans le projet et enrichi des suggestions de divers intervenants, professionnels et auteurs. Le *case management* doit comprendre une certaine analyse de la personne itinérante qui souffre de problèmes psychiatriques sévères et persistants : ce qui la caractérise, comment elle est différente d'autres personnes itinérantes, quels sont ses besoins d'aide, sa motivation, son potentiel, etc. Le *case management* comprend aussi un énoncé sur la santé et le bien-être de la personne itinérante souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Quels objectifs le *case management*

poursuit-il quant à sa santé? quant à son état de bien-être? quant à sa qualité de vie? Quel niveau de qualité de vie peut-on espérer pour lui?

Une troisième dimension du *case management* se rapporte au contexte dans lequel vit la personne itinérante malade psychiatrique. Il est question ici de son environnement humain et physique : la famille qui ne semble plus exister, les refuges, les centres, la rue, les salles d'attentes des urgences et d'autres institutions, l'absence de territoire personnel, etc. Comment la personne itinérante se situe-t-elle dans ces milieux? Sur quels paramètres de l'environnement faut-il agir? La quatrième dimension fait référence aux interventions, au processus du *case management* comme tel. Ce processus suit certaines étapes dont la première peut se résumer au *reaching out*, à l'offre d'aide et aux soins relatifs aux besoins primaires tels que la nourriture, un toit, la diminution de la douleur, et des ressources financières pour subsister. Ces actions permettent l'établissement de la confiance sur laquelle reposent les autres étapes du *case management*; comme chez Cohen et Tsemberis (1991), ces actions du *case manager* sont présentes dès l'entrée dans le projet. La deuxième étape est omniprésente tout au long du processus, c'est l'évaluation continue des besoins d'aide du client qui vont changer avec son évolution. Il faut noter que le *case manager* se préoccupe d'abord des besoins d'aide ou des demandes du client plutôt que des besoins qu'il voit chez le client.

Le contrat est un élément fondamental du *case management*. Il engage le *case manager* et la personne itinérante dans un plan d'action où les rôles de chacun sont définis. Ce plan comprend aussi les rôles que joueront les membres de l'Équipe Itinérance et les intervenants dans les ressources et les institutions. Le contrat est clair et il est respecté par tous. Il implique la nécessité d'une collaboration étroite, constante et continue entre tous les intervenants auprès de la personne itinérante. Dans une quatrième étape, la personne itinérante collabore de plus en plus à son plan de service et elle est amenée à prendre de plus en plus de décisions par rapport à ses soins et à ses responsabilités. Tout ce processus est marqué par la flexibilité, la continuité, l'honnêteté dans les relations personne itinérante-*case manager* et par la persévérance. La persistance dans l'intervention auprès du client, ce que Jezewsky (1995) nomme *staying connected*, est la clé du succès. C'est une sorte de *reaching out* continu, de recommencement auprès de la personne itinérante et auprès des services qui peuvent aider la personne itinérante. C'est ce que l'on pourrait traduire par “ il faut rester connecté dans tout le système si on veut avoir les appuis nécessaires pour défendre la personne itinérante ”.

Une phrase du *case manager* résume bien le *case management* avec les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, “ c'est un système de petits pas, de balises et de réévaluation constante ”.



## CONCLUSION

Tel que prévu, ce projet nous a permis de mieux cerner le phénomène de la fréquentation du réseau des 14 urgences psychiatriques de garde par les personnes itinérantes et de mener deux expériences-pilotes de nouvelles approches d'intervention en vue d'améliorer les services et la condition des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants qui vivent dans la communauté et ne reçoivent pas les soins que leur état nécessite. La recherche apporte des connaissances nouvelles. D'une part, elle constitue la première évaluation de l'ensemble du système des urgences psychiatriques de garde pour les personnes itinérantes depuis sa mise en place, en janvier 1992, dans le cadre du Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A. D'autre part, elle livre la perception du phénomène de l'ensemble des intervenants qui dispensent ces services.

