

# Être psychiatre auprès des personnes itinérantes. Témoignage A psychiatrist working with homeless people: A commentary

Marie-Carmen Plante

Volume 37, Number 1, Spring 2012

Santé mentale au coeur de la ville II

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1012644ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1012644ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Plante, M.-C. (2012). Être psychiatre auprès des personnes itinérantes. Témoignage. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 65–77. <https://doi.org/10.7202/1012644ar>

Article abstract

Testimony about the learning and working experience of twenty years of clinical practice with mental illness and homeless people; the author describes the therapeutic paradigm and clinical strategies the psychiatrist must learn and employ to encounter these patients, engage them in a treatment and rehabilitation towards a personalised life project to the recovery. The author then reviews some perspectives for the future care of this population.



## Être psychiatre auprès des personnes itinérantes. Témoignage

---

Marie-Carmen Plante\*

Témoignage d'une médecin-psychiatre sur son expérience de vingt ans de pratique clinique auprès de personnes atteintes de maladie mentale et itinérantes. Elle définit le paradigme thérapeutique et les stratégies d'intervention que le psychiatre doit connaître, pratiquer et s'approprier pour apprivoiser cette clientèle, et l'engager dans le traitement et la réadaptation vers un projet de vie personnalisé et vers son rétablissement. On y retrouve quelques perspectives d'avenir auprès de cette population.

Is it clear that we know how to tackle many of the problems faced by those who are mentally ill and homeless. This is no longer a field of uncharted terrain. Now, we failed because we won't, not because we can't address these issues (Stephen M. Goldfinger, 2006)

Intervenir en tant que psychiatre auprès des personnes en souffrance psychique, porteuse de cette inquiétante étrangeté que représentent l'errance et la marginalisation, est une éthique de reconnaissance de la souffrance des sujets en déshérence et non une psychiatrisation du problème » (Jean-Pierre Martin, 2011)

**À** mon arrivée à l'Hôpital Saint-Luc en 1986, situé au centre-ville de Montréal, l'itinérance était un phénomène généralisé. De nombreuses personnes avec des troubles mentaux vivaient cette condition et subissaient ses effets négatifs. L'année 1987, consacrée l'Année des Sans-Abri, a attiré l'attention des autorités politiques et municipales sur ce phénomène en créant par exemple la ressource Dernier recours Montréal (Goldfinger, 2006 ; Martin, 2011 ; Lecomte, 1988).

Rapidement, nous nous sommes rendus compte que les problèmes des itinérants sont complexes, et qu'il n'y aucune solution magique au soulagement de leur détresse, même en étant assurés de la collaboration des ressources, connues depuis longtemps pour leur travail humanitaire,

---

\* M.C. Plante est médecin-psychiatre au CHUM depuis 1986. Elle a travaillé dans l'Équipe Itinérance CLSC des Faubourgs de 1990 à 2007, et dans le Projet Chez Soi de 2008 à 2012.

comme l'Accueil Bonneau, La Maison du Père et tout le réseau visant à diminuer les inégalités sociales et la pauvreté. Au contraire, ces dernières étaient dépassées par la multiplication des problèmes de troubles mentaux, de toxicomanie et de comorbidité. Au lieu de pouvoir nous venir en aide comme nous l'espérions, ces dernières nous ont plutôt fait des demandes de soutien pour améliorer leurs capacités d'aide.

Déjà sensibilisée à cette problématique de par ma formation en psychiatrie communautaire et de par la psychiatrie spécifique, pratiquée au Centre ville de Montréal par les intervenants de la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc, j'ai été amenée à m'y intéresser et à m'y engager d'une manière qui allait au-delà du cadre thérapeutique de l'Hôpital. Investir le milieu de l'itinérance d'une manière autre que celle prônée par le milieu hospitalier ne fut pas facile et sans crainte. La plongée dans l'inconnu m'a effrayée un long moment, et m'a obligée à définir comme psychiatre, même d'orientation communautaire, un rôle face à ce phénomène qui puisse être à la fois original et respecter les orientations professionnelles.

