

Le suivi systématique clinique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants

Marie-France Thibaudeau and Jean Fortier

Volume 25, Number 2, Fall 2000

Itinérance

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014457ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014457ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thibaudeau, M.-F. & Fortier, J. (2000). Le suivi systématique clinique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 155–178. <https://doi.org/10.7202/014457ar>

Article abstract

Clinical case management of severely mentally ill homeless people

The aim of this clinical case management project was to improve the health and quality of life of homeless mentally ill people and to help them use more appropriately health and welfare services. During a descriptive study that lasted 12 months, data was collected concerning the case manager's intervention as well as the assessment of these interventions on the clients' health and behavior and on community resources' services. Although limited in scope and length, the project shows some positive results. Recommendations are made concerning essential collaboration between all health and welfare professionals working with this population.



Le suivi systématique clinique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants

Marie-France Thibaudeau*

Jean Fortier**

Le but du suivi systématique clinique décrit dans cet article était d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants et de les aider à utiliser les services de santé et de bien-être de façon appropriée. C'est au moyen d'une étude descriptive de 12 mois auprès de 14 personnes itinérantes que les données relatives aux interventions du *case manager* et à leur évaluation ont été recueillies auprès de divers intervenants du CLSC des Faubourgs, de ressources communautaires et d'établissements de santé. L'expérience s'est avérée positive malgré sa courte durée et les ressources limitées qui y furent affectées. Des recommandations sont présentées en vue d'une action concertée de tous les intervenants auprès de cette population.

L'expérimentation d'une nouvelle approche d'intervention auprès des personnes itinérantes du centre-ville de Montréal souffrant de troubles graves et persistants s'est déroulée durant une année de mai 1995 à mai 1996. On l'appelait à l'époque le *case management* ou le suivi systématique clinique. Le texte qui suit présente une synthèse de la description et de l'évaluation de cette intervention. Il comprend les objectifs du projet-pilote et de l'évaluation, des références sur les modèles de suivi systématique (*case management*), la méthode de recherche, les activités du suivi systématique, les résultats de l'évaluation du projet et la discussion.

Les objectifs du projet-pilote et de l'évaluation

L'objectif principal du projet-pilote était de mettre au point une nouvelle intervention auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants et de les amener à mieux utiliser les services de santé et sociaux. L'évaluation de ce projet visait trois

* Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Membre du CRI (Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale-UQAM).

** Agent de recherche, CLSC des Faubourgs, Membre du CRI.

objectifs : 1) décrire les éléments du suivi systématique clinique auprès de ces personnes, 2) démontrer, au moyen de diverses mesures, les effets de ce type d'intervention sur l'état physique et psychosocial des sujets à l'étude et sur leurs conditions de vie, 3) connaître l'opinion de professionnels du CLSC et d'intervenants des ressources communautaires sur la contribution du suivi systématique à l'amélioration de la condition des personnes itinérantes et des services à ces personnes.

Les modèles de suivi systématique

L'outreach

La majorité des articles sur l'itinérance et la santé mentale (Bawden, 1990 ; Bush et al., 1990 ; Cohen, 1990 ; Putnam et al., 1986 ; Wasylenki et al., 1993) préconise la mise en place de services *outreach* et de suivi systématique. La notion d'*outreach* signifie « aller vers », sortir de l'institution pour aller rejoindre la clientèle dans le milieu où elle se trouve. Cette pratique d'*outreach* est essentielle car elle vise surtout les personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits par les services traditionnels à cause de leur fragilité, leur isolement et leur aliénation face aux services courants.

Plusieurs écrits présentent des projets d'*outreach* agressif qui ont vu le jour dans diverses régions des États-Unis et du Canada (Bush et al., 1990 ; Cunnane et al., 1995 ; Wasylenki et al., 1993). Le projet probablement le plus cité est le projet HELP (Homeless Emergency Liaison Project) réalisé à New York durant une année (Cohen, 1990 ; Cohen et Tsemberis, 1991 ; Marcos et al., 1990). Ce projet offrait des services psychiatriques d'urgence surtout aux personnes qui refusaient les traitements. Le projet était réalisé par une équipe multidisciplinaire qui disposait d'une unité mobile lui permettant d'évaluer sur place la clientèle ciblée. Si la personne avait besoin de soins psychiatriques, elle était transportée à l'hôpital avec ou sans son consentement. Des 298 personnes rejointes, 84 % ont été transportées involontairement et 96,5 % ont été hospitalisées dont 96 % involontairement. Deux ans après le début du programme, 28 % des patients vivaient en logement, 27 % en centres psychiatriques, 7,7 % vivaient sur la rue ; l'information n'était pas disponible pour les autres 37 %. Selon ces auteurs, ces chiffres traduisaient un impact positif, quoique limité, de ce programme. Ce projet, qui bénéficiait de moyens financiers importants, donnait peu de renseignements spécifiques sur les interventions des thérapeutes.

Le suivi systématique clinique

Baker et Intagliata résumant ainsi la définition du suivi systématique clinique :

Le suivi systématique est le lien entre le client et le système, le seul dispensateur de services concerné et responsable de la globalité du client. Par conséquent, ces agents procurent un mécanisme pour personnaliser le système de services. La relation humaine développée entre l'agent et le client devrait être considérée comme la force fondamentale du suivi systématique et les programmes qui s'en inspirent devraient être structurés pour faciliter et capitaliser sur ce processus (1991, 219).

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

Ross (1980) a répertorié trois modèles de suivi systématique. Le modèle minimal comprend quatre services : l'*outreach*, l'évaluation du client, la planification des soins et la référence aux autres professionnels. 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. 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.

Le projet PACT (Program of Assertive Community Treatment) est probablement le modèle de suivi le mieux connu et le plus efficace, car il comprend la gamme des services dont les personnes itinérantes ont besoin (Burns et Santos, 1995 ; Test et Stein, 1976). Il est caractérisé par des soins donnés là où le client se trouve, par des services complets et globaux, souples et individualisés ; le service est organisé de façon à ce que la personne itinérante puisse être aidée en tout temps. Plusieurs études ont démontré les résultats positifs de ce programme dont celle de Drake et Burns (1995), soit une amélioration de l'état clinique et du fonctionnement social, une baisse du nombre de jours d'hospitalisation, une augmentation de la satisfaction du client face aux services, une amélioration de l'habileté à une vie indépendante, la réinsertion dans la communauté et une amélioration de la qualité de vie. Ce programme d'une grande envergure et les projets d'*outreach* déjà mentionnés ont influencé quelque peu les membres de l'équipe du projet, qui disposaient

de moyens très limités, sans toutefois qu'ils adoptent ces modèles non adaptés à leur contexte organisationnel et clinique.