L'étude de la situation des personnes prises en charge par les *case managers*, de même que l'enquête de fréquentation et les entrevues dressent le profil de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, lourdement handicapées, désorganisées, démunies au plan du logement, du revenu, de la capacité à administrer leurs biens de même qu'au plan social, sans réseau de soutien significatif, souvent toxicomanes, récalcitrantes aux soins et souffrant de troubles de comportement. L'étude de la clientèle des urgences psychiatriques de garde indique que la très grande majorité des personnes n'ayant pas d'adresse fixe sur l'île de Montréal correspond à cette population-cible de même qu'une bonne partie de celles ayant une adresse à l'extérieur de l'île. Elle établit ensuite que très peu de personnes itinérantes fréquentent l'urgence psychiatrique de garde. Cette fréquentation est circonscrite à la semaine de garde et concerne des personnes différentes, le plus souvent inconnues de l'établissement, dont la grande majorité est amenée par Urgences-Santé et les policiers sur une base involontaire. L'analyse de la fréquentation suggère que plusieurs facteurs concourent pour qu'une faible partie de la population-cible fréquente les urgences psychiatriques de garde et que celle-ci concerne surtout les personnes qui perturbent l'environnement par leurs comportements violents, étranges, caractéristiques d'une crise ou d'un abus d'alcool ou de drogues.

L'enquête et les entrevues établissent clairement les limites des urgences psychiatriques de garde pour répondre aux besoins de soins de la population-cible en l'absence de services psychiatriques réguliers et de logements adaptés dans la communauté. Malgré qu'elles constituent la seule ressource disponible en cas de difficulté ou de crises, le mandat des urgences psychiatriques, leur nombre élevé et leur dispersion sur l'île, les lois qui encadrent leur pratique et les moyens à leur disposition font en sorte qu'elles ne peuvent répondre aux attentes de la communauté. Tandis que les intervenants communautaires, les ambulanciers et les policiers manifestent une grande insatisfaction face aux services des urgences de garde, les professionnels font état d'utilisation dysfonctionnelle de leurs services, notamment dans le cas de troubles mentaux chroniques non urgents ou de troubles mentaux associés à la toxicomanie. Ces résultats soulèvent la question des ressources disponibles pour cette population dans la communauté et celle des approches adaptées aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants récalcitrantes aux soins, considérées comme pas assez malades, toxicomanes ou souffrant de troubles de personnalité ou de comportement. L'enquête met en lumière l'importance des ressources communautaires pour personnes itinérantes, particulièrement pour le groupe de l'île de Montréal. L'expérience de *case management* révèle l'importance fondamentale des conditions de vie des personnes itinérantes qu'on veut aider, notamment le fait d'avoir un toit et un revenu. Or, le

plus souvent, les organismes communautaires leur assurent ces conditions et leur offrent le soutien en remplacement d'une famille ou d'un réseau de soutien inexistant.

L'évaluation du projet de maillage représente une piste intéressante de collaboration entre les urgences psychiatriques et l'Équipe Itinérance mais elle ne saurait apporter une solution valable à la discontinuité des soins, au manque de renseignements sur la clientèle et à l'utilisation dysfonctionnelle des urgences psychiatriques. L'expérience-pilote de *case management*, quant à elle, s'avère concluante malgré sa courte durée et les ressources limitées qui y furent affectées. L'évaluation de l'expérience confirme que l'approche a permis d'améliorer la condition des sujets, leur collaboration aux soins et a facilité le travail des intervenants des ressources communautaires et des institutions concernées. Les *case managers* ont réussi à apprivoiser les personnes et à entreprendre des démarches de soins psychiatriques et de réinsertion sociale. L'approche globale qu'elle permet par son intervention multidisciplinaire s'avère prometteuse pour la population-cible.

