

## Article

---

« La pratique *outreach* auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes »

Hélène Denoncourt, Marcel Desilets, Marie-Carmen Plante, Johanne Lapante et Micheline Choquet

*Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, 2000, p. 179-194.

Pour citer la version numérique de cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/014458ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/documentation/eruditPolitiqueUtilisation.pdf>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)



## La pratique *outreach* auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes

Hélène Denoncourt\*

Marcel Desilets\*\*

Marie-Carmen Plante\*\*\*

Johanne Lapante\*\*\*\*

Micheline Choquet\*\*\*\*\*

L'équipe itinérance a pour mandat de favoriser l'accessibilité des soins et des services sociaux aux personnes itinérantes de tous âges. Elle a aussi développé des services spécifiques *outreach* adaptés à la réalité du phénomène de l'itinérance à Montréal. Le principe fondamental qui sous-tend la pratique de l'équipe est l'universalité des soins, tant l'accès que la qualité ; tous les citoyens ont droit à la même attention de la part du réseau de la santé et c'est dans cette optique que les services sont offerts aux personnes itinérantes. Cet article se limite à un seul aspect des activités de l'équipe : la pratique *outreach* auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Nous décrivons notre environnement *outreach*, notre clientèle, une trajectoire *outreach* — illustrée par quelques exemples cliniques — les obstacles rencontrés et, enfin, nous partageons nos observations et suggestions.

### L'environnement *outreach*

La pratique *outreach* consiste à rejoindre la clientèle où elle se trouve et à l'aider à satisfaire ses besoins. Comme représentants du réseau de la santé, nous devons adapter nos services à la clientèle plutôt que d'exiger systématiquement que cette dernière s'adapte à nos services.

Nous sommes appelés à rencontrer des personnes un peu partout sur l'île de Montréal. La majorité des clients évoluent dans les quartiers

\* Infirmière, membre de l'équipe itinérance du CLSC des Faubourgs.

\*\* Chef de programmes spécifiques (itinérance, UPSJ, équipe Sida), CLSC des Faubourgs.

\*\*\* Psychiatre consultant à l'équipe itinérance.

\*\*\*\* Travailleuse sociale, CLSC des Faubourgs.

\*\*\*\*\* Infirmière, CLSC des Faubourgs. Pierre Vérenka, travailleur social, Barbara Harvey, infirmière et Jacques Laurin, Agent de relation humaine ont aussi collaboré à cet article.

centraux de la ville. Cependant, depuis quelques années, nous observons un élargissement de leur territoire traditionnel. Les personnes installées loin du centre-ville sont souvent seules, complètement isolées socialement et ne fréquentent pas le réseau d'entraide.

Les premiers lieux de rencontre des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants sont les ressources communautaires offrant des services, tels les refuges de nuits, les soupes populaires et les centres de jour. Malheureusement, un certain nombre d'itinérants, parmi les plus malades, ne fréquentent aucune de ces ressources. Dans ces cas, c'est principalement tôt le matin, sur la rue et dans divers lieux publics que l'*outreach* se pratique. Nous rencontrons des personnes dans les aires ouvertes des centres commerciaux, les stations de métro, la cour arrière de domiciles privés, les entrées d'édifices où les gardiens de sécurité font preuve d'une certaine tolérance, les stationnements intérieurs et extérieurs et les endroits où l'architecture urbaine se prête à une forme quelconque d'abri et de confort.

La pratique de l'équipe s'enrichit des nombreux contacts et échanges avec nos partenaires. Ces derniers sont issus du milieu communautaire et du réseau public ou encore du secteur privé. Parmi eux, on retrouve les intervenants et les bénévoles des ressources pour personnes itinérantes, les équipes de suivi communautaire, les policiers socio-communautaires, les agents de la sécurité du revenu, de la régie des rentes ou de tout autre organisme provincial ou fédéral (centres de détention, service de l'immigration), les soignants et les travailleurs sociaux du réseau de la santé, les équipes spécialisées telles l'urgence psychosociale-justice<sup>1</sup> (UPS-J), le personnel de la cour du Québec à Montréal, les gardiens de sécurité des centres commerciaux et des édifices, les responsables des maisons de chambres, les membres de certaines familles et finalement le citoyen qui, de son milieu de travail, de chez lui ou de la rue, nous signale une personne itinérante présente dans son environnement et pour laquelle il a parfois tenté certaines démarches.

