

Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach

Hugues Poirier, Jean-Pierre Bonin, Alain Lesage et Daniel Reinhartz

Volume 25, numéro 2, automne 2000

Itinérance

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014459ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014459ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poirier, H., Bonin, J.-P., Lesage, A. & Reinhartz, D. (2000). Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 195–215. <https://doi.org/10.7202/014459ar>

Résumé de l'article

Ce projet, mis sur pied par l'équipe itinérance-outreach du CLSC des Faubourgs à l'automne 1998, étudie comment les membres de cette équipe perçoivent l'impact de leur intervention clinique auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Un échantillon de convenance (n=52) a été sélectionné à partir de la clientèle de l'équipe. Les besoins de la clientèle ont été évalués à l'aide du Camberwell Assessment of Needs (CAN-F, Phelan et al., 1995). La qualité de vie a été mesurée à deux reprises, à l'aide du Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Version intervenant ; Becker et al., 1993). L'étude démontre que l'intervention clinique est associée à une amélioration de la qualité de vie des itinérants souffrant de pathologies mentales graves et ce, malgré l'existence de multiples autres besoins non comblés. L'étude suggère que la démarche de l'équipe itinérance-outreach touche les aspects cliniques et s'associe à l'amélioration des problèmes sociaux des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves.



Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach

Hugues Poirier*

Jean-Pierre Bonin**

Alain Lesage***

Daniel Reinharz****

Ce projet, mis sur pied par l'équipe itinérance-outreach du CLSC des Faubourgs à l'automne 1998, étudie comment les membres de cette équipe perçoivent l'impact de leur intervention clinique auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Un échantillon de convenance (n=52) a été sélectionné à partir de la clientèle de l'équipe. Les besoins de la clientèle ont été évalués à l'aide du Camberwell Assessment of Needs (CAN-F, Phelan et al., 1995). La qualité de vie a été mesurée à deux reprises, à l'aide du Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Version intervenant; Becker et al., 1993). L'étude démontre que l'intervention clinique est associée à une amélioration de la qualité de vie des itinérants souffrant de pathologies mentales graves et ce, malgré l'existence de multiples autres besoins non comblés. L'étude suggère que la démarche de l'équipe itinérance-outreach touche les aspects cliniques et s'associe à l'amélioration des problèmes sociaux des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves.

Introduction et contexte théorique

Le nombre d'itinérants est en croissance et atteint des sommets inégalés, autant au Canada (O'Reilly-Flemming, 1993) qu'aux États-Unis (Fischer et al., 1996). L'itinérance demeure difficile à appréhender en raison de son hétérogénéité et du peu de connaissances existantes sur son étiologie et ses impacts. Pour ces raisons, il est difficile de préciser la répartition des responsabilités entre les intervenants, de même que les

* Md, Psychiatre, Service de pédopsychiatrie, Centre hospitalier régional de Lanaudière.

** Ph.D. (cand.), Chercheur collaborateur, Centre de recherche Fernand-Seguin.

*** Ph.D., Psychiatre, chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin.

**** Ph.D., chercheur, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise.

interventions à proposer. À Montréal, on estime à plus de 8000 le nombre d'itinérants, dont 11 % souffriraient de troubles mentaux graves et persistants (Fournier et al., 1998 ; Fournier, 1996). La présente étude a été mise en branle par une équipe qui s'interroge sur la pertinence de son approche auprès de la clientèle itinérante avec des troubles mentaux graves et persistants.

L'équipe Itinérance, un projet de prise en charge en milieu ouvert des itinérants de Montréal, a été implanté dans un CLSC¹. Ce projet est mené par une équipe appelée « équipe itinérance-outreach » composée de professionnels provenant de diverses disciplines (travail social, soins infirmiers, médicaux et psychiatriques). L'équipe s'est donnée comme mandat d'identifier les besoins bio-psycho-sociaux de la clientèle d'itinérants (dont une partie souffre de troubles mentaux graves et persistants), et de tenter d'y répondre. L'objectif premier des activités de l'équipe demeure l'amélioration de la qualité de vie de sa clientèle. Il s'agit d'une petite équipe qui travaille sous forme hybride en combinant une approche intensive d'« outreach », de « suivi dans le milieu » et de « case-management ». Ses interventions visent à apporter des services médicaux et sociaux aux itinérants dans le but de stabiliser les besoins urgents et ce, autant dans le milieu naturel de ces derniers qu'au sein de l'unité d'un CLSC. Cette équipe consacre des activités spécifiques à cette clientèle afin de lui assurer une accessibilité à des services offerts par d'autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des organismes communautaires oeuvrant aussi dans le champ de l'itinérance. L'équipe a pour ambition d'être l'élément qui jusqu'à son avènement était inexistant : un centre de coordination des activités requises pour créer les liens opérationnels dans le réseau des services aux itinérants.

Outreach

Selon Morse et al. (1996), l'outreach peut être défini comme « des travailleurs qui contactent les individus itinérants atteints de troubles mentaux dans un environnement non traditionnel dans le but d'améliorer leur santé mentale ou physique, leur fonctionnement social ou leur utilisation des services et des ressources humaines ». Cette définition inclut les tâches suivantes : l'établissement d'un contact et d'une crédibilité, l'identification des personnes atteintes de troubles mentaux, l'engagement, la planification et l'évaluation d'un traitement, et la dispensation des services courants. Jusqu'à maintenant, les programmes d'outreach ont démontré des résultats mitigés. Ainsi, Hopper et al. (1990) ont étudié 13 programmes et ont conclu qu'ils n'étaient pas très

efficaces. Ils ont noté que les principales activités des intervenants étaient d'identifier les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et de les référer à des services. Dans cette étude, les intervenants ont effectués 2684 contacts, mais seulement 22 ont reçu des traitements de suivi en santé mentale. Par ailleurs, les nouveaux programmes de recherche active de clientèle ont démontré qu'ils augmentaient l'utilisation des services de santé mentale en externe, d'évaluations à domicile, mais non des hospitalisations en psychiatrie (Rosenheck et al., 1993).