Les intervenants préconisent de modifier le système des urgences psychiatriques de garde en diminuant le nombre des urgences, en les centralisant au centre-ville et en les dotant d'équipes spécialisées responsables aussi du suivi des soins. Ils suggèrent l'adoption d'une approche d'*outreach* et de *case management* dans la communauté comme façon de rejoindre la population-cible et de faciliter son accès aux soins de santé et aux services sociaux. Ils recommandent le développement de ressources d'hébergement à moyen terme avec encadrement et de ressources d'hébergement pour les toxicomanes refusés dans les ressources existantes. Ils proposent aussi de clarifier et d'assouplir la *Loi sur la protection du malade mental* et la mise sur pied d'un fichier central sur la clientèle itinérante respectant la confidentialité. Les intervenants privilégient donc une approche spécifique de cette population démunie et restreinte, s'appuyant sur le développement de services et de ressources dans la communauté, plus particulièrement au centre-ville qui constitue leur milieu d'appartenance. Ces propositions très pertinentes en regard des nombreuses lacunes identifiées dans le système des soins psychiatriques sont reprises dans les recommandations qui suivent.

## **Recommandations**

À partir des propositions des intervenants et des conclusions du projet, nous formulons un certain nombre de recommandations afin de répondre à la question de départ : comment améliorer l'intervention auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, vivant en milieu ouvert, qui sont en crise ou en difficulté? Nous traiterons d'abord de l'approche d'intervention et ensuite des services et des ressources à mettre en place.

### *L'approche d'intervention*

Nous partageons l'approche psychosociale mise de l'avant par le Comité aviseur itinérance multiproblématique qui propose une vision d'ensemble des besoins de la personne et une approche multidisciplinaire qui vise à aider la personne à reprendre du pouvoir sur elle-même et sur son environnement. L'intervention d'*outreach* et de *case management* que nous préconisons se fonde sur les besoins concrets de la personne et vise sa réinsertion sociale et sa qualité de vie compte tenu de son handicap. Nous croyons que la société doit faciliter l'accès à la population-cible aux soins et aux services dont elle a besoin et mettre en place des services spécialisés nécessaires pour pallier aux insuffisances des services réguliers. Enfin, l'intervention auprès de cette population doit être concertée, coordonnée, offrir toute la gamme de services requis et impliquer de façon active tous les acteurs concernés.

## *Les services et les ressources*

### Compte tenu :

- du mandat des urgences psychiatriques de répondre aux situations d'urgence psychiatrique,
- de l'absence quasi complète de services psychiatriques dans la communauté pour la population-cible,
- de la nécessité de développer de tels services pour prévenir leur utilisation de l'urgence et pour leur assurer un suivi des soins après une hospitalisation ou des traitements dispensés à l'hôpital,
- des diverses barrières à leur accès aux soins que ce soit leur méfiance, leur refus des soins, la présence de toxicomanie, de troubles de comportement, les contraintes légales, l'organisation des services, l'attitude des professionnels et les autres raisons qui font que la population-cible ne reçoit pas les soins psychiatriques dont elle a besoin,
- du fait que celle-ci n'a souvent pas les préalables pour utiliser les services de santé réguliers,
- de la faible fréquentation des urgences de garde,
- et des propositions mises de l'avant par les intervenants.