Ces nombreux partenaires sont essentiels à la pratique *outreach*. Ils sont des témoins privilégiés : leurs observations sont précieuses et souvent déterminantes dans la façon dont nous aborderons une personne tout au long de notre intervention. *C'est grâce à un appel d'un employé d'un lieu de culte très connu que nous avons été mis en contact avec un homme âgé de soixante-dix-sept ans qui vivait à proximité de l'église. Cet homme volubile présentant un délire religieux bien caractéristique, était connu des employés. Il était sans revenu depuis des années, mais avait conservé bien précieusement sa carte de citoyenneté canadienne*

*et dormait dans un abri de fortune. Dans son cas, la première étape fut de lui permettre de retrouver son statut de citoyen en lui obtenant sa pension de vieillesse pour l'amener, par la suite, à se louer un logement. Nous avons donc travaillé étroitement avec les employés qui lui ont permis de se louer une petite chambre dans une de leurs propriétés. Pendant des mois, il a fait l'aller-retour, le jour comme la nuit, entre son site extérieur et sa chambre. Il a accepté de rencontrer notre psychiatre, mais nous n'avons jamais insisté pour qu'il prenne une médication. Aujourd'hui, il s'apprête à louer un appartement par lui-même, il ne dort plus dehors mais a conservé son site extérieur. Nos interventions se sont échelonnées sur une période d'un an.*

### **La clientèle**

La clientèle de l'équipe est variée. Cependant, une caractéristique est commune à toutes ces personnes : en raison de problèmes de santé mentale graves et persistants, de difficultés majeures d'adaptation, de stratégies de survie inefficaces, de comportements inacceptables et d'incompatibilité avec les critères des différents services, ces personnes ont difficilement accès aux services de santé et de services sociaux. Plusieurs d'entre elles n'ont plus de liens familiaux, éprouvent de la difficulté à s'occuper d'elles-mêmes et à administrer leurs biens.

La majorité des personnes rejointes en *outreach* sur la rue souffrent soit de schizophrénie paranoïde, de maladie bipolaire sévère, de trouble délirant ou de dépression majeure ; certaines personnes souffrent également de troubles d'origine organique, par exemple, de démence. Contrairement à la croyance populaire, une minorité d'entre elles seulement consomment de l'alcool ou des drogues.

Les jeunes adultes rencontrés peuvent être issus du réseau des *Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse*, présenter des séquelles causées par la consommation de drogue ou souffrir d'un premier épisode psychotique. Plusieurs jeunes n'ont jamais été diagnostiqués ou n'ont connu que de brefs séjours à l'urgence. *Nous avons travaillé presque un an et demi avec un jeune homme de vingt-quatre ans présentant une schizophrénie affective, un trouble de la personnalité et une longue histoire de consommation de drogue avant qu'il ne s'implique régulièrement dans un suivi psychiatrique avec notre équipe. Il se présentait régulièrement dans différentes urgences psychiatriques où il ne passait en général que quelques heures. Jamais il n'avait été clairement diagnostiqué, son histoire de consommation de drogues étant considérée comme un facteur excluant la pertinence d'un traitement psychiatrique. Notre psychiatre a accepté de le suivre malgré son importante consommation.*

*Lorsqu'il a commencé à prendre une médication neuroleptique-retard, la symptomatologie s'est atténuée et il a progressivement diminué sa consommation de drogue.*

Les adultes, quant à eux, sont souvent très malades, et ce, depuis de nombreuses années. Certains ont de lourds passés psychiatriques avec d'impressionnants dossiers. Ils ont pour la plupart rompu avec leur réseau familial, social et psychiatrique. Ils sont réfractaires à l'approche traditionnelle des soins de santé et sont souvent considérés par les soignants comme non observants aux traitements et aux plans d'interventions.

La majorité de la clientèle itinérante desservie fréquente diverses ressources communautaires. Une petite partie de la clientèle vit dans l'itinérance littérale c'est-à-dire qu'elle ne fréquente aucun organisme et vit sur la rue complètement isolée du reste de la communauté itinérante. Ces personnes sont souvent de nature indépendante ce qui interfère avec leur capacité de vivre dans un environnement structuré. Elles ont pu s'exclure de certains milieux par leurs comportements violents au moment d'une crise. Une grande partie de notre travail d'*outreach* consiste donc à rejoindre cette clientèle particulièrement fragile et vulnérable.

Chaque personne rencontrée sur la rue a des droits fondamentaux et ses besoins en sont directement issus ; ils concernent les besoins de base, c'est-à-dire un revenu, un toit, des vêtements, de la nourriture, des soins, un milieu d'appartenance, des pièces d'identité dont la carte d'assurance-maladie et le certificat de naissance permettant l'accès tant au réseau qu'à la sécurité du revenu.

Même si ces personnes ne formulent pas toujours clairement leurs désirs, nous percevons régulièrement une insatisfaction face à leurs conditions de vie. Elles sont souvent désabusées et ont perdu l'espoir qu'un changement positif puisse s'opérer dans leur vie. Si leur mode de vie est un choix, il en est un par défaut. Nous devrions parler davantage de conséquence que de choix consenti.