Suivi dans le milieu

Selon Fischer et al. (1996), plusieurs des programmes innovateurs d'outreach et de services pour les personnes itinérantes ont suivi les principes développés initialement dans le modèle PACT (Program for Assertive Community Treatment). Les caractéristiques des programmes utilisant cette approche sont : l'implication active du client, les services dispensés dans la communauté, l'équipe multidisciplinaire, une responsabilité continue de l'équipe, la continuité de l'équipe traitante, des services intensifs, et un lien solide entre les intervenants et les membres du réseau de soutien du client (Dixon et al., 1995). Cependant, peu de programmes comportent tous les éléments du programme PACT original (Johnsen et al., 1999). Par exemple, dans un projet de Baltimore, on a créé des mini équipes PACT et les services sont discontinués lorsque le client a atteint les objectifs fixés et qu'il est stable. Après un an, les résultats préliminaires de cette approche indiquent, comparativement aux services habituels, une baisse du nombre d'hospitalisations, une augmentation de l'utilisation des ressources externes, de meilleures conditions de logement et une baisse des symptômes (Stein et Santos, 1998 ; Lehman et al., 1997). D'autres études ont aussi démontré que ce type de programme améliore aussi l'assiduité à la médication chez les clients suivis par le programme.

Gestion de cas

La gestion de cas (case management) est devenue une fonction centrale dans les soins aux itinérants avec des maladies mentales graves étant donné que ces derniers doivent composer avec une multitude de problèmes. Le gestionnaire de cas ne fournit généralement pas de services directs mais doit comprendre le réseau complexe des services sociaux et la grande diversité des services requis par la personne itinérante (Breakey, 1992 ; Jahiel, 1992). Les recherches ont démontré que ce modèle peut être efficace seulement dans une communauté où il y a des ressources adéquates pour cette population et que la construction de la

relation semble être le facteur le plus significatif pour préparer les clients à accepter les services (Billig et Levinson, 1987). D'autre part, une équipe de St-Louis (Morse et al., 1996) a démontré que les programmes de suivi intensif obtiennent de meilleurs résultats que ceux de gestion de cas pour plusieurs variables : nombre de contacts avec les services de traitement, utilisation des ressources, gravité des troubles de la pensée, niveau d'activité et satisfaction du client. Rog et al. (1987) estiment que la gestion intensive de cas, qui laisse une plus grande place à la pratique d'outreach et à la protection des droits de l'itinérant, semble être l'approche la plus efficace.

Dans ce contexte, l'équipe itinérance outreach telle que constituée à Montréal a voulu s'auto-évaluer afin de mieux comprendre la portée de leurs interventions de même que leur place au sein du système de soins. Avec l'aide d'une équipe de chercheurs, un projet de recherche a été mis sur pied afin de répondre à leur demande. Ce projet comportait deux volets, soit une approche qualitative de sa place dans le système de soins (Reinharz et al., soumis) et une approche quantitative. Le présent article décrit ce dernier volet.

Objectif de l'étude

L'objectif visé par ce projet mis sur pied par l'équipe d'itinérance-outreach est de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux et son évolution au cours du temps, selon les perceptions des intervenants ?
2. Quels sont les besoins des personnes itinérantes et les aides apportées par l'équipe à ces besoins, tel que perçu par les intervenants ?
3. La qualité de vie des itinérants suivis par l'équipe s'améliore-t-elle ?

Méthode

Milieu et échantillon

La recherche a été effectuée au CLSC des Faubourgs de Montréal, auprès des clients de l'Équipe Itinérance souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Le projet avait préalablement reçu l'approbation d'un comité d'éthique et de recherche du CLSC Les Faubourgs. La plupart des membres de l'équipe, soit un psychiatre, deux infirmières, deux travailleurs sociaux, et un résident en psychiatrie, ont participé à l'étude.

L'équipe s'est d'abord réunie afin d'identifier les clients susceptibles de participer à l'étude et de les répartir au meilleur de la connaissance des intervenants. Puisque le travail clinique exige une intervention multidisciplinaire, deux professionnels suivent chaque client de l'équipe. L'intervenant connaissant le mieux le client (dont l'alliance était favorable) était désigné à titre d'investigateur et ce à l'insu du client. Environ dix itinérants ont été recrutés pour chaque intervenant de l'équipe. Il s'agit donc d'un échantillon de convenance.

Les clients faisant partie de l'échantillon devaient remplir les conditions suivantes :

1. Ils devaient être suivis de façon active par des membres de l'équipe durant plus d'un mois au moment de la date de constitution de l'échantillon.
2. Ils devaient présenter un problème grave de santé mentale.
3. Ils devaient avoir été vus plus d'une fois au cours des six derniers mois par un professionnel de la clinique.

Parmi les quelques 200 à 300 itinérants suivis par l'équipe itinérance outreach au moment de l'échantillonnage, 52 répondaient à ces critères et ont été recrutés pour cette étude.

Instruments de mesure

Ce projet visait à évaluer la qualité des soins offerts par l'équipe avec les méthodes standardisées suivantes :

1. Évaluation de la qualité de vie, en deux temps, à six mois d'intervalle, d'une cinquantaine de clients en utilisant le *Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin* (Becker et al., 1993), version de l'intervenant.
2. Trois mois après le temps 1, évaluation du processus d'intervention clinique à l'aide de l'instrument de mesure des besoins *Camberwell Assessment of Needs* (CAN, Phelan et al., 1995), afin de vérifier à quels besoins l'équipe traitante doit répondre ainsi que les besoins non-comblés.