L'évaluation des programmes de suivi systématique

L'évaluation des programmes de suivi systématique de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves pose de grands problèmes méthodologiques. (Chamberlain et Rapp, 1991 ; Solomon, 1992). D'abord, les populations de malades mentaux semblent hétérogènes ; les clients sont âgés, ou jeunes ; les diagnostics sont variés. Ensuite, la pratique du suivi systématique, la variable indépendante, est rarement décrite. Selon Mueser et al. (1998, 65), la description des activités du clinicien est cruciale pour démontrer qu'un modèle d'intervention a été appliqué. Enfin, les effets sur l'état clinique des individus ne sont pas toujours mesurés, car les objectifs du programme sont souvent trop généraux. L'évaluation s'adresse plutôt à des éléments du système, tels que la manière d'utiliser les services et les caractéristiques des *case managers* plutôt que les effets du programme sur le client. La grande limite vient du fait que le suivi systématique n'est qu'un élément de la variable indépendante qui comprend aussi l'ensemble des services fournis par les refuges, les centres de jour et de nuit, les autres professionnels de la santé, etc.

Le suivi systématique clinique appliqué ici était particulièrement adapté à la clientèle de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves du CLSC des Faubourgs parce qu'il préconisait de la rejoindre où elle se trouvait (*outreach*). Il visait ensuite de l'appivoiser, lui donner les soins requis, créer une relation de confiance, l'accompagner à travers une série d'institutions et de services, satisfaire des besoins de base et l'aider à résoudre ses problèmes.

La méthode

Le devis

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

Tableau 1
Variables à l'étude et instruments pour recueillir les données

Activités de suivi systématique	Journal de bord du <i>case manager</i> auprès de 7 personnes	mai-nov. 1995 déc.-mai 1996
Évaluation du suivi systématique		
a) État physique et psychosocial de 14 personnes itinérantes	7 échelles (<i>case managers</i>) 1 échelle (intervenants dans les refuges et les centres)	décembre 1995 mai 1996
b) Perceptions de divers intervenants	Questionnaire aux 2 <i>case managers</i> Rencontre avec l'Équipe Itinérance (n=8) Questionnaire aux ressources communautaires et institutions (n=9)	juillet 1996 mai 1996 mai 1996

Le contexte de l'étude

L'équipe du projet-pilote du suivi fait référence à deux personnes (*case managers*): un infirmier qui travaillait trois jours par semaine et un travailleur social deux jours par semaine, les deux en étroite collaboration avec une psychiatre-consultante de l'Équipe Itinérance du CLSC. Cette dernière équipe, multidisciplinaire, était composée d'au moins neuf membres et elle appuyait l'équipe du projet-pilote, lorsque nécessaire. Au sein de l'équipe du projet, les rôles se répartissaient comme suit: l'infirmier assurait le suivi et la coordination des services pour le client, et le travailleur social collaborait étroitement avec l'infirmier soit pour intervenir auprès des clients ou pour recueillir ou donner de l'information à leur sujet, pour administrer leurs finances, leur trouver un logement, etc. La psychiatre évaluait la condition des clients et recommandait un régime thérapeutique.

Les sujets à l'étude

Le projet a adopté la définition de l'itinérance du Comité des sans-abri de Montréal (1987): *la personne itinérante ne dispose pas d'un logement stable, sûr et salubre pour 60 jours à venir, elle est dépourvue d'un réseau de soutien significatif et elle a de très faibles revenus ou n'en a aucun.* En plus de répondre à cette définition, les personnes suivies par les *case managers* devaient vivre dans la région de Montréal-centre, souffrir de troubles mentaux graves et persistants, avoir une histoire d'hospitalisations psychiatriques ou une incapacité fonctionnelle grave et persistante, et ne pas recevoir de soins psychiatriques parce qu'elles les refusaient ou que le système ne les dispensait pas.

Des refuges, des centres de jour du centre-ville et des centres hospitaliers ont référé des sujets aux *case managers*. Ces derniers avaient informé ces établissements qu'ils coordonneraient les soins de ces personnes afin d'en assurer la continuité et la cohérence, et afin d'éviter l'éparpillement et la duplication de services et l'éternel recommencement du plan de traitement. Sept hommes et sept femmes suivis intensivement par l'équipe du projet-pilote ont été inclus dans l'étude parce qu'ils étaient les plus perturbés et requéraient le plus de soins. D'autres clients (environ 35) ont reçu des services de l'équipe mais ils ne sont pas étudiés ici.

Les instruments de cueillette de données

Ces instruments sont de deux ordres : a) Le journal de bord de l'infirmier (*case manager*) recueille les données sur ses interventions auprès des personnes étudiées (la variable indépendante). b) Des échelles sont utilisées pour recueillir les données sur la condition des sujets et sur le travail des ressources communautaires (les variables dépendantes).

Le journal de bord pour les sujets

Dès le début du suivi, l'infirmier a tenu un journal de bord au sujet de sept clients choisis au hasard par le chercheur parmi les 14 évalués. Il y notait tout chaque jour : ses observations, ses actions, ses intentions, les rencontres avec le client, les contacts avec les organismes reliés au client, les multiples démarches pour trouver le client et pour parler à des intervenants dans les refuges, 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 relatives aux orientations et au fonctionnement de l'Équipe Itinérance, les rencontres avec des intervenants pour établir des collaborations, les questionnements des membres de l'équipe du projet au sujet de l'orientation générale des services aux personnes itinérantes, etc.

Les échelles de l'évaluation des clients

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

pondaient aux sept échelles suivantes : 1) l'état clinique - phénomènes psychiques, affectifs et psychosomatiques ; 2) l'état clinique physique ; 3) les habiletés de vie autonome ; 4) la collaboration au traitement ; 5) le fonctionnement social ; 6) les crises et les drogues ; 7) la résidence (pour la validation de ces échelles, voir Thibaudeau et al., 1997). 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 et adaptée aux limites de temps du *case manager*. Des items ont été empruntés de certaines échelles. Trois échelles ont été construites de toute pièce. Un psychiatre, un chercheur et trois cliniciens ont donné leur opinion sur la pertinence et la clarté des énoncés et ont suggéré des modifications. Il y a eu quatre versions des échelles. Aucun test psychométrique n'a été effectué sur ces échelles dont le but était de comparer les sujets au T1 et au T2.