Dans ce témoignage, je vous présente ce que j'ai découvert et mis en pratique, m'appuyant sur les écrits scientifiques de l'époque, la participation aux congrès et aux colloques américains sur cette question, et les rencontres et échanges avec des psychiatres américains déjà engagés dans ce processus d'aide et dans la recherche de solutions, tout en ayant une pratique quotidienne avec les intervenants du milieu. Durant ces dernières années, cette recherche d'informations et de ressourcement s'est enrichie grâce aux échanges avec des confrères français et européens et au partage avec eux d'un ensemble de réflexions sur cette problématique, qui ne cesse de nous questionner.....

### **Paradigme thérapeutique et stratégies cliniques**

Définir un nouveau rôle n'est pas évident (Goldginger et al., 1990). Comme le dit si bien Hunter L. McQuiston (2003), les psychiatres américains ont été les premiers à construire un cursus de connaissances. Ils ont du vivre une problématique d'envergure nationale durant les années 1980, étant souvent les seules ressources disponibles ou sensibilisées aux problèmes des personnes de la rue. Rapidement, ils se sont concertés avec d'autres professionnels, et ont formé des équipes multidisciplinaires pour développer une multitude d'approches de traitement, et de réhabilitation pour faire face à des problèmes sociaux et cliniques d'une extrême complexité.

S'occuper des personnes itinérantes est un nouveau paradigme, un processus évolutif et de longue haleine qui oblige à tenir compte des

besoins manifestés ou non par les personnes, et de leurs possibilités de traitement et de réadaptation. Le rétablissement et les interventions cliniques sont les éléments essentiels d'un effort élargi pour vaincre l'itinérance.

Il est devenu de plus en plus évident que les personnes avec des troubles mentaux sévères, désaffiliées, exclues et présentant des dépendances chimiques ou d'autres comorbidités, nécessitent un suivi intensif dans la communauté, intégré à d'autres formes de soutien, et que l'accès au logement est un pré-requis indispensable à la réussite de tels efforts.

## **Rôle du psychiatre**

### ***Adaptation ethnopsychiatrique***

Lorsque nous nous rapprochons de la population itinérante, nous pénétrons dans un territoire inconnu et mystérieux qui nous oblige à connaître de l'intérieur les valeurs, la philosophie et les modes d'approche utilisés dans ces nouveaux milieux comme les structures d'hébergement, les soupes populaires, les centres de jour, les milieux de vie pour personnes de la rue, les lieux d'accueil et les autres ressources communautaires qui répondent aux besoins de ces populations. Il est important d'établir une collaboration positive avec ces milieux, de s'approprier leur contenu, expériences et vécu, de trouver un sens à leur action et à celle que nous y mènerons en travaillant étroitement avec eux.

Une collaboration étroite est essentielle car la psychiatrie n'est pas toujours connue, ni perçue positivement dans ces milieux qui ont parfois connu de très difficiles expériences avec le milieu hospitalier, et à qui on demande beaucoup d'efforts sans offrir l'équivalent en terme de support demandé et attendu. Exercer la psychiatrie dans de tels contextes, sans balises précises et sans nos filets protecteurs habituels, exige de travailler selon de nouvelles normes, d'en inventer même, de sortir de nos institutions et de leurs appréhensions de l'itinérance pour repérer et connaître les différents lieux de vie où il est possible de rencontrer les personnes de la rue.

Lim (2006) insiste sur la compréhension du comment l'identité culturelle des personnes de la rue influence l'expérience et le comportement humain. Le psychiatre, comme les autres professionnels, requière des compétences cliniques de base pour intégrer activement les normes sur les origines raciales, l'ethnicité, le genre, et les orientations sexuelles dans l'approche clinique quotidienne, de même que les effets des attitudes de rejet et de marginalisation vécues par les personnes (Tsemberis et Eisenberg, 2000).