Le Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Becker et al., 1993) est un instrument de mesure spécifique de la qualité de vie destiné aux patients psychiatriques. Il a été traduit et validé en français (Diaz et al., 1999). Il mesure neuf domaines de la qualité de vie : satisfaction, activités occupationnelles, bien-être psychologique, santé physique, finances, relations sociales, activités de la vie quotidienne, symptômes et atteinte des buts. Cet instrument inclut de plus le BPRS (Brief

Psychiatric Rating Scale; Overall et Gorham, 1962) un questionnaire conçu pour évaluer les symptômes psychiatriques. Ce dernier a été complété par un des deux psychiatres (le plus familier avec l'itinérant), qui devait évaluer, sur une échelle de 1 à 7, la gravité de 26 symptômes que peuvent présenter les personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, chaque questionnaire a été rempli, soit par un membre de l'équipe (infirmier ou travailleur social) et un psychiatre, soit seulement par ce dernier. Le questionnaire de qualité de vie permet de générer des scores pour chacun des domaines nommés ci-haut, de même que deux scores globaux, soit un score pondéré, qui implique l'importance accordée par le client à ce domaine, et un score dit brut, qui ne tient pas compte de cette importance. Ces scores ont été calculés en conformité avec les recommandations des auteurs de l'instrument original (Becker et al., 1993).

Le Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Phelan et al., 1995) permet d'établir les problèmes, les interventions reçues et leur adéquation du point de vue de l'utilisateur comme de l'intervenant principal. Le CAN couvre 22 domaines cliniques et psychosociaux et se présente avec des questions et des points d'ancrage qui précisent chacun des problèmes et les aides apportées, et en facilitent l'administration. Les taux d'accords test-retest obtenus avec cet instrument sont excellents; ils présentent des Kappa au-delà de .75 (Phelan et al., 1995). Il a été traduit en français et validé auprès de patients québécois francophones hospitalisés au long terme (Bonsack et Lesage, 1998). Il est basé sur un entretien semi-structuré entre l'utilisateur et les intervenants de santé mentale. Cependant, pour la clientèle itinérante étudiée, l'entretien fut basé sur une rencontre entre l'investigateur et le collaborateur de recherche du CLSC. En accord avec Phelan et al. (1995), un profil des problèmes et un profil des aides reçues des personnes itinérantes ont été générés.

Analyses des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows, version 9.0. pour les analyses statistiques proprement dites, soit les analyses descriptives des caractéristiques sociodémographiques de la clientèle et de leur qualité de vie et les tests t de Student pour données appariées. Le logiciel Excel 97 a été utilisé pour réaliser les figures illustrant les profils de besoins et d'aides apportées.

Résultats

Données sociodémographiques et indices de qualité de vie

Tableau 1
Caractéristiques de l'échantillon :
données sociodémographiques et santé physique

Caractéristiques des itinérants	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Homme	34	65,4
Femmes	18	34,6
Âge		
Moyenne : 40,7 ans (E.T.= 12,6)		
Activité du client		
Arrêté de travailler	39	75,0
Travaillé mais moins souvent qu'avant	6	11,5
Travaillé comme elle le fait habituellement	7	13,5
Capacité à faire ses activités		
Totalement incapable de travailler	33	63,5
Capable de travailler seulement avec support	15	28,8
Capable temps partiel de façon indépendante	3	5,8
Capable temps plein de façon indépendante	1	1,9
Perception de la santé psychologique		
Mauvaise	26	50,0
Acceptable	1	1,9
Bonne	9	17,3
Très bonne	15	28,8
Excellente	1	1,9
Perception de la santé physique		
S'est senti pas bien ou fatigué la plupart du temps	25	48,1
Manquait d'énergie/ ne se sentait pas bien, plus qu'à l'occasion	15	28,8
S'est senti bien ou très bien la plupart du temps	12	23,1

Le tableau 1 décrit les données sociodémographiques de l'échantillon de la présente recherche. Ainsi, au temps 1 (N=52), les hommes itinérants comptent pour 65 % de l'échantillon, l'âge moyen est de 40,7 ans et le groupe des 31-40 ans est proportionnellement le plus important. Les trois-quarts des sujets ne travaillaient pas au moment de la recherche et 63 % étaient considérés par leur intervenant comme incapable de

travailler. Environ la moitié des sujets voyaient leur santé décrite comme mauvaise par leur intervenant.

Tableau 2
Caractéristiques de l'échantillon : relations sociales

Variables	Nombre	Pourcentage
Relation avec famille/amis		
Rarement reçu support de famille/amis, ou lorsque nécessaire	41	78,8
Seulement reçu un support moyen de sa famille et de ses amis	7	13,5
Bonnes relations avec autres et support famille/amis	4	7,7
Fréquentation d'organisations sociales		
Jamais	7	13,5
Rarement	15	28,8
Occasionnellement	15	28,8
Fréquemment	15	28,8
Se faire et garder des amis ?		
Se fait peu d'amis et ne les garde pas	34	65,4
Se fait et garde des amis avec une difficulté considérable	13	25,0
Se fait et garde des amis avec une certaine difficulté	2	3,8
Se fait et garde des amis facilement	3	5,8
Qualité des relations avec sa famille		
Mauvaise	10	19,2
Acceptable	6	11,5
Bonne	1	0,2
Absence de relation avec la famille	35	67,3

Quant à leurs relations sociales (Tableau 2), plus des trois-quarts ont rarement reçu du soutien de leur famille et les personnes itinérantes se répartissent presque également quant à différents degrés de fréquentation d'organisations sociales. De plus, la plupart des sujets de l'échantillon éprouvent des difficultés à se faire des amis et à les conserver. Aussi, la majorité considèrent que la qualité de leur relation avec leur famille est mauvaise ou qu'ils n'ont pas de relation avec leur famille. Le tableau 3 permet de constater que la situation financière des répondants

est précaire, la majorité ne recevant pas de salaire ou de montant pour études. Les répondants sont généralement insatisfaits de leur situation financière.