### **Il est recommandé :**

- 1) de consolider et de développer les ressources et les services de soutien, d'encadrement, de suivi et de dépistage dispensés à la population-cible par les refuges et les centres de jour communautaires en suppléance à une famille et à un réseau de soutien inexistant de même que leur collaboration étroite avec l'Équipe Itinérance et les équipes des hôpitaux,
- 2) de développer un service permanent d'*outreach* et de *case management* dans la communauté, au sein de l'Équipe Itinérance, en vue de rejoindre la population-cible, de gagner sa confiance, de lui rendre accessible les soins de santé et les services sociaux de façon transitoire, de faire en sorte qu'elle soit en mesure de fréquenter à moyen terme les services réguliers du réseau, de soutenir les intervenants des ressources communautaires et de collaborer étroitement avec les hôpitaux et les psychiatres-parrains,
- 3) de développer en collaboration avec les ressources communautaires des ressources d'hébergement à moyen terme pour la population-cible offrant un encadrement et une stabilité afin de faciliter le suivi des soins et les démarches de réinsertion sociale,
- 4) de réduire à deux le nombre d'urgences psychiatriques desservant les personnes itinérantes, de les centraliser au centre-ville et de les doter chacune d'une équipe spécialisée en itinérance assurant en plus le suivi des soins dans la communauté en collaboration étroite avec les *case managers* de l'Équipe Itinérance et les intervenants des ressources communautaires,
- 5) d'appuyer la mise sur pied par le Regroupement des centres de réadaptation d'un service d'urgence à l'intention des personnes intoxiquées par l'alcool et les drogues,
- 6) de développer l'hébergement pour les personnes de la population-cible qui sont refusées dans les refuges à cause de leur toxicomanie et de leurs comportements, en collaboration avec ce Regroupement,
- 7) de développer des services de réadaptation pour la population-cible,

- 8) de regrouper l'ensemble de ces mesures dans un programme régional de services spécifiques et transitoires à la population-cible visant son accès aux soins de santé et aux services sociaux, son intégration à moyen terme dans les services réguliers et sa réinsertion sociale,
- 9) de privilégier dans la mise en place de ce programme la consolidation des ressources communautaires et institutionnelles du milieu desservant la population-cible, la collaboration étroite et la coordination de ces dernières avec les équipes spécialisées des deux hôpitaux du centre-ville et les services psychiatriques et sociaux réguliers.

Au moment où l'on s'apprête à fermer d'autres lits en psychiatrie, tous sont conscients qu'il est devenu urgent de développer les services et les ressources dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Parmi celles-ci, la situation des personnes itinérantes qui ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin est inacceptable. Pour certains auteurs cités au chapitre deux, elle illustre l'échec des services publics.

Afin de concrétiser ces propositions,

**il est recommandé :**

- 10) d'octroyer les argents nécessaires pour permettre :
  - aux ressources communautaires d'affecter le personnel requis pour dispenser leurs services à la population-cible,
  - d'engager deux infirmiers et deux travailleurs sociaux au sein de l'Équipe Itinérance et la mise sur pied du service permanent d'*outreach* et de *case management* le jour et le soir,
  - de développer les services d'hébergement à moyen terme avec encadrement pour la population-cible en collaboration avec les ressources communautaires,
  - la mise sur pied des deux équipes spécialisées d'urgence et de suivi psychiatrique dans deux hôpitaux du centre-ville et
  - la mise sur pied de services de réadaptation dans la communauté.

Nous pensons aussi que le programme régional de services spécifiques et transitoires dans la communauté devrait reposer sur le réseau restreint des intervenants impliqués, soit les ressources communautaires, l'Équipe Itinérance du CLSC et les deux équipes spécialisées des centres hospitaliers du centre-ville. Des mécanismes souples et efficaces de coordination et de collaboration étroite devraient être développés entre eux et avec les autres partenaires des services réguliers de santé, des services sociaux, d'Urgences-Santé et de la police. Dans quelle mesure les *case managers* pourraient-ils servir de personnes-ressources aux ambulanciers et aux policiers quand ils sont appelés à intervenir auprès des personnes itinérantes en situation de crise?

Parmi ceux-ci et compte tenu des recommandations qui précèdent,

**il est recommandé :**

- 11) d'étudier la faisabilité de la mise en place d'un fichier centralisé et confidentiel de la population-cible visant la continuité et la coordination des services dispensés par les intervenants du réseau restreint et des services réguliers.