Le questionnaire aux intervenants dans les refuges et les centres concernant le client

L'infirmier a fait remplir un questionnaire de dix énoncés et deux questions ouvertes par un intervenant clé dans un des refuges ou des centres de jour fréquenté par le client. Le but était d'obtenir l'opinion et les observations des intervenants des refuges et des centres sur le sujet à l'étude. Les items réfèrent au comportement du client, à ses relations interpersonnelles, ses soins personnels, sa capacité de suivre les règles de la maison, sa consommation de drogues et d'alcool, son état psychique en général, l'amélioration de son comportement et ses visites récentes à l'urgence psychiatrique.

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

Ce questionnaire recueille l'opinion des *case managers* sur l'ensemble de leur travail avec les personnes itinérantes, les effets de leurs interventions, leurs relations avec les intervenants dans les ressources, les difficultés rencontrées, etc.

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

Il s'agissait d'obtenir l'opinion des intervenants des ressources communautaires et d'établissements qui ont collaboré au projet-pilote. Le questionnaire est composé de 19 questions qui traitent du besoin de soutien des intervenants face au suivi systématique, de ses effets sur la clientèle et sur le travail des intervenants, de la collaboration avec l'équipe du suivi et du besoin de poursuivre l'expérience. Le questionnaire a été

envoyé à six refuges et centres de jour, deux foyers, quatre hôpitaux, deux prisons et la Curatelle après entente. Neuf questionnaires ont été retournés.

Les limites de l'évaluation

Il faut se rappeler qu'il s'agit ici d'un projet-pilote, exploratoire, réalisé dans le cadre des activités régulières du CLSC. La grande limite de l'étude vient du petit nombre de sujets évalués. Faute de temps, l'infirmier (il travaillait trois jours) ne pouvait décrire sa pratique en détail pour plus de sept des 14 sujets évalués. Toutefois, nous croyons que les activités relevées tracent un portrait assez fidèle du travail d'un *case manager* infirmier. Pour des raisons de logistique, seul l'infirmier a tenu un journal de bord ; nous aurions un meilleur tableau des interventions de réadaptation sociale si le travailleur social avait aussi pu faire de même, mais il ne travaillait que deux jours par semaine.

L'absence de la parole des personnes itinérantes est une autre limite. Nous n'avons pas interviewé les sujets étudiés. Ils étaient très malades et méfiants. Gagner leur confiance était déjà une activité extrêmement difficile pour le *case manager*. Enfin, une autre limite se rapporte à la durée du suivi systématique. Certains sujets ont été suivis durant onze mois, une durant deux mois. C'est très peu pour effectuer des changements significatifs dans un contexte de ressources limitées.

Les activités de suivi systématique

Les *case managers* n'ont pas suivi un modèle particulier de suivi systématique. Ils ont inventé leur propre modèle adapté aux besoins et au contexte dans lequel vivait leur clientèle. Dès le début, les deux membres de l'équipe se sont entendus sur des mécanismes de collaboration entre eux d'abord et avec les membres de l'Équipe Itinérance. Ils se sont aussi entendus avec les intervenants des ressources sur la nécessité du *reaching out*, de l'établissement de la confiance et d'un contrat clair entre le client et les *case managers*. Le *case manager* était un clinicien qui donnait des services directs ; il accompagnait ses clients dans les services que ceux-ci devaient utiliser. La psychiatre-consultante a accepté de superviser, une heure par semaine, l'infirmier qui jouait le rôle de *case manager* principal. L'infirmier connaissait déjà les personnes itinérantes pour avoir travaillé durant trois ans au sein de l'Équipe Itinérance. Ce dernier et le travailleur social avaient d'ailleurs plusieurs années d'expérience dans un hôpital psychiatrique.

Les journaux de bord analysés concernent les services dispensés à quatre hommes et trois femmes durant une période de deux à sept mois.

Au début du projet, ces personnes étaient connues de six à 13 intervenants de ressources communautaires, d'hôpitaux ou autres établissements. Le but de l'analyse du journal de bord était de décrire les activités que le *case manager* avait consignées afin de brosser un tableau de son travail. Le chercheur a d'abord lu le journal au complet pour avoir un aperçu global de la situation. Il a ensuite résumé quotidiennement les activités décrites pour et avec le client. Puis, il a développé une liste d'énoncés des observations et des activités du *case manager* qui, après quatre révisions, ont été classifiés en 24 catégories. Il y a sans doute des activités et des observations qui ne sont pas notées étant donné qu'elles avaient moins d'importance aux yeux du *case manager*. Le tableau 2 présente ces activités ordonnées en quatre classes, soit les activités et les observations notées le plus fréquemment au début du suivi, puis tout au long du suivi, ensuite surtout à la fin du suivi et, enfin, celles rarement ou pas notées vers la fin du suivi. En d'autres mots, ce tableau présente l'évolution du suivi systématique.

Tableau 2
**Activités et observations du *case manager*
notées dans le journal de bord**

Activités et observations notées le plus fréquemment au début du suivi
Soins donnés, examen physique, injections, médicaments, vêtements, etc

Recherche de renseignements sur le client

Visite au client où qu'il soit ou au sujet du client, cherche le client

Contrat avec le client

Contact avec la Curatelle, la police, les prisons, la cour- rôle d'avocat

Discussion avec autre intervenant ou professionnel pour établir plan de soins, contact avec intervenants d'autres ressources

Frustration du *case manager*

Démarche auprès du Bien-être social pour trouver une chambre

Manque de collaboration d'autres établissements

Mauvaise collaboration du client

Activités et observations notées tout au long du suivi

Soins donnés, etc.

Contact avec intervenants d'autres ressources

Contact avec la Curatelle, la police, la prison, la cour — rôle d'avocat

Frustration du *case manager*

Manque de collaboration d'autres établissements

Négociations avec le client

Clarification du contrat avec intervenants

Évaluation de la situation après recueil de renseignements, Plan de soin refait

Activités et observations notées surtout à la fin du suivi

Aide de plusieurs intervenants

Amélioration de l'état du client, Bonne collaboration du client, Aucune amélioration

Confidences, Confiance établie

Soutien

Activités et observations rarement ou pas notées vers la fin du suivi

Offre de services, de médicaments, etc.