Tableau 3
Caractéristiques de l'échantillon : aspects relatifs aux finances

Variables	Nombre	Pourcentage
Payé pour travailler/étudier		
Non	49	94,2
Sentiment par rapport au montant d'argent		
Très insatisfait	20	38,5
Modérément insatisfait	11	21,2
Un peu insatisfait	7	13,5
Ni satisfait, ni insatisfait	8	15,4
Un peu satisfait	1	1,9
Modérément satisfait	2	3,8
Très satisfait	3	5,8
Importance accordée à l'argent		
Pas du tout important	1	1,9
Un peu important	5	9,6
Moyennement important	17	32,7
Très important	18	34,6
Extrêmement important	11	21,2
Affectation face au manque d'argent		
Presque toujours	16	30,8
Fréquemment	16	30,8
Quelquefois	17	32,7
Jamais	3	5,8

Le tableau 4 présente les pourcentages de personnes itinérantes éprouvant des difficultés avec certaines activités de la vie quotidienne. Ainsi, le sujet sur lequel le plus de répondants éprouvent une difficulté extrême est celui d'avoir de l'intérêt pour une activité quelconque, par exemple un loisir, un sport, etc. Les activités pour lesquelles on éprouve une difficulté extrême ou moyenne, outre la précédente, sont la préparation des repas, la confection du budget pour vivre selon ses moyens, le maintien d'une diète adéquate et de sa santé.

Tableau 4
Caractéristiques de l'échantillon : activités de la vie quotidienne

Activités	Difficulté extrême		Difficulté moyenne		Un peu de difficulté		Aucune difficulté	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Difficulté à engager conversation	7	13,5	19	36,5	10	19,2	16	30,8
Apparence soignée	5	9,6	13	25,0	25	48,1	9	17,3
Négligence de sa santé physique	9	17,3	27	51,9	9	17,3	7	13,5
Diète adéquate	14	26,9	25	48,1	10	19,2	3	5,8
Prise de médication sans rappel	10	20,8	15	31,3	10	20,8	13	27,1
Inactivité	6	11,5	20	38,5	15	28,8	11	21,2
Intérêts particuliers	27	51,9	15	28,8	6	11,5	4	7,7
Préparation des repas	16	31,4	22	43,1	4	7,8	9	17,6
Budget	20	38,5	19	36,5	4	7,7	9	17,3
Habitudes/comportements choquants	15	28,8	19	36,5	12	23,1	6	11,5

Évaluation des besoins et aide reçue

La figure 1 décrit les champs cliniques et sociaux pour lesquels les sujets présentent certains problèmes. Selon ce profil, on constate que les personnes itinérantes ont des problèmes sérieux avec leurs relations sentimentales, les relations sociales, les aspects financiers, l'alimentation, les activités quotidiennes et les symptômes psychotiques. Ces résultats concordent avec les données présentées plus haut recueillies avec le questionnaire de qualité de vie du Wisconsin. La figure 2 décrit dans quelle mesure l'aide apportée répond aux besoins soulevés par ces problèmes cliniques et sociaux. On note d'abord que l'aide reçue est relativement cohérente avec les problèmes identifiés, bien que certains problèmes n'ont été que peu abordés. Ainsi, de l'aide a été apportée par rapport à l'alimentation et les aspects financiers, mais les itinérants en ont reçu peu pour leurs problèmes de relations sentimentales ou sociales, et en général pour leurs activités quotidiennes.

Figure 1
Profil des problèmes

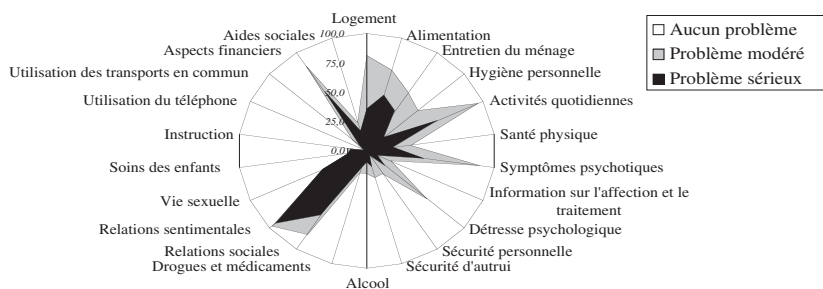
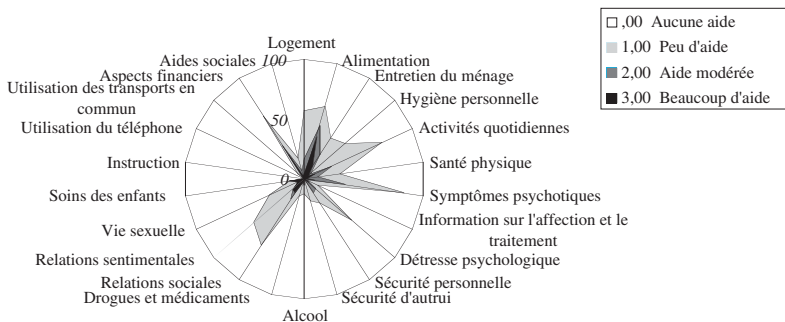


Figure 2
Profil des aides apportées



Le tableau 5 présente les résultats de tests t de Student pour données appariées réalisés sur les scores provenant du questionnaire sur la qualité de vie du Wisconsin. Ces analyses permettent d'identifier les domaines de la vie des itinérants qui se sont le plus améliorés entre les deux temps de mesure séparés de 6 mois.

