Document generated on 06/03/2024 1:13 p.m.

Santé mentale au Québec

Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants

Olivier Farmer

Volume 37, Number 1, Spring 2012

Santé mentale au coeur de la ville II

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1012640ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1012640ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Farmer, O. (2012). Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants. *Santé mentale au Québec*, *37*(1), 7–12. https://doi.org/10.7202/1012640ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2012

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Présentation

Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants

Olivier Farmer*

Alors que les deux dossiers « Santé Mentale au cœur de la ville » étaient en élaboration, survenaient deux événements qui ont attiré l'attention médiatique sur une des problématiques de la psychiatrie en ville : l'intervention auprès des itinérants. En réaction à ces deux malheureux événements, le département de psychiatrie du CHUM a proposé aux autorités politiques et sanitaires un projet d'intervention spécifique à cette clientèle. La présentation de ce dossier raconte la petite histoire de l'élaboration de ce projet de développement de services cliniques et de soutien au logement pour les personnes en situation d'itinérance avec des problèmes de santé mentale.

7 juin 2011 : en matinée, un homme crie et déplace des sacs d'ordures au milieu de la rue Sainte-Catherine, en plein centre-ville de Montréal. Visiblement agité, en colère, peut-être intoxiqué ou encore sous l'emprise d'une psychose, son comportement attire l'attention des policiers qui s'approchent de lui et tentent d'engager un dialogue avec ce dernier. Sans avertissement, celui-ci sort un couteau de ses vêtements, et se précipite brusquement sur un des policiers, l'arme devant lui. Conformément à leur entraînement, les policiers font feu et abattent Mario Hamel. Frappé à la poitrine, il est tué. Une autre balle, perdue, touche un cycliste, Patrick Limoges, qui passait là par hasard, et blesse mortellement ce dernier.

6 janvier 2012 : un homme, couché sur le banc d'une station de métro, est réveillé par deux policiers qui lui demandent de poursuivre son chemin. Voyant les deux policiers devant lui, celui-ci sort une lame de ses vêtements et attaque un des officiers (complètement pris au dépourvu) et lui inflige des blessures multiples au visage, au cou, et à l'abdomen. Devant cette attaque, un des policiers sort son arme de service, et somme l'individu de déposer son arme. Comme ce dernier

* Psychiatre-adjoint au chef du département de psychiatrie du CHUM pour le développement de la psychiatrie urbaine, professeur adjoint de Clinique à l'Université de Montréal.

ignore la sommation, le policier fait feu sur Farshad Mohammadi qui est tué sur le coup.

Les deux victimes avaient des points en commun. Elles vivaient ou avaient récemment vécu une situation d'itinérance. Elles étaient connues pour des problèmes de santé mentale, avaient des problèmes de consommation de drogues, et avaient déjà fait l'objet d'interventions policières.

Ces deux incidents ont attiré l'attention médiatique sur la problématique des personnes en situation d'itinérance avec des problèmes de santé mentale. Le service de police, blâmé par l'opinion publique pour le décès de ces deux personnes à la suite de ses interventions, dénonce les graves défaillances du système de santé auprès de cette population. Intervenant en première ligne, les policiers multiplient les interventions d'urgence auprès des personnes itinérantes avec un état mental perturbé, souvent les mêmes personnes. Lorsque les policiers amènent ces personnes à l'hôpital, ils rencontrent de nombreux obstacles qui entravent la dispensation des services dont ces dernières auraient besoin. Les services médicaux sont en effet hésitants à prendre en charge ces personnes, car celles-ci sont souvent réticentes à accepter les soins. Elles ont aussi de la difficulté à respecter les exigences d'un suivi médical, et abandonnent souvent le traitement à cause de leur mobilité et de l'instabilité de leur situation. C'était peut-être à cause de ces caractéristiques que les hôpitaux avaient décidé durant les années 1990 de se répartir hebdomadairement cette clientèle par le biais d'un système de garde d'urgence, système toujours en vigueur. Une autre caractéristique des personnes appréhendées par la police est qu'elles peuvent présenter un état mental altéré par le stress important qu'elles vivent, ou par la consommation de drogue. Dans ce dernier cas, elles auront tendance à se calmer rapidement et à réclamer leur congé après quelques heures passées à l'hôpital. Ces situations se répétant continuellement, le système semble incapable d'offrir des solutions efficaces et durables à ces situations.

Déjà fortement stimulés par l'arrivée de l'important projet de recherche « Chez soi » sur le sujet, projet en cours depuis quelques années dans cinq villes du Canada dont Montréal, les responsables du CHUM se sentent interpelés par le décès de Mario Hamel et l'urgence de la situation. Ils initient sans délai une réflexion sur la mise en place de services spécifiques destinés aux personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale, Plusieurs constats leur semblent aller de soi : une approche spécifique et intégrée est nécessaire ; cette approche doit comprendre l'accès au logement, l'accès à l'hospitalisation, et la mise en place d'une gamme de services pour le suivi ambulatoire. Cette approche doit viser l'intégration en logement, la stabilité médicale et

psychosociale, et par la suite le passage dans les services médicaux et sociaux réguliers. Les services développés doivent être en lien et en continuité avec ce que font déjà le réseau communautaire et les grands refuges. Il n'est pas question de créer un réseau parallèle et permanent de soins et services, ce qui aurait contribué à créer un ghetto.