Cherche le client

Mauvaise collaboration du client

Recherche de renseignements sur le client

Démarche auprès du Bien-être social pour trouver une chambre

Contrat avec le client

Discussion avec autre intervenant ou professionnel pour établir un plan de soins

La catégorie mentionnée le plus fréquemment est spécifique au rôle d'un infirmier, soit celle des « soins donnés, ... ». Le *case manager* a cherché tous les sujets au début du projet, surtout l'un d'entre eux durant deux semaines. Il nous a semblé que le temps passé par le *case manager* à chercher certains clients était énorme mais combien nécessaire. Cette activité ne se retrouve plus vers la fin de la cueillette de données.

Le contrat avec le client était aussi une activité importante surtout pour ceux qui coopéraient moins bien. Le contrat signifiait que le *case manager* et le client s'engageaient chacun de son côté à poser certains actes. Sur le même pied que le contrat, on retrouve la catégorie « Curatelle, police, prison, cour » notée chez cinq sujets. Ce qui nous amène à penser que ces grands malades étaient à quelque moment soit désorganisés ou intoxiqués, et qu'ils dérangent leur entourage. Ce thème semblait toujours difficile et laborieux pour le *case manager*. Il écrivait 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* semblait ralentir énormément l'évolution positive du client. Certaines activités « recherche de renseignements, contact avec des professionnels et des intervenants d'autres ressources et discussion avec eux pour établir un plan de soins » étaient présentes de façon continue afin de modifier le plan de soins selon l'évolution du client et pour s'as-

surer que le plan était compris de tous les intervenants. C'est en essence une extension du soin direct.

« Le manque de collaboration des autres institutions » est important. Il s'agissait parfois d'une référence à la *Charte des droits* pour indiquer que le professionnel dans un établissement ne pouvait donner de l'information. D'autres fois, c'était un intervenant qui ne retournait jamais les appels. À d'autres occasions, on répondait que l'on ne savait pas et que l'on n'avait pas le temps de chercher l'information. On constate rarement un manque de collaboration avec les ressources communautaires qui connaissaient et s'occupaient des personnes itinérantes mais fréquemment avec de grands établissements comme les hôpitaux ou le système judiciaire. Ce manque de collaboration et les relations difficiles avec la Curatelle, les prisons, ou la cour créaient de la frustration mêlée à un sentiment d'impuissance et d'indignation.

Certaines activités présentes au début du projet étaient absentes vers la fin, telles que « offre de services, de médicaments », et « démarches auprès du bien-être social pour trouver une chambre » ; par contre, certaines catégories, surtout des observations, qui n'existaient pas au début, étaient notées, telles que confiance établie, bonne collaboration du client, amélioration, aucune amélioration.

En résumé, dans les premiers six mois du suivi, la recherche des clients ciblés (*reaching out*) et les soins directs occupaient une grande partie du temps du *case manager* et le menaient au développement d'une relation de confiance. L'évaluation des clients et la recherche de renseignements de diverses sources prenaient aussi une grande importance. C'est durant cette période qu'un contrat était établi avec le client et qu'un plan de soins était formulé avec la personne itinérante et l'équipe du projet incluant la psychiatre-consultante. Le grand nombre de notations relatives aux établissements du système judiciaire sous-entend que les contacts avec ceux-ci étaient difficiles et incitaient le *case manager* à prendre la défense de sa clientèle. En lisant les journaux de bord, le chercheur était frappé à la fois par la similitude et la différence dans les conditions de vie et l'évolution des clients. Ils étaient tous semblables par certains aspects, tels que leur vulnérabilité, leur incapacité à suivre un plan de traitement, leur besoin d'aide pour continuer dans la vie et leur solitude. Mais, ils étaient aussi tous différents par d'autres aspects comme la réticence à se laisser approcher par un intervenant et le besoin de garder leur indépendance à la limite du possible.

Les résultats de l'évaluation des clients

L'infirmier a rempli, en décembre 1995 (temps 1), les échelles d'évaluation pour les 14 sujets qu'il suivait. Un client est allé à l'Institut Philippe Pinel et un autre a été hospitalisé à la demande du *case manager* pour une condition physique quelque temps après son entrée dans le projet. Le *case manager* a toutefois continué à s'intéresser à eux ; les renseignements à leur sujet sont parfois limités. L'infirmier a de nouveau complété les mêmes échelles en mai 1996 (temps 2). Un sujet était alors déménagé à Vancouver. Ainsi, dans la plupart des cas, l'information est disponible pour 13 sujets quoiqu'elle n'est pas toujours complète.

Tableau 3
Nombre de sujets selon la fréquence des problèmes psychiques
(n=13)

Problèmes	Fréquence		Toujours		Souvent		Jamais		NSP			
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2		
Concentration diffic.	0	1	1	0	6	6	4	2	0	0	2	4
Blancs de mémoire	0	0	1	0	4	4	2	5	2	0	4	4
Pas de suite idées	0	0	0	0	2	2	5	7	2	2	4	2
Incohérence	0	0	1	0	4	0	4	9	3	2	1	2
Persécuté	0	1	4	2	5	7	3	1	0	*	1	1
Entend des voix	0	0	1	1	2	4	2	3	3	2	4	3
Déprimé, triste	0	0	2	3	6	6	3	3	1	1	*	0
Se sent seul	1	0	2	7	5	4	0	1	0	0	5	1
Peu d'intérêt	1	0	1	6	3	4	6	3	1	0	1	0
Irritabilité	0	1	6	2	3	4	2	4	2	2	0	0
Malaises	0	2	2	1	4	5	4	2	1	0	1	3
Anxiété	0	1	5	5	2	6	3	1	2	0	*	0
Agitation psychom.	0	0	4	3	2	5	2	4	4	1	*	0

* donnée manquante

Le tableau 3 présente le nombre de sujets qui ont manifesté des problèmes psychiques, affectifs et psychosomatiques tels que perçus par le *case manager* au T1 et au T2. L'échelle de cinq points de « toujours » à « jamais » comprend six énoncés d'ordre psychique, quatre d'ordre affectif et trois de nature psychosomatique. Les trois premières colonnes de « toujours » à « souvent » indiquent qu'au T2 un plus grand nombre de personnes avaient des symptômes surtout en ce qui a trait à la solitude, au sentiment de persécution, aux hallucinations, au manque d'intérêt pour des personnes et des activités, aux malaises, au manque d'intérêt, à l'anxiété générale et à l'agitation psychomotrice. D'un autre

côté, les sujets étaient moins incohérents et moins prêts à se fâcher et ils avaient moins de pertes de mémoire. L'infirmier notait moins souvent la cote « ne sais pas ». Comme il connaissait mieux les sujets, il semblait mieux comprendre leur langage, et leur histoire, à la longue, venait à prendre un sens. De plus, les personnes étaient probablement plus à l'aise pour parler de leur solitude.