***Repérage proactif (Outreach)***

Les buts du repérage proactif ou l'aller-vers de nos confrères français sont d'établir un lien, de reconnaître l'autre en besoin, de se relier à lui en répondant à ses besoins de base les plus criants (faim, vêtements, aide médicale...), ou de tenter une évaluation de la santé mentale avec un membre de l'équipe, de fournir une intervention de crise ou tout autre service approprié, dans les lieux où se tiennent ces personnes, sur la place publique si nécessaire.

Il faut travailler avant tout selon les besoins perçus par les personnes dont les demandes sont souvent imprécises, ambivalentes, ponctuelles, très concrètes. Il faut un travail d'approche pour préciser et trouver le compromis nécessaire : développer une relation de confiance et commencer à établir un plan d'intervention, si minime soit-il, si possible avec la personne.

Nous devons accepter de nous déplacer, de nous mobiliser dans la communauté, d'effectuer une reconnaissance de la situation, une évaluation souvent brève et urgente, très incomplète à nos yeux mais suffisante pour orienter les membres de l'Équipe vers des solutions dans l'immédiat... Il faut donc aller dans des lieux inusités (entrée de station métro, dessous d'autoroute ou de ponts, viaduc isolé, tunnel, coin de rue, abri camouflé dans un parc...) pour les apprivoiser, établir un premier lien, débiter une évaluation, faire connaître nos services, supporter et encourager les intervenants en place, démystifier certains comportements ou orienter une action positive et thérapeutique.

Ce travail demande un très grand respect de la personne, de son rythme, du temps d'apprivoisement, selon les résistances, les réticences, les désirs, les attentes... Comme le souligne Sam Tsembéris du Pathways to Housing de New-York, il s'agit d'une « approche centrée sur la personne et non sur la maladie qu'il faut adapter à chacun... » Chaque personne est unique même dans le dénuement le plus total et riche de cette unicité qu'il nous reste à découvrir et souvent à décroïsonner couche par couche....

Cette offre de services doit se faire envers les personnes les plus difficiles à rejoindre. Une porte doit leur être ouverte et l'utilisation de stratégies inhabituelles dans le monde de la psychiatrie est encouragée. Par exemple, aller prendre un café au « Tim Horton », s'asseoir avec eux dans le parc, prendre une marche en causant....

Cette approche nécessite une très longue étape de préparation : se faire connaître d'eux sans être intrusifs, leur laisser la parole, leur expliquer notre rôle, celui des intervenants, les services offerts par l'Équipe

et la thérapie en mettant l'accent sur le logement et le traitement, parfois uniquement médical si c'est la seule alternative acceptée par eux.

Cela peut être la défense de leurs droits, d'un dossier préoccupant, via lequel ils ne voient pas d'issue, le suivi d'une cause judiciaire ou l'éducation sur leur état médical/mental, la nécessité d'un traitement ou simplement du support si cela est le besoin du moment. Le psychiatre doit accepter les limites de son action dans de telles circonstances, accepter de cheminer à tous petits pas vers l'établissement d'une alliance, gardant courage et espoir mais sans attentes précises de résultats immédiats. Il doit accepter de faire de l'accompagnement tout en nourrissant le lien qui se crée et en cueillant toute information qui peut lui permettre de mieux connaître la personne, sa vie, son histoire et les repères qu'il pourra utiliser plus tard dans une approche thérapeutique plus classique.

Il faut surmonter les barrières de l'apathie, les difficultés à entrevoir la possibilité de changer de vie, les défenses apprises longuement avec la résignation, la perte d'espoir, la honte, la désespérance, l'inhibition affective et cognitive (Furtos, 2005). Il faut persuader les clients potentiels de leur besoin d'aide, de la possibilité de sortir du mal-être. Il faut les assurer de notre respect et de leur capacité à surmonter la fatalité, il faut les rassurer qu'ils peuvent en toute sécurité accepter les services, bâtir et stimuler la motivation (approche motivationnelle), le tout avec tact, éthique, douceur et patience extrême quelquefois.