L'équipe itinérance n'a pas de définition spécifique du client volontaire et involontaire. Pour nous, toute personne est volontaire à des degrés divers. En général, les personnes itinérantes vivant sur la rue sont plutôt discrètes et se révèlent peu à peu. Il nous appartient d'adapter nos approches et nos interventions afin de bien saisir leurs besoins. Il est utopique de s'imaginer qu'une personne vivant dans l'itinérance depuis plusieurs années exprimera de l'enthousiasme face à une offre de service et qu'elle se présentera *illico* à ses rendez-vous. Un refus de sa part ne veut pas dire qu'elle n'a pas d'attentes. *Depuis des années, nous sur-*

*veillons une dame dans la cinquantaine vivant dehors, ne fréquentant aucune ressource et n'initiant aucun contact avec qui que ce soit. Elle a déjà eu un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Malgré deux ordonnances d'examen psychiatrique, madame se retrouve toujours sur la rue. Les évaluations de madame ont démontré une capacité minimale à s'organiser et, devant son refus manifeste de traitement, elle a obtenu son congé. Malgré son refus d'être approchée et son mécontentement face aux ordonnances d'examen, cette dame n'a jamais tenté de se sauver et elle continue à évoluer à proximité du CLSC. La durée de notre intervention : indéterminée.*

En résumé, le quotidien des personnes itinérantes en est un de précarité à tous les niveaux ; il se traduit par un isolement profond et parfois par la présence de maladie mentale et/ou physique. Cette extrême pauvreté est vécue au sein de l'environnement hostile de la rue. Leur vie en est une de stress et est centrée sur les impératifs de la survie.

### **Trajectoires outreach**

Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants nous sont souvent présentées par les intervenants des ressources ou par d'autres itinérants. Nous portons une attention particulière aux nouveaux visages et aux personnes isolées qui n'initient aucun contact avec les autres. S'il est facile de remarquer les personnes psychotiques présentant de nombreux symptômes positifs, il en est autrement des personnes repliées sur elles-mêmes, isolées, présentant des symptômes négatifs. Ces dernières peuvent facilement passer inaperçues pendant des mois, voire des années, d'autant plus qu'elles ne sont pas « dérangeantes ». Dans le même esprit, nous intervenons rapidement auprès des jeunes nouvellement arrivés dans le réseau pour adultes afin qu'ils en sortent le plus rapidement possible. Nous estimons que plus longtemps ces jeunes y resteront, plus le processus de leur réintégration sociale sera ardu.

En tandem infirmière-travailleur social, les intervenants de l'équipe offrent des cliniques de rue dans plusieurs ressources. C'est de cette façon que se fait le dépistage. La première étape d'une collaboration à construire avec cette clientèle est de répondre concrètement à leurs besoins de soins et de services sociaux. Dans bien des cas, cette première rencontre ouvre la porte aux autres services de l'équipe. Si la situation du client est complexe, la réunion hebdomadaire de l'équipe servira à discuter d'un plan d'intervention.

Les premiers contacts avec une personne souffrant de troubles mentaux graves et persistants vivant sur la rue sont guidés par nos

observations et nos intuitions. Certaines personnes sont plus en mesure de tolérer une interaction personnelle. Certaines fuient et perçoivent toute tentative d'approche comme une menace, particulièrement lorsque resurgissent des souvenirs de soins psychiatriques difficilement vécus. Au début, nous pouvons nous limiter à observer la personne dans son environnement et à la saluer. S'il y a une ouverture, nous entamons une brève conversation, nous nous présentons et nous laissons une carte du CLSC avec nos noms. En tout temps, il est primordial de s'assurer que la personne n'est pas en danger.

Réaliser une entrevue sur la rue, dans un parc, sous une autoroute représente un défi à plusieurs niveaux. Il faut tenir compte de l'environnement ainsi qu'observer l'apparence générale de la personne, son habillement, sa posture, sa démarche, les gestes employés, son comportement, le langage utilisé ou le mutisme. Toutes ces données constituent une mesure générale de son adaptation et de son jugement.

Lors de ses premières rencontres — sur la rue ou au CLSC — le psychiatre ne peut utiliser d'outils de clarification et d'interprétation dynamique sophistiqués. Il encourage un dialogue par des questions très simples pour élucider les situations de base, tenter de recueillir un ensemble de données médicales, émotionnelles, psychologiques et sociales pouvant aider à poser un diagnostic provisoire.

Pendant toute la période d'apprivoisement, les intervenants tentent de comprendre comment la personne subvient à ses besoins primaires en l'observant ou en lui posant des questions ouvertes. Où mange-t-elle, où dort-elle ? Est-elle vêtue convenablement pour la saison ? Initie-t-elle des contacts, sollicite-t-elle les passants pour de l'argent ou les passants lui en donnent-ils spontanément ? Est-elle connue dans le quartier, fait-elle partie du paysage ? Subit-elle de la pression de la part des forces policières ?