Les problèmes physiques sont classés en huit catégories : maux de tête, troubles de vision, problèmes de peau, de pieds, etc. que le *case manager* devait identifier sur une échelle de trois niveaux : « souvent », « parfois » et « jamais ». Au T1, l'infirmier a noté quelques problèmes de pieds, de peau, des problèmes gastro-intestinaux. Six à 12 sujets avaient une cote « ne sais pas » aux huit items de cette échelle. Au T2, le nombre de problèmes physiques a augmenté chez 11 sujets (tableau 6). On peut se demander si au début l'infirmier était tellement préoccupé par la condition psychique qu'il ne voyait pas les autres problèmes de santé, ou bien si les sujets étaient habitués à leur condition et n'en parlaient pas. Au T2, certains sujets avaient des diagnostics médicaux à la suite d'une meilleure évaluation de leur santé. Comme les clients étaient mieux connus et leurs comportements destructeurs semblaient contrôlés, il se peut que le *case manager* ou la personne elle-même voyaient mieux les problèmes physiques. Qu'une patiente soit décédée au foyer d'accueil après des visites à l'urgence, une hospitalisation de deux jours et un diagnostic de « pas de problème », cela indique peut-être qu'il faut prendre plus au sérieux les problèmes physiques des personnes itinérantes. Le journal de bord présentait d'ailleurs un *case manager* qui sentait que les choses allaient mal et qui faisait pression en vain, sur le système pour obtenir de l'aide pour cette patiente.

Huit échelles ordinales de 4 points captaient les habiletés de vie autonome (tableau 4). On observe de légers changements positifs quant à la capacité d'aller à divers endroits pour avoir des services, au désir de travailler, de vivre en chambre et non en refuge et de se procurer une alimentation adéquate. On note toujours une grande difficulté à administrer son budget et à organiser l'ensemble de sa vie.

C'est sur le plan de la collaboration au traitement que l'on a constaté le plus d'amélioration (tableau 5). Au T2, six sujets participaient de façon partielle ou entière à la définition des objectifs de soins comparativement à un seul au début. Seulement quatre sujets ne collaboraient pas encore contrairement à 11 au début, huit acceptaient d'être suivis régulièrement. Les quatre sujets qui refusaient étaient quand même visités par le *case manager*. Neuf acceptaient les médicaments qu'on leur donnait, souvent dans les centres de jour, comparativement à quatre au

début. La grande majorité ne prenait pas leurs médicaments pour une raison évidente; les personnes itinérantes ont peu d'endroits pour les garder. En résumé, on a constaté de l'amélioration chez sept sujets.

Tableau 4

**Opinion du case manager
sur les habiletés de vie autonome des sujets (N=13)**

Habiletés	Opinion		Vrai		Plutôt vrai		Plutôt faux		Faux		NSP	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Hygiène personnelle	2	1	8	5	3	7	0	0	0	0	0	0
Apparence délabrée	1	0	6	8	5	4	1	1	0	0	0	0
Administre bien finances	0	0	0	0	2	1	10	11	1	1	1	1
Se déplace seul	7	9	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0
Alimentation adéquate	1	1	7	9	4	4	1	0	0	0	0	0
Veut vivre en chambre	4	8	8	2	0	0	1	3	0	0	0	0
Désire travailler	2	1	0	3	0	2	10	7	1	0	1	0
Incapable de s'organiser	5	2	3	7	4	2	1	2	0	0	0	0

Tableau 5

**Opinion du case manager sur la collaboration des sujets
au traitement (N=13)**

Comportements	Collaboration		Entière		Partielle		Aucune			
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2		
Définition des objectifs	0	0	0	2	1	4	1	2	11	4
Accepte d'être suivi (cm)	0	0	2	5	3	3	3	0	5	4
Désire collaborer	0	0	0	1	2	5	6	3	4	3
Accepte interv. autre organ.	2	1	1	3	2	3	5	1	3	4
Appelle case manager	0	1	0	0	1	1	6	6	6	4
Va au CLSC s. rendez-vous	0	0	0	0	1	3	5	3	6*	6
Prend seul médicament	0	0	0	0	0	0	4	2	9	9+
Accepte méd. si donné	2	3	0	2	2	4	5	2	4	1
Accepte examen c.m.	0	1	2	3	4	3	3	2	4	3
Accepte examen psych.	1	1	1	1	3	2	5	7	3	1
Accepte tout traitement	1	2	1	1	2	4	7	2	3	3

n= 12 sujets au T2; += ne sais pas pour un sujet; *= un sujet non noté. * donnée manquante

Le tableau 6 présente un résumé de l'évolution des sujets relative à chacune des sept variables étudiées. Pour chaque sujet, un jugement était posé à partir de ses résultats à chaque échelle. S'il obtenait plus de changements positifs que de négatifs ou aucun changement, un jugement d'amélioration était attribué. De la même manière, un jugement était porté pour un changement négatif ou encore, aucun changement.