Tableau 5
**Résultats de la différence moyenne entre T1 et T2
 du questionnaire sur la qualité de vie**

	T1	T2	t	dl	Sig.
Activités et occupation	-1,96	-1,36	-1,67	35	0,10
Santé psychologique	-0,62	-0,58	-0,09	35	0,93
BPRS	-0,94	0,64	-4,21	34	0,00
Score total symptômes	-0,17	0,35	-2,71	34	0,01
Santé physique	0,43	1,14	-2,72	35	0,01
Relations sociales	-1,49	-1,03	-1,86	35	0,07
Finances	-1,15	-0,22	-3,34	35	0,00
Activités/ vie quotidienne	-0,66	2,72	-6,63	35	0,00
Qualité de vie	-0,82	0,09	-4,55	34	0,00
Qualité de vie pondérée	-0,69	-0,83	0,84	32	0,41

Ainsi, six parmi ces scores présentent une amélioration au T2 : le BPRS, le score total des symptômes, la santé physique, les finances, les activités de la vie quotidienne et le score total de qualité de vie. Le score de qualité de vie pondéré provient des sous-échelles constituant le score de qualité de vie, mais pondéré relativement à l'importance que le client, selon l'intervenant qui a rempli le questionnaire, accorde à ces facteurs. Ainsi, si une personne présente un score de santé physique démontrant des problèmes, mais que la personne itinérante juge que le fait d'avoir une bonne santé n'est pas important, le score sera plus faible. Les résultats suggèrent une amélioration dans les domaines suivants : BPRS, score total des symptômes, santé physique, finances, activités de la vie quotidienne et qualité de vie. On constate aussi que les relations sociales, bien qu'améliorées, ne franchissent pas le seuil de 0,05. Par ailleurs, la santé psychologique, les activités et occupations, de même que la qualité de vie pondérée ne sont pas significativement différents entre les deux temps de mesure.

Une analyse de l'évolution des symptômes a permis de constater que plus de la moitié des symptômes mesurés à l'aide du BPRS se sont significativement améliorés au T2. Les changements les plus significatifs portent sur : les pensées inusitées et inhabituelles, le retrait émotionnel, la négligence personnelle, l'affect émoussé, les comportements bizarres. La plupart des symptômes les plus graves au T1 ont démontré une amélioration significative au T2, sauf l'anxiété et l'inquiétude qui sont demeurés inchangés.

Discussion

Malgré quelques limites qui seront ici discutées, la présente étude apporte plusieurs éléments importants concernant la qualité de vie et les besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, ainsi que l'aide qui leur est apportée par l'équipe itinérance-outreach et ses partenaires du réseau d'aide aux itinérants.

Limites

Les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence puisqu'il s'agit d'un projet où seuls les intervenants ont rempli les questionnaires. En effet, les versions du Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin et du Camberwell Assessment of Needs utilisées sont celles de l'intervenant et, dans les deux cas, cette version présente quelques différences avec celle destinée au client. À cet effet, Sainfort et al. (1996) ont évalué la concordance entre les différentes versions de leur instrument. Il appert que les résultats ont plus de chance de coïncider pour les aspects cliniques, tels les symptômes et le fonctionnement, que pour les aspects sociaux. Par ailleurs, il a aussi été démontré que les intervenants et des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux présentent un assez bon accord quant aux symptômes psychiatriques, sauf les symptômes psychotiques, ainsi qu'un accord modéré quant aux besoins de traitements pour des problèmes de drogues et d'alcool. (Calsyn et al., 1997). Il est à noter que les intervenants de cette étude, tout comme dans la présente recherche, utilisaient le BPRS pour évaluer les symptômes. Par ailleurs, le fait que les instruments aient été remplis par les intervenants impliquent le risque d'un biais quant à l'évaluation aux deux temps de mesure. Bien que ce biais ne puisse être nié, le fait qu'il y ait six mois de décalage entre les mesures permet de croire que, tout comme dans les études test-retest, le laps de temps soit suffisamment long pour que les intervenants aient oublié les réponses inscrites précédemment. Il y a donc lieu de croire que les résultats de la présente étude, même si les instruments n'ont été remplis que par les intervenants, n'en présentent pas moins une certaine validité.

Par ailleurs, il s'agit d'un devis sans groupe contrôle, ce qui limite l'interprétation des résultats. En effet, les itinérants ayant participé à l'étude ont été choisis par les intervenants de façon non aléatoire, sur des critères de disponibilité à participer à l'étude. Cependant, puisque tous les itinérants répondant aux critères de sélection au cours du mois de référence ont été sélectionnés, il est possible de croire que l'échantillon n'est pas significativement différent des autres itinérants qui auraient pu être choisis. En effet, malgré un échantillon restreint, les principales caractéristiques sociodémographiques rejoignent celles d'études plus

vastes réalisées aux États-Unis. Ainsi, les personnes itinérantes rejointes par des projets de type outreach sont en majorité des hommes, la moyenne d'âge se situe dans la quarantaine, et le soutien social est généralement faible, en accord avec ce qui est généralement retrouvé dans les écrits sur le sujet (Fournier, 1996 ; Lam, 1999).

Il faut noter le nombre restreint de sujets de cette étude. Ce problème est souvent mentionné dans ce type d'étude. Par exemple, Fournier (1996) et Bachrach (1992) notent la difficulté d'obtenir de grands échantillons, en particulier pour des études longitudinales auprès des itinérants atteints de troubles mentaux. Enfin, pour l'analyse longitudinale, il faut tenir compte d'un possible biais saisonnier, la vie des itinérants étant plus difficile en hiver qu'au printemps. De plus, 17 personnes (33 %) n'étaient plus suivies au T2 ; il n'est pas impossible que leur état symptomatique ne présente pas d'amélioration, voire qu'il se soit dégradé, depuis le T1.

Qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux

La présente étude, malgré ces limites, présente tout de même des résultats intéressants permettant de décrire les caractéristiques de la clientèle de l'équipe itinérance-outreach et pour associer à leur travail une amélioration de la qualité de vie de leurs clients. D'abord, cette étude a permis de décrire la précarité de ces personnes, leur mauvaise santé psychologique, le peu de soutien de leur réseau social et la condition financière déficiente. Ces données rejoignent celles décrites par Fournier (1996) à l'effet que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux se distinguent des autres itinérants par le fait qu'elles sont plus démunies face au marché du travail et ont moins de contacts avec la famille ou les amis. La détresse psychologique des personnes itinérantes a aussi été décrite par Toro et al. (1995). À l'aide du SCL-90R, ils ont comparé un groupe de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants actuellement sans abri avec des personnes qui ne l'ont jamais été. Le premier groupe (sans-abris), sans être différent quant à la proportion de troubles schizophréniques et affectifs majeurs, présentaient cependant une détresse psychologique significativement plus élevée. Ceci pourrait expliquer que l'anxiété et l'inquiétude mesurées au BPRS se soient maintenues voire même augmentées. En effet, une amélioration des symptômes psychotiques entraîne souvent un long processus de réhabilitation qui mobilise de l'anxiété proportionnelle au décalage social vécu par l'état d'itinérance et de maladie mentale qui sont relevés lors du travail clinique auprès de cette clientèle.

Quant à l'émoussement du réseau social, bien que la désaffiliation ait traditionnellement été décrite comme une caractéristique des personnes itinérantes (Cristal, 1984), certains auteurs tels que Maurin et al. (1989) remettent en question cette notion. De plus, La Gory et al. (1991) ont constaté que 90% de leur échantillon d'itinérants possédaient un réseau de soutien qui remplissaient leur besoin d'affiliation, mais ne comblaient pas leur besoins matériels. Or, les participants de la présente recherche ont un pauvre réseau social, et vivent des problèmes financiers et matériels.

La présente étude décrit un profil de problèmes et d'aides apportées à l'aide du CAN-F (Phélan et al. 1995). Les problèmes des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves touchent les relations sentimentales, les relations sociales, les aspects financiers, l'alimentation, les activités quotidiennes et les symptômes psychotiques. Ces difficultés peuvent être comparées avec celles d'une étude (Bonsack et Lesage, 1998) où ce type de profil a été établi, à l'aide du même instrument, auprès de personnes atteintes de troubles mentaux, soit hospitalisées au long cours, soit désinstitutionnalisées et vivant dans une ressource externe. Ainsi, il en ressort que les itinérants souffrant de troubles mentaux présenteraient une plus grande détresse psychologique, une difficulté accrue sur le plan des relations intimes. Ils éprouveraient aussi moins de problèmes de transport (dans la réalité clinique peu de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux utilisent les transports en commun) et, curieusement, moins de problèmes de drogues et médicaments. Lorsque l'on compare le profil des problèmes avec celui des aides apportées, les personnes hospitalisées ou désinstitutionnalisées voient la majorité de leurs problèmes contrés par des aides qui ciblent assez adéquatement ces problèmes. Or, les itinérants reçoivent une aide qui ne correspond pas à tous leurs nombreux problèmes. Pourtant, un impact peut être mis en évidence, si l'on accepte d'associer l'intervention de l'équipe itinérance-outreach à l'amélioration de la qualité de vie observée dans cette étude.

Impact favorable

Les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie chez les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants entre les deux temps de mesure. En effet, on constate une amélioration de presque tous les aspects de la qualité de vie entre les deux temps de mesure : symptômes, santé physique, finances, activités de la vie quotidienne, qualité de vie totale et pondérée. Les relations sociales frôlent le seuil de signification statistique, sans toutefois démontrer une

nette amélioration. Par ailleurs, tel qu'expliqué plus haut, une superposition des profils de besoins et d'aides apportées indique que l'Équipe soutient particulièrement les personnes itinérantes dans leurs besoins financiers, les relations sociales, l'alimentation, les symptômes psychotiques et la détresse psychologique. Certains domaines où des problèmes sérieux ont été notés ne sont pas pris en compte de façon à combler les besoins. Il est donc suggéré que, d'une part, il existe des besoins non satisfaits dans cette population et que, d'autre part, une équipe itinérance a pu avoir un impact positif sur les conditions de vie de ces personnes très démunies grâce aux aides fournies dans plusieurs domaines. Il faut aussi se rappeler que les résultats des versions intervenant et client du questionnaire de la qualité de vie diffèrent quant au soutien social et aux aspects occupationnels (Sainfort et al., 1996).

Il y a lieu de se demander si les changements notés chez les clients suivis par l'Équipe ont été provoqués par le suivi. Ainsi, on peut penser que l'amélioration des finances provient du fait que ces personnes, de par leur suivi, reçoivent un montant substantiellement plus élevé d'aide sociale, ce qui se traduit par une amélioration de ce volet quant à la qualité de vie. Pour les autres changements, les écrits sont partagés quant aux effets de ce type de programme. Ainsi, Stein et Santos (1998) rapportent qu'à Baltimore, un projet ACT (Assertive Community Treatment) modifié a démontré qu'après un an, on constate, comparativement à un traitement habituel, une réduction des hospitalisations, une augmentation de l'utilisation des services externes, une augmentation de logements et une baisse des symptômes. Une étude de Lam et Rosenheck souligne que des personnes itinérantes auprès desquelles on a exercé de l'outreach dans la rue (N=2262), démontrent plus de problèmes psychiatriques et sont moins enclines à utiliser les services que celles provenant de refuges. Après un suivi de 3 mois, les deux groupes démontraient une amélioration du nombre de jours sans abris, de leur qualité de vie et de leurs symptômes psychiatriques. Cependant, on ne notait pas d'amélioration quant au réseau social et au nombre de jours avec salaires. D'autre part, un article récent (N=420) de Toro et al. (1999) démontre qu'après 18 mois de suivi, plusieurs domaines de la vie des itinérants atteints de troubles mentaux s'améliorent d'eux-mêmes. Ainsi, les auteurs ont constaté une diminution du nombre de jours sans abri, des symptômes psychologiques, des problèmes de santé, des événements stressants, ainsi que de deux mesures de soutien social, le nombre de contacts avec la famille et le soutien social. On note aussi une augmentation du revenu provenant d'emploi et de sécurité du revenu. Les auteurs attribuent ces changements au fait que la situation d'itinérance est souvent une période de crise et que plusieurs éléments s'améliorent avec le temps. La baisse de