L'infirmière porte une attention particulière à sa santé physique : présente-t-elle des problèmes aux pieds, aux jambes ? Tousse-t-elle, est-elle amaigrie, présente-t-elle une pâleur excessive ? Spontanément, des passants ou des commerçants viennent nous parler et nous révèlent plusieurs éléments du quotidien de ces personnes : ils connaissent l'horaire de leur journée et ils peuvent, par exemple, nous dire comment elles s'approvisionnent en nourriture.

Toutes ces rencontres s'inscrivent dans un cheminement où, mutuellement, clients et intervenants s'apprivoisent. *C'est suite à un appel d'un citoyen ayant aperçu un itinérant sous le pont Jacques-Cartier que nous sommes entrés en contact avec un jeune homme dans la vingtaine*

*qui avait quitté son milieu familial depuis quelques années sans jamais donner signe de vie. Très paranoïde, il vivait sous le pont, isolé de tous. L'infirmière a développé un lien de confiance avec lui en le voyant occasionnellement à une soupe populaire et sous le pont. À la surprise générale, il s'est présenté un après-midi dans nos locaux pour voir l'infirmière. Il a immédiatement commencé un suivi avec la travailleuse sociale qui, quelques mois plus tard, l'amena à débiter un traitement psychiatrique. Il a maintenant une chambre et il fréquente une soupe populaire et un centre de jour communautaire. Il a repris des contacts téléphoniques avec sa famille et il commence à mieux comprendre sa maladie. Il nous a fallu sept mois avant d'apprivoiser ce jeune homme et, à cause de son état de santé mentale très précaire, nous continuerons de le suivre tant et aussi longtemps qu'il en aura besoin.*

Les rencontres sur la rue peuvent s'échelonner sur quelques semaines, quelques mois et, dans de rares cas, quelques années. La trajectoire outreach peut être entrecoupée de pauses plus ou moins longues ou de ruptures. Il arrive que nous prenions une distance pendant quelque temps à la demande de la personne. Il nous arrive aussi de perdre la personne de vue ou encore de nous limiter à des observations hebdomadaires afin de nous assurer qu'elle ne soit pas en danger. Tant que la personne vulnérable est sur la rue, nous persistons et tentons de garder un contact avec elle. *Toutes les semaines, nous rencontrons un homme de quarante-quatre ans qui vit dehors près d'une station de métro. Il vit de cette façon depuis plusieurs années et ne fréquente aucune ressource communautaire. Nous savons qu'il a un passé psychiatrique et un diagnostic de schizophrénie. Il accepte notre présence et commence à faire quelques demandes, liées à ses besoins vestimentaires. Nous apprenons à mieux le connaître et nous recueillons ainsi davantage de données concernant son état mental.*

Tout au long de ces rencontres nous tentons de répondre aux demandes du client. Une réponse positive à une demande, si minime soit-elle, est un signe d'encouragement pour la personne et elle tentera éventuellement une nouvelle demande. Dans la mesure du possible, nous tenterons d'amener la personne à fréquenter des ressources communautaires soit un refuge ou un centre de jour afin de briser son isolement. Nous pourrions travailler en collaboration avec les intervenants des ressources permettant ainsi au client d'avoir accès à toute la gamme de services.

Petit à petit, nous nous efforçons d'amener le client au CLSC où il pourra rencontrer le psychiatre et les autres membres de l'équipe. Nous verrons la personne même si elle n'a pas sa carte d'assurance-maladie,



nous fournirons la médication nécessaire s'il y a lieu et nous continuerons les démarches sociales. Les membres de l'équipe qui assurent la permanence dans nos locaux sont essentiels à l'affiliation naissante entre la personne et les services sociaux et de santé. Ils font la preuve que les services peuvent être accessibles, non menaçants et aidants tout en étant professionnels et structurés.

Dans certains cas, la démarche est plus laborieuse. Si la personne est très malade ou en danger, elle aura besoin d'une période de soins en centre hospitalier. Dans la majorité de ces cas, nous devons présenter une requête pour examen psychiatrique à la cour. Nous tentons le plus souvent d'impliquer un membre de la famille dans la démarche. Étonnamment, ces démarches radicales ne nuisent que très rarement à nos relations avec la personne. *C'est ce qui est arrivé avec cet homme dans la cinquantaine pour qui, l'hiver dernier, nous avons demandé une ordonnance alors que son état de santé physique et mentale était grandement détérioré. Après un séjour hospitalier de deux mois, il fut dirigé vers une famille d'accueil. Malheureusement, il fugua le jour même de son arrivée. Nous l'avons retracé quelques semaines plus tard. Comme son séjour à l'hôpital lui avait permis de récupérer, il nous a été beaucoup plus facile d'entrer en contact avec lui. Il est toujours délirant mais beaucoup moins méfiant. Il est très conscient que c'est nous qui avons demandé l'ordre de cour et n'éprouve aucune rancune à notre égard. Au contraire, il démontre davantage d'ouverture lorsqu'il nous voit et nous réprimande un peu lorsque nous espaçons nos visites.*