Enfin, puisque les dispositions légales relatives à la dispensation des services psychiatriques par les équipes des urgences constituent une contrainte majeure aux dires de l'ensemble des intervenants, nous pensons que les membres du réseau restreint devraient dans un premier temps en clarifier l'interprétation et identifier comment l'intervention des *case managers* contribue à atténuer ce problème. Ensuite, si leur bilan le justifie,

**il est recommandé :**

- 12) de mener auprès de la population-cible une expérience-pilote d'élargissement de la notion de dangerosité " immédiate " pour la personne ou pour autrui, à celle de dangerosité " dans un avenir prévisible ", qui vise à concilier le respect des droits des personnes, leur accès aux soins et l'amélioration de leur qualité de vie; cette expérience devrait être encadrée par un comité aviseur représentant les milieux légal, médical, social et communautaire.



## BIBLIOGRAPHIE

- Arce, A. A., M. Tadlock, M. J. Vergrave et S. H. Shapiro. 1983. "A Psychiatric Profile of Street People Admitted to an Emergency Shelter". *Hospital and Community Psychiatry*, no 34, p. 812-817.
- 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.
- Bawden, E. L. 1990. "Reaching Out to the Chronically Mentally Ill Homeless". *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 28, no 3, p. 6-13.
- Belcher, John R. 1988. "Are Jails Replacing the Mental Health System for the Homeless Mentally Ill?". *Community Mental Health Journal*, vol. 24, no 3, p. 185-195.
- Brekke, J. S. 1987. "The Model-Guided Method for Monitoring Program Implementation". *Evaluation Review*, vol. 11, no 3, p. 281-299.
- Burns, Barbara J. et Alberto B. Santos. 1995. "Assertive Community Treatment : An Update of Randomized Trials". *Psychiatric Services*, vol. 46, no 7, p. 669-675.
- Bush, C. T. et al. 1990. "Operation Outreach : Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, no 6, p. 647-649.
- Butler Slagg, 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.
- Chamberlain, R. et C. A. Rapp. 1991. "A Decade of Case Management : A Methodological Review of Outcome Research". *Community Mental Health Journal*, vol. 27, no 3, p. 171-188.
- Cohen, 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 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 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 des sans-abri de la Ville de Montréal. 1987. *Vers une politique municipale pour les sans-abri*. Montréal : Ville de Montréal.
- Crowe, Cathy et Kathy Hardill. 1993. "Nursing Research and Political Change : The Street Health Report". *The Canadian Nurse*, vol. 89, no 1, p. 21-24.
- Cunnane, Edith, William Wyman, Ann Rotermant et Ruth Murray. 1995. "Innovative Programming in a Community Service Center". *Community Mental Health Journal*, vol. 31, no 2, p. 153-161.
- Diogène. 1994. *Rapport annuel 1er avril 1993 au 31 mars 1994*. Programme Intervention et recherche Psychocausés inc. Montréal.
- Dixon, Lisa B., Nancy Krauss, Eimer Kernan, Anthony F. Lehman et Bruce R. Deforge. 1995. "Modifying the PACT Model to Serve Homeless Persons With Severe Mental Illness". *Psychiatric Services*, vol. 46, no 684-688.
- Drake, Robert E. et Barbara J. Burns. 1995. "Special Section on Assertive Community Treatment : An Introduction". *Psychiatric Services*, vol. 46, no 7, p. 667-668.
- 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 Mercier Céline (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*, tome IV, p. 220-234.
- Goering, Paula N., Donald A. Wasylenki, Marianne Farkas, William J. Lancee et Ron Ballantyne. 1988. "What Difference Does Case Management Make?". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, no 3, p. 272-276.
- 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.
- Goldfinger, Stephen M. et Linda Chafetz. 1984. "Developing a Better Service Delivery System for the Homeless Mentally Ill". In *The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report*, (Sous la direction de) Richard H. Lamb, p. 91-108. Washington D.C. : The American Psychiatry Association.
- Gouvernement du Québec. 1993. *Le phénomène de l'itinérance au Québec. Protocole interministériel*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Hannapel, R., R. J. Cabsyn et G. A. Morse. 1989. "Mental Illness in Homeless Males : A Comparison of Shelter and Street Samples". *Journal of Community Psychology*, vol. 17, no 4, p. 304-310.