### **Respect de l'individualité de chaque personne**

Accepter de travailler avec les personnes de la rue, c'est croire profondément que chaque personne a une valeur inestimable en dehors de ce qu'elle nous démontre souvent au premier regard : troubles du comportement, attitudes inadéquates, exclusion et isolement dédaigneux, malpropreté/odeur parfois repoussantes, etc

Nous devons aller au-delà et prendre contact avec un grand respect car ces personnes habituées aux violences, horreurs et rejets de la rue et dans leur vie, savent, par leur expérience d'avoir été souvent victimes d'abus, se méfier de toute approche. Chacun a une vie difficile et chargée, une histoire qui lui est propre, nécessitant une attitude de simplicité et d'authenticité, pour s'ouvrir tant soit peu à notre présence. Sinon, ce sera l'évitement, la fuite et les résistances qui augmenteront.

### **Flexibilité dans l'offre de services**

Il faut faire preuve d'une grande flexibilité dans l'offre de nos services. Pour certains, c'est tout de suite et maintenant ; pour d'autres, il

existera toujours des retards ou l'oubli des rendez-vous (sans horloge ni montre, sur la rue ou dans des abris de fortune et toujours à la recherche d'un repas, d'un hébergement...); pour d'autres qui vagabondent et quittent la ville sans prévenir, les suivis sont plus que chaotiques. Respecter l'horaire des différentes soupes populaires est de première importance pour eux et pour nous, il est difficilement concevable de bien amorcer une entrevue et d'obtenir une participation active, le ventre vide et affamé avec la perspective de le demeurer le jour durant....

### **Attention spéciale aux besoins de survivance de base**

Il faut porter une attention spéciale aux besoins de base, ce qui nous est inhabituel dans nos pratiques psychiatriques usuelles. Avez-vous mangé aujourd'hui? Portez-vous des vêtements adéquats pour la saison, des bottes chaudes, des chaussettes? Avez-vous des sous pour les jours à venir ou pour terminer le mois sans souffrir de la faim? Où coucherez-vous ce soir? Cela ne fait pas partie du questionnaire courant du psychiatre dans sa pratique habituelle mais en itinérance, on ajoute cette forme de questionnaire vital pour la personne en face de nous. Il faut savoir les mettre à l'aise et rapidement en confiance par une approche chaleureuse, simple. Être attentif à leurs besoins et au récit de leur actualité récente, leur laisser la parole, leur parole, leur réalité comme elle se présente.

### **Offre de services intégrés et d'intervenant-pivot ; fonction vitale**

C'est à ce niveau que se situe le besoin de travailler en équipe interdisciplinaire. Les intervenants en santé mentale, en toxicomanie, en psychoéducation, en service social, en soins infirmiers, et en autres professions de la santé partagent une philosophie de soins et d'interventions communes, travaillent dans une optique de rétablissement. Ce sont les équipes dites « Assertive Community Teams » (ACT) ou SI au Québec.

Nous sommes face à une population très lourde, hétérogène, avec des pathologies mentales sévères et récidivantes, et plusieurs comorbidités. Cela amène beaucoup de difficultés à obtenir des services, surtout à les intégrer autour des besoins uniques de chaque personne. L'intervenant-pivot fait une différence pour ces réponses.

Parmi ces personnes, les toxicomanes souffrant de pathologies mentales sont celles qui présentent le plus de souffrances (douleurs physiques et mentale), le plus de détresse psychologique et de détérioration. Ils échangent souvent des faveurs sexuelles pour de l'argent et de la nourriture, sans protection adéquate, se désaffilient de leurs familles et proches, subissent des incarcérations, vivent totalement dans la rue et ils

sont démunis, souvent exploités et leur itinérance est de plus longue durée (Fisher, 1990 ; Koegel et al., 1998). La reconnaissance du besoin de systèmes de soins intégrés est particulièrement pertinente pour eux et de multiples partenariats doivent être encouragés, établis et entretenus pour une réponse adéquate.