Dès l'arrivée de la personne à l'hôpital, un autre type d'intervention s'ajoute à notre travail, celui de la défense des droits. Il faut représenter notre client auprès des soignants et démystifier sa condition d'itinérant pour qui, croit-on, il n'y a pas « grand-chose à faire ». Nous insistons pour assister aux réunions d'équipe et nous assurons la liaison entre les niveaux social, infirmier et médical. Certains soignants ne comprennent pas toujours que l'hospitalisation est une opportunité de réinsertion sociale pour ces personnes. Dans notre esprit, l'itinérance est un facteur aggravant de toute maladie, physique ou mentale. Un séjour suffisamment long permet, d'une part, de récupérer physiquement et mentalement et, d'autre part, de faire en sorte que la personne reprenne goût à un certain confort et présente de nouvelles demandes toutes simples mais très révélatrices. Elle veut dorénavant dormir dans un lit, prendre des bains et manger des repas chauds. Souvent, après une hospitalisation qui lui a fait du bien, la personne est tout simplement moins méfiante à notre égard. Idéalement, avec le personnel hospitalier, nous tentons d'identifier un hébergement adéquat et de planifier un suivi externe et

communautaire. Il est aussi surprenant de voir à quel point les soignants apprécient nos clients une fois qu'ils ont appris à mieux les connaître. Si, par malheur, la personne se retrouve à la rue après son séjour à l'hôpital, nous tentons de reprendre contact avec elle dans la mesure du possible et nous réajustons notre plan d'intervention.

### Des obstacles

Les obstacles les plus difficiles à surmonter sont ceux liés aux perceptions. Lorsque nous les dépassons, les obstacles bureaucratiques nous apparaissent alors bien moins lourds.

L'obstacle majeur et particulièrement sournois est celui de la ghettoïsation. Cette vision réductrice donne à penser que le statut d'itinérant remplace celui de citoyen et que les besoins primaires de ces personnes sont fondamentalement différents des nôtres. L'état de survie perpétuel devient alors socialement acceptable et le milieu de l'itinérance est vu comme une solution temporaire ou permanente pour ces citoyens très malades. On parle alors de choix de vie, d'alternative idéale pour des marginaux de ce genre. Cette façon de voir les choses est acceptée, peut-être par dépit ou par sentiment d'impuissance, par une partie de la population. Lorsque ce point de vue est présent chez les soignants, il revêt un caractère particulièrement inquiétant. Trop souvent, nous devons défendre notre patient, démystifier son allure, son soi-disant mode de vie. Ensuite, nous pouvons amorcer la discussion au sujet des symptômes, du traitement et des plans de soins.

Certains soignants hésiteront à investir auprès d'un patient présentant des troubles chroniques chez qui ils ne verront peut-être pas d'amélioration spectaculaire des symptômes. Nous croyons que les soins psychiatriques ne se limitent pas qu'aux traitements médicamenteux. Un séjour à l'hôpital devrait permettre d'observer, de diagnostiquer et d'offrir un accès aux ressources d'hébergement et aux pavillons psychiatriques. Il devrait permettre une récupération de la santé tant physique que mentale. Une personne peut demeurer délirante mais mieux se porter et être ainsi en mesure d'améliorer ses conditions de vie. *C'est le cas d'un de nos anciens clients. Il présente toujours un délire paranoïde encapsulé, mais il habite maintenant dans un petit appartement d'une coopérative d'habitation. Il n'a jamais accepté de médication, mais nous avons quand même réussi à créer un lien de confiance avec lui via des soins de santé physique (des soins de pieds!). Cela nous a permis de le sortir de la rue. Depuis, son mode de vie est moins précaire et ses délires moins accentués.*

En tant que professionnels de la santé, nous devons parfois faire face à certains préjugés concernant notre travail auprès des personnes

itinérantes. Nous sommes souvent perçus comme des gens courageux qui font preuve d'un incommensurable don de soi ; ce qui est loin d'être un compliment pour notre clientèle. Nous sommes souvent aussi considérés comme des « spécialistes » de l'itinérance comme si, pour travailler auprès des personnes itinérantes, il fallait posséder des connaissances ultra-spécialisées. On se sert d'ailleurs assez souvent de cet argument pour ne pas « investir » auprès de cette clientèle.