Tableau 6
Évolution des clients relative à sept variables

Variables	Clients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problèmes psychiques		-	-	+	-	+	-	-	m	-	-	m	m	-
Problèmes physiques		-	-	-	-	-	-	m	m	-	-	-	-	-
Habilités vie autonome		+	m	+	+	+	+	m	m	+	+	+	m	-
Fonctionnement société		m	+	-	+	+	+	+	m	+	+	+	-	m
Crises, drogues		+	m	+	-	-	+	+	-	-	-	+	m	m
Résidence		-	+	*	-	+	+	-	-	-	+	+	m	+
Collaboration traitement		-	+	+	+	+	m	m	m	-	+	+	-	+

+ = légère amélioration ; m = état le même ; - = état moins bon ; * donnée manquante

Quant au fonctionnement social, la plupart des sujets étaient souvent isolés au T1. Ces personnes n’avaient pas de famille et de réseau social ; deux sujets visitaient un ami. Les changements positifs au T2 (tableau 6) se rapportent surtout à de meilleures relations avec les professionnels et les intervenants dans les refuges et les centres. Pour les variables « crises et drogues » et « résidence », à la fin de l’étude, huit sujets ne prenaient pas de drogues à des fins non médicales, trois sujets en prenaient quelques fois et deux souvent. Neuf sujets ne couchaient plus dans les refuges. La plupart vivaient en chambre, un sujet était en foyer d’accueil. Au cours des trois derniers mois, quatre sujets étaient demeurés en prison au moins 24 heures ; au début, huit sujets avaient récemment été incarcérés. Cinq sujets étaient demeurés à l’hôpital plus de 48 heures vers la fin du projet tandis qu’au début du projet, sept sujets avaient été hospitalisés. En résumé, on a remarqué des améliorations chez six sujets, quatre semblaient moins bien, et trois semblaient inchangés.

Les perceptions des intervenants des refuges quant à la condition des sujets

En décembre 1995, les sujets présentaient, de façon générale, peu de problèmes pour leur refuge ou leur centre. Ils avaient un comportement approprié. Neuf suivaient les règles de la maison et étaient polis avec les intervenants. Cinq sujets aimaient parler avec les gens autour d’eux. Un sujet se mettait souvent en colère et un autre consommait de l’alcool. Six sujets ne prenaient pas soin d’eux-mêmes.

En mai 1996, seulement cinq sujets fréquentaient ces milieux. Deux sujets étaient en prison, une dame était décédée, les autres vivaient en chambre. Les intervenants ont vu une amélioration chez trois sujets.

Ils faisaient appel au CLSC en cas de besoin ou de demandes relatives à la santé des sujets.

L'évaluation générale du suivi systématique clinique

L'opinion des ressources communautaires et des établissements

Le tableau 7 présente la perception des intervenants des ressources et des établissements quant à la contribution du suivi systématique clinique à l'amélioration de leurs services aux itinérants. De façon générale, ces derniers étaient satisfaits de l'aide qu'ils recevaient. Les *case managers* voulaient consacrer plus de temps aux ressources, mais, faute de temps, ils devaient limiter leurs visites ; ainsi, six répondants ont estimé qu'ils avaient eu peu d'occasions de mieux connaître les problèmes psychiatriques.

Tableau 7
Contribution du suivi systématique à l'amélioration de la condition des personnes et des services selon l'opinion des intervenants des ressources et des établissements (n=9)

Sujets traités	Intensité	Beaucoup	Moyen	Peu	NSP
Prévenir crises chez les personnes itinér.	3	4	2	0	0
Suivi des soins psychiatriques	5	2	2	0	0
Comblent lacune dans la continuité des soins	6	0	3	0	0
Faire le lien avec le psychiatre traitant	4	2	2	1	1
Faciliter la prise de médicaments	6	1	1	1	1
Respecter les rendez-vous chez le psych.	5	1	2	1	1
Faciliter le travail des intervenants	7	0	2	0	0
Mieux connaître les troubles mentaux	3	0	6	0	0
Mieux outiller l'intervenant	3	1	5	0	0
Soutien aux intervenants	4	2	3	0	0
Appuyer le travail des psychiatre-parrains	0	2	5	2	2
Agrandir le réseau de collaboration	3	4	2	0	0
Améliorer la collaboration entre la ressource et l'Équipe Itinérance	6	3	0	0	0

NSP = ne sais pas

Ce sont les foyers privés et les centres de jour qui demandaient le plus d'aide, surtout pour les sujets qui présentaient de multiples problèmes tels que l'intoxication aux drogues ou à l'alcool associée à un trouble mental. D'ailleurs, tous les types de toxicomanie créaient des difficultés aux ressources et de même les problèmes de comportement,

particulièrement les comportements de violence. Les intervenants étaient moins capables de mettre des limites à des comportements moins adéquats. Aussi, le travailleur social, lors de ses visites dans les centres, les aidait à faire face à ce type de comportements. Il semble toutefois que cinq intervenants ne se sentaient pas mieux outillés.

Les relations entre le *case manager* et les intervenants des ressources communautaires et la collaboration qui s'en suit sont fondamentales dans la dispensation des services aux personnes itinérantes. Établir un consensus sur la façon dont on va s'occuper de quelqu'un, les réunions où l'on discute de collaboration, l'élaboration d'un plan de soins commun, la compréhension de la dynamique d'une situation, la formation en intervention, le soutien font tous partie de la liste des moyens prioritaires. Tout le travail du *case manager* pour améliorer l'état du client et prévenir des problèmes vient soutenir et encourager les intervenants. Ils ont besoin d'une oreille attentive quand ils « se vident le cœur » au sujet du « système ». Bref, les bonnes relations avec les ressources dépendaient de l'aide procurée par l'équipe aux clients et des conseils donnés aux intervenants. Quatre intervenants se sentaient appuyés, mais trois autres répondants auraient souhaité plus de soutien.

L'opinion de l'équipe du projet et de l'Équipe Itinérance

Afin de mieux comprendre le processus de suivi systématique et ses effets sur la population-cible et les ressources, nous avons demandé l'opinion des membres de l'équipe du projet et de l'Équipe Itinérance. À eux deux, les *case managers* de l'équipe du projet couvraient 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. Lors des interventions, la personne itinérante était placée face aux conséquences de ses actes. Plusieurs clients étaient référés par l'Équipe Itinérance, particulièrement l'infirmière des cliniques de rue. Les membres de cette grande équipe venaient au besoin, à la rescousse de l'équipe du projet.

Tous s'entendent pour dire qu'il ne peut y avoir de travail efficace de suivi systématique sans l'appui d'une équipe plus large, composée de plusieurs types de professionnels aux compétences variées pour dispenser des soins aux personnes ayant des problèmes complexes, allant des multidiagnostics aux difficultés de toutes sortes. L'Équipe Itinérance assurait la continuité des soins, différentes formes d'entraide et de soutien à l'infirmier qui parfois avait tendance à se décourager. Nous avons noté que les deux membres de l'équipe du projet avaient développé une solide collaboration. Il y avait beaucoup de zones grises dans leur travail,

mais chacun savait ce qu'il avait à faire et comment le faire. Les deux intervenants savaient surtout qu'ils pouvaient compter sur l'un et l'autre en cas de panne. Les co-équipiers étaient d'accord pour dire que c'est le travail d'équipe et de réseau qui facilite le plus la tâche du *case manager*. Les refuges et les centres qui accueillent les clients et tentent de leur venir en aide sont aussi d'un précieux secours.