### **Expertise clinique spécialisée**

Pour travailler auprès de ces personnes, en plus des approches particulières déjà énumérées, il faut prendre le temps d'effectuer des évaluations complètes et complémentaires, connaître les traitements et les nombreux interfaces à privilégier, participer activement aux plans de soins avec les différentes équipes et la personne elle-même, établir un suivi organisé à plusieurs niveaux et prioriser la réhabilitation (ressources et stratégies) avec l'équipe traitante et le réseau communautaire.

Il faut développer une expertise avec/dans l'Équipe et le recours à la 2<sup>e</sup> ligne, apprendre à créer des liens solides avec les urgences médicales et psychiatriques pour faire face aux états de crise, aux besoins d'hospitalisation. Il faut être acceptés dans les unités d'hospitalisation et participer au plans de soins et de sortie. Il faut savoir bien utiliser les centres de crises, les différentes ressources de désintoxication, savoir diriger les personnes vers des consultations spécialisées comme pour le traitement des hépatites, le Sida etc..

Il faut apprendre à utiliser des programmes spécifiques si nécessaire, comme les traitements spécialisés du Centre de psychiatrie légale de Montréal ; savoir demander des ordonnances de traitement ou d'hébergement et collaborer de manière positive aux représentations légales pour la personne ; rencontrer les autorités policières pour certaines situations de la rue, y établir des contacts positifs et aidants, collaborer avec l'organisme Urgence Psychosociale-Justice (UPSJ) ou EMRII (Équipe mobile de référence et intervention en itinérance) pour certaines situations critiques.

Il faut entretenir une connaissance approfondie du marché actuel de la drogue et des tendances de ce marché pour connaître ce qui est davantage consommé ou offert actuellement : crack, héroïne, cocaïne, ecstasy, amphétamines, ou toute autre nouvelle substance à la mode....

Il nous faut aussi connaître et mettre constamment à jour les effets de ces drogues sur notre population ; utiliser les programmes de réduction des méfaits ; être au courant des différentes politiques face aux drogues aux niveaux municipal, provincial et fédéral. Il faut maintenir une grande ouverture envers les discussions et différents projets tel la

création de lieux sécuritaires pour injection de drogues au Canada et au Québec, ainsi qu'une ouverture aux questions juridiques et éthiques relatives à l'usage des drogues.

### **Éventail large et riche d'options de logements**

Même si le logement n'est pas la spécialité du psychiatre, cela demeure un élément crucial pour la population des sans-abri. Il est donc nécessaire d'être sensibilisé aux multiples options de logement privé et social du milieu montréalais, et de défendre la nécessité de logement adéquat et prioritaire pour ces personnes. Il faut accepter d'évaluer avec l'équipe le niveau de fonctionnement des personnes avec une attention spéciale à leurs besoins de santé physique ou mentale dans un environnement qui demeure sain et à proximité des services dont ils ont besoin.

De plus, il faut aider la personne à s'ajuster à l'idée d'une vie autonome, à travailler ses attentes irréalistes s'il y a lieu. Il faut les encourager à accepter l'aide des équipes de soutien durant les premiers mois de leur nouvelle situation dans leur cheminement vers une indépendance réelle. Il semble aussi très important que la personne puisse aborder cette étape avec une réelle compréhension de ce que signifie un chez-soi.

### **Travailler dans une perspective longitudinale**

Avec ces populations, plus que toute autre, il faut accepter de travailler sur du très long terme : accepter le tempo des petits pas, des résultats minimes qui semblent mineurs mais qui sont autant de victoires pour la personne en cause. Il faut encourager la participation active de la personne et son engagement dans un programme intégré, personnalisé, qui devient très important lorsque la personne est préparée et prête à cette étape. De même que l'atteinte d'une étape de stabilisation est importante, la prise de pouvoir sur sa vie, sur son environnement et sur ses droits de citoyen doit être largement prise en compte.

### **Participation active de la personne**

Il est impératif dans ce contexte d'itinérance d'obtenir la participation active de la personne à toutes les étapes, lesquelles sont multiples et complexes, qu'elle devra traverser pour s'acheminer vers un projet de vie individualisé et pertinent pour elle.