En suivant ces principes directeurs, il devient plus facile d'imaginer un programme qui reposera sur une structure de services cohérente et relativement complète pour des personnes en situation d'itinérance, mais dont les problèmes de santé mentale sont un obstacle majeur à la réadaptation et au retour en logement. Le programme comprendrait : des lits d'hospitalisation réservés et spécifiques à cette clientèle ; une ou plusieurs cliniques ambulatoires interdisciplinaires classiques ; une ou plusieurs équipes de suivi intensif ; une ou plusieurs équipes de suivi d'intensité variable ; une équipe de logement avec un programme de subventions au logement (qui pourrait être associé à une augmentation des places en logement social).

Une tâche importante est le développement d'un réseau en partenariat avec les principaux acteurs dans le domaine de l'itinérance, afin de bénéficier de leur expertise et de leur appui politique, et de s'assurer que le projet développé s'inscrira harmonieusement dans l'écologie locale de services à cette population. Comme ce développement découle du contexte de l'organisation du réseau local intégré de services en santé mentale, sous la direction du CSSS Jeanne-Mance, il en sera facilité d'autant plus que des liens ont déjà été tissés avec le CSSS et les organismes communautaires du centre-ville grâce à la mise en place du projet Chez Soi. Pour leur part, les grands refuges du centre-ville se sont rapidement ralliés au projet proposé, car ils sont eux-mêmes à la recherche d'un partenariat avec le milieu médical pour le développement d'une offre de services médicaux pour la clientèle itinérante, spécifiquement la mise en place d'une clinique médicale pour la clientèle itinérante, située dans les locaux d'un des grand refuges, la mission Old Brewery.

L'attention médiatique donnée au décès de Farshad Mohammadi, un événement tragique et absurde [1], a été l'occasion de modifier le débat sur la problématique de l'itinérance associée à la santé mentale. À la suite d'une série d'interventions dans les médias, le discours, auparavant centré sur la question de l'intervention policière, a abordé l'enjeu de l'absence de services médicaux et de support adéquats pour cette clientèle. Plusieurs articles ont été écrits sur le sujet, et l'ébauche de notre projet de développement clinique a pu être discutée sur la place publique. Une pression fut par la suite exercée sur l'Agence de Services

Sociaux et de Santé de Montréal (ASSSM) et sur le gouvernement provincial pour étudier le problème et élaborer une réponse adéquate. Comme les éléments essentiels de notre projet avaient été mis sur la place publique, il était clair que l'ASSSM et le gouvernement devaient le prendre en considération dans leur réflexion, et déterminer s'il s'agissait d'un élément de réponse cohérent et pertinent au problème.

Le portrait de l'itinérance/santé mentale à Montréal en quelques lignes

Selon la Commission de la santé et des services sociaux sur l'itinérance au Québec, il y aurait jusqu'à 30,000 personnes en situation d'itinérance au Québec, dont entre 66 et 75 % vivraient à Montréal (soit plus de 20,000 individus). Il est estimé que 50 % de la population itinérante de Montréal est concentrée sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance et du CHUM, c'est-à-dire au centre-ville, environ 10 000 personnes. De ce nombre, 60-70 % auraient un problème de santé mentale (6 000-7 000 individus) dont 32 % avec un diagnostic psychiatrique majeur (schizophrénie, trouble schizo-affectif, maladie bipolaire), environ 3 000 personnes. Environ 80 % ont un problème d'abus et de dépendance (près de 8 000 personnes au centre-ville).

Le projet

Une réponse adéquate aux besoins de cette population complexe doit à notre avis être systémique, et impliquer l'expertise et l'engagement de l'ensemble des partenaires locaux, du milieu communautaire, de la première ligne et de la deuxième ligne. Cela signifie un développement concerté et coordonné des nouveaux services misant sur les spécificités et les expertises de chacun, mais de façon cohérente et fluide, dans l'optique du réseau intégré de soins en mesure d'intervenir sur l'ensemble des parcours de soins possibles.

Le projet est élaboré à partir de l'expertise locale : les trois grands refuges (la Mission Old Brewery, la Maison du Père et la Mission Bon-Accueil) qui gèrent près de 900 places d'hébergement pour cette clientèle, en plus des services de soutien offerts ; le CSSS Jeanne-Mance, avec une expertise reconnue pour les soins en première ligne ainsi que pour la recherche sur les inégalités sociales pour l'itinérance ; le département de psychiatrie du CHUM, qui avait fait au cours des dernières années un virage résolument communautaire et engagé dans le traitement des populations vulnérables et complexes (clinique des Jeunes Adultes Psychotiques, Suivi Intensif dans le Milieu, Psychiatrie des toxicomanies pour en nommer quelques-uns).