Les membres de l'équipe ont identifié des indicateurs d'amélioration de la condition des clients. Le premier signe est le contact positif avec les membres de l'équipe. C'est la confiance qui s'est établie. Étant donné que ces clients sont farouches au départ (expression d'un intervenant dans une ressource), parvenir à les apprivoiser s'avère une tâche ardue. La confiance établie indique que le client pourra dans une certaine mesure, collaborer avec l'équipe et les services de santé. Le client vient alors au CLSC pour des rendez-vous ou pour demander de l'aide. Le *reaching out* est considérablement diminué ou encore, il n'est plus nécessaire. Ces opinions confirment les résultats présentés ci-dessus.

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

Selon le *case manager*, trois facteurs sont associés à la difficulté de travailler avec les personnes itinérantes perturbées. C'est leur agressivité pas toujours compréhensible, qui n'est pas spécifiquement dirigée vers le *case manager* mais qui crée chez lui un malaise. 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 du *case manager*. Enfin, les limites imposées par la *Loi sur la protection du malade mental* sont majeures dans la mesure où les professionnels en psychiatrie ne peuvent pas soigner la personne itinérante perturbée qui refuse tout traitement sans avoir recours à des mesures légales extraordinaires et coûteuses.

Les « chaînons manquants » préoccupaient les membres de l'équipe et rendaient le travail difficile aux intervenants des services communautaires et des établissements. Certains clients difficiles sont « barrés » dans tous les centres, ce qui signifie qu'aucun refuge ou centre de jour ne veut les garder. Ils sont perturbateurs, ne se conforment pas aux règles et consignes et causent parfois des dommages aux propriétés matérielles. Selon l'équipe du projet, un autre genre de centre de jour est nécessaire, un centre structuré où ces clients sont pris en charge ; un endroit où il y a des restrictions pour les comportements inacceptables et où les personnes sont occupées à faire des choses utiles et intéressantes.

D'ailleurs, les *case managers* étaient constamment préoccupés par la question d'un logement permanent et d'un milieu de vie stable pour les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves. « 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 ». Il faut des logements permanents supervisés, des foyers d'accueil avec des possibilités de réadaptation. Enfin, il faut peut-être un centre d'hébergement spécialisé, et non pas une prison, pour les plus malades afin de les soigner, les protéger, les encadrer et leur donner une médication et un traitement appropriés. Il faut aussi créer un réseau de services intégrés pour cette population et développer le suivi et la liaison avec l'Équipe Itinérance. Il n'est probablement pas nécessaire de créer de nouvelles ressources mais plutôt de modifier ou d'élargir le rôle de certaines. Il serait aussi souhaitable de rendre permanent le service de suivi systématique clinique et d'augmenter le nombre de professionnels intervenant, de garder des lits pour cette population (environ 15), et d'offrir un service d'urgence pour les personnes qui, en plus de leur problème de santé mentale, souffrent de problèmes de toxicomanie.

Discussion

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

Nous avons observé que le comportement des personnes itinérantes changeait quelque peu avec le suivi systématique clinique d'un *case*

manager. Nous avons eu l'impression que ces personnes prenaient conscience de leur condition, d'où leur état de tristesse plus marqué. Nous avons noté un 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* est plus en mesure d'évaluer la santé globale de la personne ; il est fort probable que la personne même ressent davantage ce type de problèmes étant donné qu'elle est moins sous l'effet d'intoxiquants.

Même si le suivi systématique a duré moins de onze mois, nous avons pu observer des changements positifs comme l'établissement du lien de confiance entre le *case manager* et la personne itinérante et la confiance qui se transférait aux membres de l'Équipe Itinérance. De plus, les personnes suivies collaboraient mieux à la prise de médicaments et aux exigences du contrat. À la fin, il n'y avait plus de *reaching out* comme au début.

Les données recueillies auprès des intervenants des ressources et des établissements indiquent leur besoin de formation particulièrement dans la gestion de crise et l'encadrement des personnes aux comportements difficiles. La courte durée du projet-pilote ainsi que le nombre limité de *case managers* n'ont pas permis ce type d'intervention. Les données démontrent aussi la nécessité de concertation entre tous les intervenants appelés à intervenir auprès des personnes itinérantes. La *Loi sur la protection du malade mental* demeure une embûche qui entrave le travail des professionnels et, conséquemment, celui des intervenants des ressources, des policiers et des techniciens-ambulanciers. Doit-on y apporter les modifications qui permettraient aux professionnels de traiter les plus malades qui refusent les soins ?

Les résultats de l'étude et les réflexions des professionnels et des intervenants soulèvent bien des questions. Le suivi systématique clinique peut améliorer la condition de certaines personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves, mais pour combien de temps au sein du système actuel ? Peut-on maintenir ces acquis en l'absence de ressources communautaires et de milieux de vie adaptés aux besoins de cette population ? Dans son article sur le suivi systématique clinique, Kanter (1989) parle de *intermittent individual psychotherapy*. La psychothérapie offerte aux personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves est peu discutée dans les écrits sur le suivi systématique. Il ne semble pas que les sujets du projet pouvaient s'engager, dans les six premiers mois du suivi, du moins dans les conditions actuelles, dans un processus très complexe d'évaluation de leur propre comportement.

Quelle thérapie est indiquée pour ces personnes itinérantes ? Après les avoir nourries, soignées, vêtues et logées, doit-on penser les engager dans un processus thérapeutique qui pourrait leur permettre de résoudre leurs problèmes et réorienter leur vie ? Les services psychiatriques actuels peuvent-ils atteindre cet objectif si l'individu n'a pas un milieu stable et sécuritaire ?