C'est ainsi qu'il faut favoriser de toutes parts la reprise de pouvoir sur sa vie (empowerment), sur sa capacité de faire ses propres choix, de prendre ses propres décisions sur les différentes sphères de son existence (Salyers et Tsembéris, 2007).

De même, la notion du processus de rétablissement (recovery) doit marquer toutes nos interventions dans ce travail auprès de la personne. Regagner l'emprise sur sa propre vie, redevenir une personne entière et respectée dans ses forces individuelles au-delà du diagnostic psychiatrique et des symptômes, agir dans son milieu, définir son propre trajet, maîtriser ses relations, ses interactions avec les autres et maintenir son pouvoir d'agir à part entière dans la communauté et la société sont des buts et objectifs que nous devons encourager et poursuivre au cours du travail clinique et d'accompagnement. Comme le souligne si bien Gélinas (2007), le rétablissement est la réduction ou le contrôle des symptômes dans une perspective de traitement (modèle médical); la reprise de contrôle de sa vie envisagé comme un processus et non comme un résultat (modèle psychologique) et le retour de son indépendance et la reprise de sa place de citoyen à part entière (modèle social).

Nous devons de plus inclure dans nos équipes de travail des pairs-aidants qui ont une grande expertise, et peuvent être d'un grand soutien car ils ont traversé les étapes auxquelles sont acculées les personnes de la rue. Ils peuvent intervenir efficacement avec nos équipes auprès des personnes itinérantes. Ils sont non seulement les experts du rétablissement mais ils sont le « maillon fort d'une intervention écosystémique efficace, efficiente, humaine » (Gélinas, 2011).

### **Défense de leurs droits (Advocacy) avec eux**

Le psychiatre et son équipe sont appelés, dans ce contexte de travail en itinérance, à défendre tous les jours les droits de ces personnes : prestation de la sécurité du Revenu, recherche de papiers d'identité (certificat de naissance, carte d'assurance sociale, Carte de la RAMQ, papiers d'immigration, etc.), accès à une médication, démarches pour recevoir des soins à l'Urgence, une consultation à l'hôpital, l'obtention d'un logement/résidence, la signature d'un bail, un placement avec support assuré, une Curatelle ou tutelle, une présence requise à la Cour, etc

Il s'agit bien de la défense de leurs droits comme citoyens, face aux services civiques, aux policiers, à la ville de Montréal, au gouvernement, aux différents niveaux administratifs et politiques de la Santé. Le psychiatre ne peut se soustraire à ces démarches si requis par la situation et son impact peut créer toute une différence.

Ainsi lors de la Commission Québécoise sur l'Itinérance, j'ai préparé un document à cet effet, et l'ai présenté devant les députés.

## Enseignement et recherche

Le psychiatre doit travailler étroitement avec tous les autres intervenants avec lesquels il sera en relation : en psychiatrie, en santé mentale, en santé publique/médicale, en toxicomanie. Il croisera également les experts en sociologie, en anthropologie, en psychoéducation, en réhabilitation, en pathologies du travail, en pauvreté etc.

Il se doit de participer à l'enseignement, à la supervision, aux discussions de cas. Il lui faut présenter ou participer à des conférences, aux tables-rondes sur les thèmes sur lesquels il travaille, assister aux colloques et aux congrès sur cette problématique, y être très présent ; écrire des articles, faire connaître les solutions à apporter, accepter de recevoir tous les stagiaires intéressés, étudiants en médecine ou résidents en psychiatrie ou autre...

Il doit appuyer, participer et encourager la recherche dans ce domaine car il peut ainsi faire part de son expertise et cheminer vers des données probantes. Il pourra ainsi mieux appréhender les notions de souffrance sociale, de précarité, d'exclusion, de discrimination, de pauvreté, les causes multiples associées à l'itinérance et étudier les solutions envisagées.

Connaître la littérature sur ces thèmes et participer à des échanges nationaux et internationaux sur les diverses pratiques qui ont lieu ailleurs est aussi stimulant et important.