lien social peut provenir de la stigmatisation envers l'itinérant ou de relations tendues dans la famille. Les auteurs considèrent cependant que les besoins des itinérants peuvent plus adéquatement être comblés avec une approche de gestion de cas intensive qu'avec une approche psychiatrique traditionnelle. Le rôle du soutien social face aux symptômes chez les personnes itinérantes reste confus. En effet, si certains considèrent que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves sont moins réceptives à des changements dans le réseau social (Serper, 1999), d'autres démontrent que les aspects fonctionnels et structureaux du soutien social, et non les aspects structureaux, seraient plus reliés à des changements dans la gravité des symptômes (Trumbetta et al., 1999).

La clinique

Suite à la présente recherche, la question de fond demeure : comment répondre aux besoins de la clientèle itinérante souffrant de troubles graves et persistants ? Selon Stein et Santos (1998), la recherche démontre que l'outreach pour les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux doit porter sur les problèmes de logement, de santé mentale et de gestion de cas (case management) et que ce service doit être fourni de façon continue. De plus, beaucoup de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux ont aussi des problèmes d'abus de substances et les services pour ces deux problèmes doivent être intégrés. Il est nécessaire de développer des stratégies pour augmenter l'intégration des multiples agences et organisations de soins ayant un rôle à jouer dans la prestation de services aux personnes itinérantes dans un milieu géographique donné. Aussi, Stein et Santos (1998) suggèrent de modifier les programmes PACT, de former des mini-équipes et de cesser les services lorsque le client a atteint les objectifs fixés et que le client est stable.

Par ailleurs, des caractéristiques spéciales des itinérants telles la désaffiliation, la comorbidité et le pauvre réseau social devraient influencer les services qui sont fournis (Marshall et Bhugra, 1996). Tout service de santé mentale communautaire devrait être flexible, accessible et largement disponible. Les personnes qui travaillent dans ces programmes doivent présenter une compréhension des questions pertinentes aux itinérants et être engagés dans le milieu. Puisque les personnes itinérantes sont méfiantes envers les services, il faut établir un lien de confiance avec elles (Rosenheck et al., 1993). Les contacts avec les itinérants doivent être non menaçants, flexibles, répétitifs, centrés sur les besoins des itinérants et sur une longue période.

À la lumière de cette recherche, il semble que le projet de l'équipe itinérance-outreach s'associe à la mise en place de services pertinents pour

la clientèle souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Les pistes de solutions afin de toucher les autres besoins non-comblés et compte tenu de la philosophie retenue par l'équipe jusqu'ici, se trouvent non pas dans une plus grande prise en charge mais dans l'établissement des milliers de liens faibles: une myriade de partenariats, informels, légers, concrets, humains et personnalisés. Une approche d'interdépendance et de partenariat exigeante- paraphrasant Fidel Castro, « d'être partenaire, c'est comme rouler en bicyclette. Si tu arrêtes de pédaler, tu tombes... ».

Note

1. CLSC : Centre local de services communautaires.

RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L. L., 1992, What we know about homelessness among mentally ill persons : An analytical review and commentary, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 5, 453-464.
- BECKER, M., DIAMOND, R., SAINFORT, F., 1993, A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness, *Quality of Life Research*, 2, 4, 239-251.
- BHUGRA, D., 1996, Anonymous, *Homelessness and Mental Health*, University Press, Cambridge.
- BILLIG, N. S., LEVINSON, C., 1987, Homeless and case management in Montgomery County, Maryland: A focus on chronic mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 59-66.
- BONSACK, C., LESAGE, A., 1998, Deux instruments pour évaluer les besoins de soins de santé mentale: une étude comparative chez des personnes longuement hospitalisées, *Annales médico-psychologiques*, 156,4, 244-257.
- BOYER, G., HACHEY, R., MERCIER, C., 1995, *Questionnaire de qualité de vie du Wisconsin, version de l'intervenant*, Université de Montréal et Hôpital Douglas, Montréal.
- BREAKY, W. R., FISCHER, P. J., KRAMER, M. J. et al., 1989., Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore, *Journal of the American Medical Association*, 262, 1352-1357.
- BREAKEY, W. R., 1992, Mental health services for homeless people, in Robertson, M.J. and Greenblatt, M., eds., *Homeless : A National Perspective*, New York, Plenum.
- CRYSTAL, S., 1984, Homeless men and homeless women: The gender gap, *Urban and Social Change Review*, 17, 2, 2-6.