La fameuse notion de volontariat que l'on exige de la clientèle représente aussi un obstacle. Nombreux sont les intervenants qui souhaitent que les clients respectent les règles assez strictes d'un suivi psychiatrique ou communautaire, par exemple, téléphoner soi-même à son intervenant, ne pas manquer de rendez-vous, prendre ses médicaments de façon irréprochable, ne jamais prendre d'alcool ou de drogue, participer aux activités proposées en centre de jour... Le système de santé est-il vraiment désinstitutionnalisé ? Alors qu'on nous rappelle constamment de respecter les différences, il est curieux de constater à quel point le patient observant fait encore rêver bien des soignants. Cette rigidité cautionne l'abandon des clients qualifiés de difficiles et contribue à augmenter le nombre d'exclus des services de santé.

Enfin, les obstacles bureaucratiques lorsqu'ils ne sont pas insurmontables ralentissent et compliquent considérablement le travail de l'équipe. Par exemple, les cartes d'identité revêtent dans notre société une importance capitale et sont garantes de notre citoyenneté. Elles permettent, entre autres, de faire une demande à la Sécurité du revenu, d'ouvrir un compte bancaire, de louer un appartement et sont des clés essentielles pour sortir de l'itinérance. Occasionnellement, il nous arrive de travailler avec des individus sans identité légale : leur nom et leur date de naissance ne se retrouvent dans aucun registre. Certaines personnes qui présentent des traits paranoïdes importants prétendent parfois ne pas se souvenir de leur date de naissance, renient leur « vrai » nom ou croient fermement se nommer autrement. D'autres sont d'accord pour divulguer leur identité pour avoir un revenu, mais refusent catégoriquement de signer quelque document que ce soit. Nous avons connu également des situations où des personnes immigrantes, arrivées bien avant l'époque de l'informatisation et ayant perdu leurs documents depuis des années, n'avaient plus de statut légal. Souvent, nous avons dû insister fermement et procéder à de laborieuses démarches administratives auprès de plusieurs instances publiques et consulats afin d'avoir accès à des documents originaux. Heureusement, au fil des ans, nous avons développé des liens privilégiés avec des fonctionnaires qui nous facilitent ces démarches ardues. Dans la majorité de ces cas, si les travailleurs so-

ciaux n'avaient pas persévéré, ces personnes seraient toujours considérées comme « inexistantes » et vivraient encore sur la rue.

L'accessibilité aux soins de santé présente aussi son lot d'embûches bureaucratiques. Certaines règles limitent l'accessibilité aux soins psychiatriques pour des personnes déjà très désorganisées. La plus contraignante est certes la liste de répartition des hôpitaux de garde pour les malades psychiatriques itinérants. Normalement, pour recevoir des soins psychiatriques, le citoyen doit être domicilié dans le secteur attribué à un hôpital. Sans adresse, les clients itinérants sont dirigés vers l'hôpital de garde. Cette liste de onze hôpitaux, de garde à tour de rôle sur une base hebdomadaire, nous est fournie par la régie régionale de Montréal-Centre.

La gestion des dossiers psychiatriques est une autre limite avec laquelle nous devons composer : un dossier est automatiquement fermé si la personne n'a pas consulté depuis six mois. Si nous devons, par exemple, amener une personne itinérante à l'urgence pour recevoir des soins psychiatriques nous devons la diriger vers l'hôpital de garde de la semaine même si cette personne a un dossier psychiatrique dans un autre hôpital. *Un de nos clients, un homme de quarante-deux ans, schizophrène paranoïde, qui avait été suivi pendant plusieurs années dans un hôpital, s'est retrouvé dans la rue suite à des problèmes avec ses prestations de la sécurité du revenu. Même s'il était sévèrement décompensé suite à ces événements, il était tout de même d'accord pour recommencer un suivi psychiatrique, mais uniquement à son ancien hôpital. Malheureusement, son dossier était fermé depuis environ un an. Victime d'un accident de la circulation, il s'est retrouvé, par hasard, hospitalisé à son ancien hôpital qu'il affectionnait tant. Même dans ces circonstances, l'hôpital refusait toujours de reprendre un suivi psychiatrique avec monsieur. Nous avons dû, avec la collaboration d'un centre de jour communautaire, exercer de fortes pressions pour que l'hôpital accepte enfin de rouvrir son dossier. Aujourd'hui, il va bien mieux.*

Évidemment, le manque de lits en psychiatrie, les pressions qu'exercent les administrations pour donner des congés hâtifs et les compressions budgétaires s'ajoutent aux embûches déjà nombreuses rencontrées sur notre passage.

### **Constats et suggestions**

L'objectif de notre réflexion ne consiste pas à réinventer le réseau de la santé et des services sociaux. Nous souhaitons plutôt partager quelques-unes de nos observations et suggestions afin d'améliorer les structures déjà existantes. La réalité et les besoins de la clientèle

évoluent et se modifient dans le temps ; ce constat, nous incite à suggérer une structure de services capable de s'adapter rapidement aux exigences du moment.