Le psychiatre qui travaille auprès des personnes de la rue doit présenter les mêmes compétences cliniques que celui qui travaille dans une équipe SI classique car il s'agit d'un travail intensif, innovateur, exigeant, contraignant parfois mais avec une population attachante et en grand besoin

Gillis et Quistion (2006) rappellent aussi dans *Mentally Ill Homeless Person* qu'il y a certaines particularités spécifiques pour s'engager dans un tel travail. Je les rappelle « être patient, assurer sa sécurité personnelle, être authentique, demeurer proactif, retrouver la personne là où elle se trouve ; être capable d'être direct et aller au but ; être flexible et responsable et éviter les luttes de pouvoir... » Tout un programme mais réaliste dans cette situation et partagé avec l'équipe.

## Conclusion

C'est ainsi que je travaille depuis près de 20 ans avec cette population. J'ai beaucoup appris des rencontres et discussions avec les intervenants, et des personnes de la rue elles-mêmes. J'ai cherché durant toutes ces années à m'outiller plus adéquatement et à enrichir mes

savoirs et expertises dans les domaines cités. J'ai accepté le défi du Projet de recherche pancanadien CHEZ SOI/AT HOME espérant y trouver/éprouver des solutions encore plus adéquates et accessibles pour ces personnes, nuancer et augmenter mes connaissances, les vivre et les partager avec une équipe interdisciplinaire et faire connaître nos découvertes et modes d'actions appropriés à ces situations.

Cette aventure, qui se structure chaque jour, avance toujours vers le meilleur, malgré les difficultés inhérentes à ce type de travail et malgré les obstacles, les inégalités, la discrimination que nous continuons de rencontrer. Il y a aussi des plages de grande humanité et l'Espoir que nous cultivons quotidiennement. Il y a aussi les positions sociales et politiques que nous devons souvent assumer et qui font partie de l'engagement dans cette cause.

R.H. Lamb nous rappelait en 1992 « que le temps de l'action était venu et qu'il fallait poser des gestes d'envergure ». Michel Simard (2010) pour sa part nous rappelle qu'il « va falloir que des personnes prennent des risques et osent des aventures au-delà des repères institutionnels ; il faut amener ces personnes itinérantes vers un monde meilleur et plus accueillant pour qu'elles puissent y habiter, à l'intérieur duquel elles puissent se construire une identité et se sentir en sécurité... éviter que notre monde se transforme, pour eux, si vulnérables, en un désert hostile ; où sont les oasis pour eux ; qui les créera et les assumera ? »

Ce à quoi répond d'une certaine façon Jean Furtos (2008) dans *Les cliniques de la précarité* : « La précarité et l'insécurité sont devenues l'obsession de la seconde modernité de la psychiatrie ; cela aboutit à leur inclusion dans le champs de la santé mentale élargie avec des pratiques différentes sur des scènes hétérogènes ; le travail y est sous-tendu par un authentique souci de santé mentale où la souffrance psychique des personnes en difficultés comme d'ailleurs le malaise des professionnels peut avoir une place stimulante. »

Voilà ce qui rejoint cette longue expérience de soins, et le psychiatre que je demeure « continue de se situer à l'interface entre le social et le soin et la négociation avec les tiers ; à travers ces notions, la reconnaissance éthique de l'altérité du sujet en souffrance s'est étendue au sujet dans sa globalité sociale » (Martin, 2011).

La possibilité d'une psychiatrie urbaine dans le Centre-ville de Montréal me réjouit. Elle donnera sans doute d'autres éléments de solution moderne et pertinente aux troubles mentaux de ces populations. Elle fournira les éléments d'une psychiatrie citoyenne qui se dessine lentement dans nos réseaux. Les pratiques se questionnent, changent,

évoluent. Je vis intensément cette mouvance créatrice, innovante et inventive, mais les nouvelles données doivent apporter des solutions signifiantes, et durables pour les personnes de l'itinérance. L'arrivée et la mise sur pied d'une réelle pratique de psychiatrie urbaine au Centre-ville me réjouit; elle apportera sans doute plusieurs éléments d'une solution moderne et pertinente aux troubles mentaux et aux situations d'itinérance de ces populations à besoins multiples et complexes; elle fournira des éléments pour l'établissement d'une psychiatrie citoyenne qui se dessine lentement dans nos réseaux.