- DIAZ, P., MERCIER, C., HACHEY, R., CARON, J., BOYER, G., 1999, An evaluation of psychometric properties of the client's questionnaire of the Wisconsin Quality of Life Index-Canadian version (CaW-QLI), *Quality of Life Research*, 8, 509-14.
- DIXON, L.B., KRAUSS, N., KERNAN, E., LEHMAN, A. F., DEFORGE, B. R., 1995, Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 46, 684-688.
- FISCHER, P.J., COLSON, P., SUSSER, E., 1996, Homelessness and mental health services in Breakey, W.R., ed., *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*, Oxford University Press, New York, Oxford.
- FOURNIER, L., 1996, Santé mentale, in Fournier, L., Mercier, C., eds., *Sans domicile fixe : Au delà du stéréotype*, Méridien, Montréal, 119-162.
- FOURNIER, L., CHEVALIER, S., OSTOJ, M., CAULET, M., COURTEMANCHE, R., PLANTE, N., 1998, *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et Québec 1996-1997. 2-Montréal : premiers résultats*, Santé Québec, Montréal .
- HOPPER, K., MAUCH, D., MORSE, G., 1990, *The 1986-1987 NIMH-funded CSP Demonstration Projects to Serve Homeless Mentally Ill Persons: A Preliminary Assessment*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- LA GORY, M., RITCHEY, F., FITZPATRICK, K., 1991, Homelessness and affiliation, *Sociological Quarterly*, 32, 2, 201-218.
- LAM, J. A., ROSENHECK, R., 1999, Street outreach for homeless persons with serious mental illness. Is it effective? *Medical Care*, 37, 9, 894-907.
- JAHIEL, R. I., 1992, Services for homeless people : An overview, in Jahiel, R.I., ed., *Homelessness. A Prevention-oriented Approach*, Baltimore, Hopkins.
- JOHNSEN, M., SAMBERG, L., CALSYN, R., BLASINSKY, M., LANDOW, W., GOLDMAN, H., 1999, *Case Management Models for Persons Who Are Homeless and Mentally Ill : The ACCESS Demonstration Project*. Access to community care and effective
- MARSHALL, E. J., BHUGRA, D., 1996, Services for the mentally ill homeless, in Bhugra, D., ed., *Homeless and Mental Health*, University Press, Cambridge, UK.
- MAURIN, J. T., RUSSELL, L., MEMMOTT, R. J., 1989, An exploration of gender differences among the homeless, *Research in Nursing and Health*, 12, 315-321.

- MORSE, G., CALSYN, R. J., VOLKER, M., MUETHER, R. O., MUETHER, M. S. HARMAN, L., 1988, *Community Services for the Homeless: Preliminary Experimental Results*, 141st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Montréal.
- MORSE, G.A., CALSYN, R.J., MILLER, J., ROSENBERG, P., WEST, L., GILLILAND, J., 1996, Outreach to homeless mentally ill people: Conceptual and clinical considerations, *Community Mental Health Journal*, 32, 261-274.
- PHELAN, M., SLADE, M., THORNICROFT, G., DUNN, G., HOLLOWAY, F., WYKES, T., STRATHDEE, G., LOFTUS, L., MCCRONE, P., HAYWARD, P., 1995,. The Camberwell Assessment of needs: The validity and reliability of an instrument to assess the need of people with severe mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- O'REILLY-FLEMING, T., 1993, Homeless in Canada. In Anonymous, *Down and out in Canada: Homeless Canadians*, Canadian Scholars' Press, Toronto, 3-31.
- OVERALL, J. E., GORHAM, D. R., 1962,. The Brief Psychiatric Rating Scale, *Psychological Reports*, 10, 799-812,.
- ROG, D. J., ANDRANOVITCH, G. D., ROSENBLUM, S., 1987, *Intensive Case Management for Persons who are Homeless and Mentally ill: A Review of Community Support Program and Human Resource Development Programs Efforts*, Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- ROSENHECK, R., GALLUP, P., FRISMAN, L. K., 1993, Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1166-1171.
- STEIN, L. I., SANTOS, A. B., 1998, *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, Norton, New York.
- TORO, P. A., BELLAVIA, C. W., DAESCHLER, C. V., OWENS, B. J., WALL, D. D., PASSERO, J. M., 1995, Distinguishing homelessness from poverty: A comparative study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 2, 280-289.
- TORO, P.A., GOLDSTEIN, M. S., ROWLAND, L. L., BELLAVIA, C. W., WOLFE, S. M., THOMAS, D. M., ACOSTA, O., 1999, Severe mental illness among homeless adults and its association with longitudinal outcomes, *Behavior Therapy*, 30, 431-452.
- TRUMBETTA, S. L., MUESER, K. T., QUIMBY, E., BEBOUT, R., TEAGUE, G. B., 1999, Social networks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. *Behavior Therapy*, 30, 407-430.

ABSTRACT**Assessment of quality of life and needs of homeless mentally ill people: perceptions of an outreach team**

This project established by an outreach team from the CLSC des Faubourgs in autumn 1998, studies how the members of this team perceive the impact of their clinical intervention with homeless people suffering of severe mental illness. A convenience sample (n=52) was selected within the team's clientele. The clientele's needs were evaluated with the Camberwell Assessment of Needs (CAN-F, Phelan et al., 1995). Quality of life was measured twice with the Wisconsin Quality of Life Questionnaire (Becker et al., 1993). The project shows that clinical intervention is associated with an improvement in quality of life of severely mentally ill homeless people and this despite the existence of numerous other needs that are not met. The study suggests the work done by the outreach team touches the clinical aspects and is associated with the improvement of social problems of severely mentally ill homeless people.

RESUMEN**Evaluación de la calidad de vida y de las necesidades de las personas itinerantes afectadas por desórdenes mentales graves: percepciones de un equipo itinerancia-outreach**

Este proyecto, puesto en marcha por el equipo itinerancia-outreach del CLSC des Faubourgs en el otoño 1998, estudia cómo los miembros de este equipo perciben el impacto de sus intervenciones clínicas con las personas itinerantes afectadas por desórdenes mentales. Un muestreo de conveniencia (n=52) fue seleccionado entre la clientela del equipo. Las necesidades de la clientela fueron evaluadas con la ayuda del Camberwell Assessment of Needs (CAN-F, Phelan Y al.,1995) En dos ocasiones, la calidad de vida fue medida con ayuda del Cuestionario de la calidad de vida de Wisconsin (Versión trabajador que interviene; Becker Y al., 1993) El estudio demuestra que la intervención clínica está asociada a un mejoramiento de la calidad de vida de los itinerantes que sufren de patologías mentales graves, y eso a pesar de la existencia de otra serie de necesidades no satisfechas. El estudio sugiere que el trabajo del equipo itinerancia-outreach aborda los aspectos clínicos y se asocia al mejoramiento de los problemas sociales de las personas itinerantes que sufren de desórdenes mentales graves.