Le phénomène de l'itinérance ne requiert pas un savoir et un savoir-faire des plus spécifiques. Par contre, il en est autrement du savoir-être c'est-à-dire du domaine des perceptions et des attitudes. C'est à ce niveau que l'accent doit être mis afin de démystifier la problématique. Le réseau institutionnel a beaucoup à apprendre du communautaire qui ne cesse d'innover afin d'adapter les services aux besoins réels de la clientèle.

Au chapitre de l'accessibilité des soins de santé physique et mentale en milieu hospitalier, nous croyons que la décentralisation présente plus d'avantages que d'inconvénients. Nous l'avons précisé plus haut, la liste de répartition des hôpitaux pour les personnes itinérantes souffrant de troubles psychiatriques a causé plus d'une difficulté. Toutefois nous devons reconnaître qu'au-delà de ces problèmes nous avons réussi à tisser des liens significatifs avec des centres hospitaliers « périphériques » qui se sont ajoutés à nos alliés « naturels » du centre-ville. Cette décentralisation des services de santé est bénéfique à plusieurs niveaux. Après une hospitalisation, les travailleurs sociaux de ces hôpitaux réfèrent les personnes à des hébergements de leur secteur. Ces liens favorisent l'ouverture que nous ne cessons de promouvoir depuis des années pour notre clientèle.

Que faire alors ? Nous accommoder de la liste de garde et d'un changement de centre hospitalier à toutes les semaines ? Sinon, prioriser la centralisation des soins au centre-ville au risque de couper les liens avec nos nouveaux partenaires ? La réponse n'est pas simple. Nous croyons toutefois qu'une troisième alternative pourrait être explorée en modifiant simplement les règles administratives relatives au suivi des dossiers psychiatriques des personnes itinérantes. En effet, nous pensons que les dossiers psychiatriques des personnes itinérantes devraient rester ouverts tant et aussi longtemps que leur situation n'est pas stabilisée. Nous croyons également que, comme pour les problèmes de santé physique, les personnes devraient pouvoir se diriger vers l'hôpital de leur choix. Une telle stabilité concernant les séjours hospitaliers, à l'urgence ou dans une unité de soins, permettrait avec le temps de développer des liens entre le client et les soignants. Ceci pourrait à la longue, aider la personne à développer une autocritique face à sa maladie. L'hôpital ne couperait pas le « cordon », mais permettrait au contraire qu'il s'allonge et garantirait ainsi une continuité de soins, peut-être épisodique et imparfaite, mais toujours disponible.

Quant aux suivis psychiatriques externes, nous valorisons une variété de modèle plutôt qu'un en particulier. Il n'est peut-être pas nécessaire d'avoir des équipes de type Program for Assertive Community Treatment<sup>2</sup> (PACT) dans tous les établissements possédant une équipe externe de psychiatrie. Toutefois, les équipes devraient développer une approche plus souple leur permettant d'aller à l'extérieur et « voir » ce qui se passe avec leurs clients dans la communauté. Cela permettrait sans doute à ces intervenants de s'ouvrir davantage aux « particularités » des individus qu'ils soignent et d'augmenter leur tolérance face aux aléas qu'entraîne un suivi psychiatrique. Nous ne croyons pas qu'un suivi devrait prendre fin parce qu'un client cesse de prendre sa médication ou parce qu'il consomme de l'alcool ou des drogues. Afin d'améliorer la qualité des suivis, les collaborations entre les réseaux publics et communautaires seraient certainement à explorer. Elles pourraient aider à repenser l'organisation des soins, de l'accessibilité au suivi dans la communauté. Le public et le communautaire ont des rôles complémentaires : le réseau de la santé a la responsabilité de soigner les clients, de les maintenir en santé, d'être disponible lorsqu'ils ont besoin de soins. Il doit aussi ouvrir les portes de son réseau d'hébergement lorsque l'état de santé de la personne le requiert. Le milieu communautaire fait le reste ! Il est un lieu d'appartenance à l'image des clients. En dehors des épisodes de soins, ce sont ces intervenants qui vivent avec les gens et qui les aident à régler leurs problèmes quotidiens. Plus que tout autre, le milieu communautaire favorise la réadaptation et la réinsertion sociale.

Il est illusoire de vouloir intervenir auprès d'une clientèle itinérante et prétendre à un processus de responsabilisation sans aborder le problème d'hébergement. Si les ressources d'hébergement temporaire semblent suffisantes à Montréal, il en est autrement pour deux types de ressources : le logement social et les ressources d'hébergement destinées à une clientèle plus réfractaire socialement. De plus, il ne faudrait pas oublier que quelques personnes souffrant de schizophrénie et considérées comme des itinérants « durs » se sont révélées des pensionnaires heureux des hébergements de type hospitalier.