## Références

- DALLAIRE, D., PROVENCHER, D., 2008, *Comment s'actualise le rétablissement à l'heure actuelle au Québec à travers la participation citoyenne des personnes utilisatrices aux structures de décision?* In 4<sup>e</sup> journées bi-annuelles de santé mentale. La force des Liens-Attachons nos pratiques, Montréal.
- FISHER, P. J., SHAPIRO, S., BREAKEY, W. R., et al., 1984, *Mental health and social characteristics of the homeless. A survey of the American Psychiatric Association*, 141-152.
- FURTOS, J., 2008, *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Ed. Masson, 9-11; 118-134.
- GÉLINAS, D., 2007, *Rétablissement et Stigmatisation et/ou les aspects sociaux de la réadaptation*, Séminaire de réadaptation Université de Montréal.
- GÉLINAS, D., 2011, *Consolider l'embauche des employeurs exemplaires au Québec: Défis des années 2010 pour les instituts en santé mentale*, Présentation à l'USMQ.
- GOLDFINGER, S. M., 2006, The mentally Ill Homeless Person, in *Afterwords*, 165-167.
- KOEGEL, P., BURNAM, M A, FARR, R. K., 1998, The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1092-1098.
- LAMB, H.R., 1990, Will we save the homeless mentally Ill, *American Journal of Psychiatry*, n° 147, pa 1.
- LAMB, H. R., BACHRACH, L. L., KASS, F. I., 1992, Treating the homeless mentally Ill; a task-force Report of the American Psychiatric Association, APA, Washington D.C.
- LECOMTE, Y., 1999, Derniers Recours Montréal: Lieu de convergence des exclus, *Santé mentale au Québec*, 14, no., 10-25.

- LIM, R. F., 2006, *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*, APA, Washington DC.
- MARTIN, J-P., 2011, *La Rue des précaires ; soins psychiatriques et précarités*, Ed Érès, Toulouse.
- MCQUISTION H. L., FINNERTY M., HIRCHOWITZ J. et al., 2003, Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 54, 669-676.
- MCQUISTION, H. B. L., GILLIS, P. M., 2006, Clinical guide to the treatment of the mentally ill homeless person, *AACP*, 1-5.
- SALYERS, M.P., TSEMBÉRIS, S., 2007, ACT and Recovery : integrating Evidence – Based Practice and Recovery orientation on Assertive community Treatment Teams, *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, n° 6, 619-641.
- SIMARD, M., 2010, Parole et quête de sens : une aventure au large des repères institutionnels, *Le Partenaire*, Novembre. 7 pages.
- SUSSER, E. S., GOLDFINGER, S. M., WHITE, A., 1990, Some clinical approach to the homeless mentally ill, *Community Mental Health Journal*, n° 26, 463-480.
- THOMSON, D.A., GÉLINAS, D., RICARD, N., 2002, Le modèle PACT, *L'Infirmière du Québec*, n° 10, 26-36.
- THOMSON, D. A., 2010, *Le Centre national d'Excellence en santé mentale ; Suivi intensif en équipe*, 29 pages.
- TSEMBERIS, S., EISENBERG, R. F., 2000, Pathways to Housing : supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities, *Psychiatric Services*, n° 51, 487-493.

## ABSTRACT

### **A psychiatrist working with homeless people: A commentary**

Testimony about the learning and working experience of twenty years of clinical practice with mental illness and homeless people; the author describes the therapeutic paradigm and clinical strategies the psychiatrist must learn and employ to encounter these patients, engage them in a treatment and rehabilitation towards a personalised life project to the recovery. The author then reviews some perspectives for the future care of this population.