- Intagliata, J. 1982. "Improving the Quality of Care for the Chronically Mentally Disturbed : The Role of Case Management". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, no 4, p. 655-674.
- Jezewsky, M. A. 1995. "Staying Connected : The Core of Facilitating Health Care for Homeless Persons". *Public Health Nursing*, vol. 12, no 3, p. 203-210.
- Laberge, Danielle et Daphné Morin. 1995. "The Overuse of Criminal Justice Dispositions : Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems?". *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 18, no 4, p. 389-414.
- Lalonde, Pierre. 1988. *La schizophrénie expliquée*. Montréal : Gaétan Morin éd.
- Lamb, H. Richard et Robert W. Grant. 1983. "Mentally Ill Women in a County Jail". *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, p. 349-368.
- Lamb, R. H., L. 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.
- Lamb, Richard H. 1992. "Perspectives on Effective Advocacy for Homeless Mentally Ill Persons". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, no 12, p. 1209-1212.
- \_\_\_\_\_. 1990. "Will We Save the Homeless Mentally Ill?". *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, no 5, p. 649-651.
- 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.
- Lenniger, Madeleine M. 1995. *Qualitative Research Methods in Nursing*. New York : Grune & Stratton inc.
- 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.
- Marcos, Luis R., Neal L. Cohen, David Nardacci et Joan Brittain. 1990. "Psychiatry Takes to the Streets : The New York City Initiative for the Homeless Mentally Ill". *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, no 11, p. 1557-1561.
- Maurin, Judith T. 1990. "Case Management : Caring for Psychiatric Clients". *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 28, no 7, p. 7-12.
- Mercier, Céline et Guylaine Racine. 1995. "Case Management with Homeless Women : A Descriptive Study". *Community Mental Health Journal*, vol. 31, no 1, p. 25-36.
- 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.
- Migneault, Pierre et Pierre Verenka. 1993. "Pratiques psychiatriques auprès des patients itinérants et sans-abri : quelques leçons et pièges". *Le Clinicien*, vol. 8, no 11, p. 101-113.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1992. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. 1992. *Les sans-abris au Québec : étude exploratoire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mossman, Douglas et Michael L. Perlin. 1992. "Psychiatry and the Homeless Mentally III : A Reply to Dr Lamb". *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, no 7, p. 951-957.
- Nadeau, B. 1989. "Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire". *Santé mentale au Québec*, vol. 14, no 2, p. 51-59.
- Nadon, M, et C. Thibault. 1993. *Suivi systématique de clientèles*. Montréal : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- 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.
- Rog, D. J. et al. 1987. *Intensive Case Management for Persons Who Are Homeless and Mentally Ill : A Review of Community Support Program Efforts*. Washington, D.C. : Cosmos Corporation.
- Roth, Dee et Gerald J. Jr. Bean. 1986. "New Perspectives on Homelessness : Findings From a Statewide Epidemiological Study". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 7, p. 712-719.
- Solomon, Phyllis. 1992. "The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients". *Community Mental Health Journal*, vol. 28, p. 163-179.
- Surber, Robert W., Eleanor Dwyer, Katerine J. Ryan, Stephen M. Goldfinger et John T. Kelly. 1988. "Medical and Psychiatric Needs of the Homeless - A Preliminary Response". *Social Work*, p. 116-119.

- Swire Billig, Nancy et Catherine Levinson. 1987. "Homelessness and Case Management in Montgomery County, Maryland: A Focus on Chronic Mental Illness". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. XI, no 1, p. 59-66.
- Szkrumelak, N. et Z. Prelevic. 1992. *Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A*. Montréal : Comité de coordination des urgences psychiatriques pour la région 6A.
- Ville de Montréal et ministère de la Santé et des Services sociaux. 1991. *Programme conjoint à l'intention des personnes itinérantes de Montréal*. Montréal.
- Wasylenki, D. A. et al. 1993. "The Hostel Outreach Program : Assertive Case Management for Homeless Mentally Ill Persons". *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no 9, p. 848-853.