À l'heure où le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à une vaste consultation provinciale en regard de la transformation des services de santé mentale ; à l'heure où les différents paliers gouvernementaux, fédéral, provincial et municipal, s'interrogent sur les meilleures stratégies à mettre en place pour prévenir et atténuer le phénomène de l'itinérance ; à l'heure du virage ambulatoire en santé mentale ; à l'heure où les CLSC du centre-ville de Montréal réexaminent les services à offrir aux clientèles marginales attirées par les grands centres

urbains ; à l'heure des rapprochements entre les acteurs des grandes problématiques, déficience physique et intellectuelle, psychiatrie, justice ; nous, en tant que témoins des conséquences humaines de ces phénomènes de société, ne pouvons que réitérer notre profonde conviction des vertus du partenariat.

Nous souhaitons que les réformes en cours permettent l'émergence d'un système intégré de soins adaptés aux nombreuses et complexes réalités de l'itinérance. L'objectif sera atteint lorsque le plan de soins mis en place à l'intention des itinérants tiendra compte de leur réalité biopsychosociale tout en impliquant les partenaires institutionnels et/ou communautaires qui pourront les aider à retrouver le chemin de la guérison et de la dignité. Dans ce dessein, il sera important de reconnaître l'autonomie et les divergences de vue et d'esprit des différents partenaires. Elles sont à la fois inévitables et nécessaires.

Quant à nous, il apparaît primordial d'élargir et de diversifier nos activités d'outreach afin de dépister, apprivoiser et offrir les soins de première ligne à la clientèle réfractaire, ces personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, présentes en nombre grandissant dans les rues, les lieux publics et privés, les centres de jour ou les refuges. Nos liens étroits avec les établissements du réseau institutionnel et les ressources communautaires préoccupés par la problématique de l'itinérance et de la santé mentale permettront sûrement de poser les premiers jalons d'un partenariat à construire pour assurer la continuité des soins et services à cette clientèle.

Ce travail auprès des personnes itinérantes semble pour plusieurs, ardu et décourageant. Pour nous, membres de l'équipe itinérance, il représente bien sûr un défi professionnel mais aussi un enrichissement personnel inestimable. Notre clientèle s'avère une des plus attachantes et des plus généreuses. Sa grande gentillesse à notre égard continue de nous émouvoir même après plusieurs années de pratique. Nous souhaitons avec cet article, rendre hommage à ces personnes et les remercier.

## Notes

1. Service d'intervention d'urgence aux adultes souffrant de problèmes de santé mentale graves et persistants qui ont ou qui peuvent avoir un agir délictueux. Cette équipe multidisciplinaire a développé une expertise au niveau de l'évaluation de l'état mental et de l'estimation de la dangerosité en milieu naturel et en période de crise.
2. Équipe de suivi communautaire intensif d'origine américaine.

## RÉFÉRENCES

- AMRAT, V., C., ISAAC, R., J., 1992, *Madness in the Streets*, Free Press, New York.
- CHAFTEZ, L., 1990, Withdrawal from the homeless mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 26, 5, 449-460.
- LAMARRE, M. J., 1999, *Comprendre l'itinérance*, RAPSIM, Bibliothèque nationale du Québec.
- TORREY, E. F., 1997, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis*, John Wiley and Sons, New York.

## ABSTRACT

### **The outreach practice with homeless people suffering from severe and chronic mental illness: observations, reality and obstacles**

The team working with homeless people has the mandate to favor access to care and social services for all homeless people regardless of age. It has also developed specific outreach services adapted to the reality of homelessness in Montréal. The fundamental principle underlying our practice is universality, be it access or quality of services; all citizens have the right to the same attention from the health system. It's in this perspective that services are offered to homeless people. This article is limited to one aspect of the team's work: the outreach practice with homeless people suffering from severe and chronic mental illness. The authors describe their outreach environment, their clientele and an example of outreach—illustrated with a few cases—as well as the obstacles met. Finally, the authors share their observations and suggestions.

## RESUMEN

### **La práctica outreach con las personas itinerantes que sufren de desórdenes mentales graves y persistentes: observaciones, realidades e impedimentos**

El equipo itinerancia tiene el mandato de favorecer el acceso a los cuidados ofrecidos por los servicios sociales a las personas itinerantes de todas las edades. Igualmente, el equipo ha desarrollado los servicios específicos *outreach* adaptados a la realidad del fenómeno de la itinerancia en Montreal. El fundamento principal que sostiene la práctica del equipo, es la universalidad de los cuidados, tanto el acceso como la calidad; todos los ciudadanos tienen derecho a la misma atención por parte de la red de salud y es en esta óptica que son ofrecidos los servicios a las personas itinerantes. Este artículo se limita a un solo



aspecto de las actividades del equipo: la practica *outreach* con las personas que sufren de desórdenes mentales graves y persistentes. Describimos nuestro ambiente *outreach*, nuestra clientela, una trayectoria *outreach* — ilustrada por algunos ejemplos clínicos — los obstáculos que hemos encontrado y, finalmente, compartimos nuestras observaciones y sugerencias.