Techniquement, le projet prévoit l'ouverture de 10 lits d'hospitalisation, spécifiques à cette population, situés au Centre-Ville (à l'hôpital Notre-Dame du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal). Il propose également la création de : 2 équipes ambulatoires psychiatriques pour la clientèle plus autonome, une pour la clientèle 18-30 ans et une pour les adultes de plus de 30 ans (suivi de 400 personnes au total) ; deux équipes de suivi d'intensité variable pour la clientèle dont le problème de santé mentale est modéré mais avec le besoin d'un soutien social assez élevé (pour 210 personnes suivies) ; une équipe de suivi intensif pour les personnes dont la maladie psychiatrique est intense (pour 90 personnes suivies). Finalement, il postule que tout développement clinique en l'absence de solution à la situation d'itinérance aura un impact très limité. Conformément à ce que suggère la recherche dans le domaine de l'itinérance, trouver un logement adéquat doit être le premier niveau d'intervention. Pour ce faire, il est proposé de mettre sur pied une équipe de logement, ainsi qu'un système de subvention au logement, permettant à la personne d'obtenir un logement décent à un coût subventionné, dès l'entrée dans le programme. Conformément aux principes du rétablissement, des pairs aidants feraient partie intégrante des équipes de soins, et la primauté du choix individuel, des droits civiques et de l'autonomie de la personne guideraient les valeurs du programme. Les clientèles seraient référées par les organismes communautaires faisant du démarchage, les refuges, les urgences médicales et psychiatriques et tout autre organisme de santé ou de support social à l'interface avec l'itinérance.

Depuis de nombreuses années, les trois grands refuges sont préoccupés par la condition médicale souvent très précaire des personnes qui fréquentent leurs établissements, ainsi que par la grande difficulté pour leur clientèle d'obtenir des services médicaux adéquats dans le réseau habituel. Ils ont manifesté le besoin de créer une clinique médicale spécifique pour la clientèle itinérance, qui serait située dans les locaux d'un des refuges. En retour, ils sont prêts à offrir l'occupation et l'aménagement d'espaces, sans frais, ainsi que du personnel de soutien, afin d'encourager un groupe de médecins à venir offrir des services cliniques sur place, pour leur clientèle. Ils souhaitent aussi ouvrir des lits de convalescence, pour les personnes en situation d'itinérance qui reçoivent leur congé de l'hôpital avec des traitements médicaux, par exemple des antibiotiques par voie intraveineuse ou encore de la chimiothérapie. Enfin, à la suite de nos discussions, ils sont également disposés à offrir des espaces pour permettre l'ouverture d'une quinzaine de lits de crise, offrant un répit (et une alternative à l'hospitalisation) à des personnes en situation d'itinérance qui vivent une crise psychosociale ou l'aggravation

des symptômes de leur problème de santé mentale. Associé au projet de développement en santé mentale, cet assemblage clinique commencera à ressembler à l'idéal d'une intégration de l'ensemble des services de santé dont pourraient avoir besoin les personnes en situation d'itinérance.

Au moment de la parution de cet article, le projet est sous étude par l'Agence de Santé et des Services sociaux de Montréal, et par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le projet a suscité de l'intérêt, et plusieurs rencontres et discussions ont été faites avec l'ASSSM pour préciser la portée du projet et détailler les coûts associés. Bien que le projet n'ait pas encore été formellement accepté, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, a annoncé le développement de services en santé mentale ciblé pour la clientèle en situation d'itinérance. Que le projet décrit dans cette présentation voit le jour ou non, il est clair que la question de la santé mentale associée à l'itinérance est devenue une priorité pour les différents paliers du gouvernement.

Quelles conclusions tirer de cette expérience ? Les problèmes souvent complexes associés au centre-ville requièrent une approche originale et pragmatique. Trop souvent, l'organisation habituelle des services de santé ne répond pas au besoin de clientèles qui vivent de grandes difficultés, telles que les personnes en situation d'itinérance. Il faut anticiper l'ensemble des services et supports qu'elles pourraient nécessiter, et s'assurer que l'assemblage de services développés y répond adéquatement. Il est souvent impossible pour un établissement d'offrir l'ensemble des services requis ; il est donc nécessaire de travailler en partenariat avec les autres établissements ou organismes pertinents au problème. Pour le faire efficacement, il faut être sensible aux valeurs qui guident les différents organismes, à savoir répondre à leurs priorités et être capable de faire des compromis par rapport au projet initial. Lorsque la question est d'intérêt public, comme dans le cas de l'itinérance, il est utile d'éduquer le public sur la nature du problème et de mettre de l'avant un projet semblable à celui que nous proposons comme élément potentiel de solution.

Note

1. Il est fort possible que ce réfugié politique, ancien combattant kurde, qui avait connu l'oppression et la guerre, s'imaginait que les policiers étaient des agents d'immigration qui allaient le retourner en zone de guerre, alors que son avocat avait clairement établi que son statut accordé de réfugié politique n'avait jamais été remis en question.