C'est d'une voix unanime que tous les intervenants et les professionnels rencontrés dans cette étude veulent que le travail du *case manager* se poursuive et se développe afin d'élaborer de nouveaux modes d'intervention plus adaptés à cette population. C'est aussi le désir clairement exprimé par tous les répondants que des solutions soient trouvées au problème de logement de ces personnes. Nous avons présenté les modèles de suivi systématique de Ross (1980). Ne faudrait-il pas adopter le modèle modifié qui englobe tous les services du modèle d'*outreach* et de coordination ainsi que la création de ressources appropriées et de réadaptation sociale ? Tous sont d'accord avec cette solution : les auteurs américains et canadiens qui étudient depuis 25 ans les bénéficiaires et les limites du suivi systématique, les professionnels qui s'occupent de façon permanente ou intermittente des personnes itinérantes atteintes de troubles graves, les intervenants des ressources de toutes sortes, les policiers, etc. Alors, comment se fait-il que l'on ne parvienne pas à améliorer davantage le sort de ces personnes ? Dès 1976, Test et Stein proposaient que les services soient orientés vers un système véritablement intégré au sein duquel toutes les interventions sont organisées de façon cohérente entre le traitement, la réadaptation et l'intégration sociale. Qui prendra la responsabilité de mettre sur pied un système intégré dont la finalité est l'intégration dans la société des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ?

Conclusion

L'expérience-pilote de suivi systématique clinique s'est avérée en partie efficace malgré sa courte durée et les ressources limitées qui y furent affectées. L'évaluation de l'expérience a démontré que l'approche a permis d'améliorer la collaboration de certains sujets à leurs soins et faciliter le travail des intervenants des ressources communautaires et des établissements. Les effets sur la condition psychopathologique restent toutefois limités. Les *case managers* ont réussi à apprivoiser les personnes et à entreprendre des démarches pour intégrer ces personnes au sein des services réguliers.

Les participants de cette étude suggèrent l'adoption d'une approche multidisciplinaire d'*outreach* et de suivi systématique clinique dans

la communauté, le développement de logements stables et la mise sur pied de programmes de réadaptation psychosociale. Ils préconisent de plus une intervention concertée et coordonnée, la dispensation de toute la gamme de services nécessaires et la participation active de tous les acteurs.

RÉFÉRENCES

- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1991, Case management, in Liberman, R.P., ed., *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, MacMillan Publishing Company, New York, 213-243.
- BAWDEN, E. L., 1990, Reaching out to the chronically mentally ill homeless, *Journal of Psychosocial Nursing*, 28, 3, 6-13.
- BURNS, B. J., SANTOS, A. B., 1995, Assertive community treatment: An update of randomized trials, *Psychiatric Services*, 46, 7, 669-675.
- BUSH, C. T., LANGFORD, M. W., ROSEN, P., GOTT, W., 1990, Operation outreach: Intensive case management for psychiatrically disabled adults, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 647-649.
- CHAMBERLAIN, R., RAPP, C. A., 1991, A decade of case management: A methodological review of outcome research, *Community Mental Health Journal*, 27, 3, 171-188.
- COHEN, N. L., 1990, Stigma is in the eye of the beholder: A hospital outreach program for treating homeless mentally ill people, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 255-258.
- COHEN, N. L., TSEMBERIS, S., 1991, Emergency psychiatric intervention on the street, *New Directions for Mental Health Services*, 52, 3-16.
- COMITÉ DES SANS-ABRI DE LA VILLE DE MONTRÉAL, 1987, *Vers une politique municipale pour les sans-abri*, Ville de Montréal, Montréal.
- CUNNANE, E., WYMAN, W., ROTERMAND, A., MURRAY, R., 1995, Innovative programming in a community service center, *Community Mental Health Journal*, 31, 2, 153-161.
- DRAKE, R. W., BURNS, B. J., 1995, Special section on assertive community treatment: An introduction, *Psychiatric Services*, 46, 7, 667-668.
- GREENE, R. R., VOURLEKIS, B. S., 1992, *Social work: Case management*, in ed., Vourlekis, B.S., and Greene, A., de Gruyter publisher, New York, 6-22.
- KANTER, J., 1989, Clinical case management, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, 361-368.

- MARCOS, L. R., COHEN, N. L., NARDACCI, D., BRITAIN, J., 1990, Psychiatry takes to the street: The New York City initiative for the homeless mentally ill, *American Journal of Psychiatry*, 147, 11, 1557-1561.
- MUESER, K. T., BOND, G. R., DRAKE, R. E., RESNICK, S. G., 1998, Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1, 37-74.
- PUTMAN, J. F., COHEN, N. L., SULLIVAN, A. M., 1986, Innovative outreach services for the homeless mentally ill, *International Journal of Mental Health*, 14, 4, 112-124.
- ROSS, H., 1980, *Proceedings of the Conference on the Evaluation of Case Management Programs* (March 5-6, 1979), Volunteers for Service to the Older Persons, Los Angeles.
- SOLOMON, P., 1992, The Efficacy of case management services for severely mentally disabled clients, *Community Mental Health Journal*, 28, 3, 163-179.
- TEST, M., STEIN, L. I., 1976, Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients, *Community Mental Health Journal*, 12, 1, 72-82.
- THIBAudeau, M. F., FORTIER, J., CAMPEAU, 1997, *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants: profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions*, Rapport de recherche, CLSC des Faubourgs, Montréal
- WASYLENKI, D. A., GOERING, P. N., LEMIRE, D., LINDSEY, S., LANCEE, W., 1993, The hostel outreach program: Assertive case management for homeless mentally ill persons, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 9, 848-853.

ABSTRACT

Clinical case management of severely mentally ill homeless people

The aim of this clinical case management project was to improve the health and quality of life of homeless mentally ill people and to help them use more appropriately health and welfare services. During a descriptive study that lasted 12 months, data was collected concerning the case manager's intervention as well as the assessment of these interventions on the clients' health and behavior and on community resources' services. Although limited in scope and length, the project shows some positive results. Recommendations are made concerning essential collaboration between all health and welfare professionals working with this population.

RESUMEN

El seguimiento clínico sistemático de personas itinerantes que sufren de desórdenes mentales graves y persistentes

El objetivo del seguimiento clínico sistemático descrito en este artículo era mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas itinerantes que sufren de desórdenes mentales graves y persistentes, así como ayudarlas a utilizar apropiadamente los servicios de salud y bienestar. Es por medio de un estudio descriptivo de 12 meses con 14 personas itinerantes, que los datos referentes a las intervenciones del *Case manager* han sido recogidos con diversos trabajadores del CLSC des Faubourgs, del personal comunitario y de establecimientos de salud. La experiencia resultó positiva, pese a su corta duración y lo limitado de los recursos asignados. Las recomendaciones son presentadas con miras a una acción concertada de todos los que trabajan con esta población.