

CAS - 067 M
C.P. - ITINERANCE
AU QUEBEC

**MEMOIRE SUR L'ITINERANCE ET LA PATHOLOGIE MENTALE AU
QUÉBEC**

**Marie Carmen Plante Md
Médecin psychiatre
Professeur agrégée au Département de Psychiatrie Université de
Montréal
Services ambulatoires en psychiatrie du CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE MONTRÉAL
28 septembre 2008-**

MÉMOIRE SUR L'ITINÉRANCE ET LA PATHOLOGIE MENTALE AU QUÉBEC

""Accepter que le social nous dérange dans une assignation non figée, voilà notre premier devoir "" Jean Furtos 2008

RETOUR HISTORIQUE

Pour les spécialistes de la psychiatrie, la problématique de l'itinérance elle-même n'est pas un phénomène en soi mais une situation bien connue de tout temps chez les grands psychotiques, les schizophrènes, les malades mentaux chronicisés que cette tendance à se désocialiser, à vagabonder, à fuguer sans but précis, à chercher refuge dans un ailleurs anémique si possible, nourri d'idées délirantes ou d'hallucinations, hanté souvent de thèmes persécuteurs ou grandioses....

Nous apprenons dans le rapport américain ""The New Asylum : Desinstitutionalisation : a Psychiatric Titanic..."" que ce mouvement des années 1960-1970, a contribué à créer cette crise actuelle de la maladie mentale en donnant congé à des personnes vivants en hôpital psychiatrique, souffrant de schizophrénie, de maladies bipolaires sévères, de dépressions réfractaires et d'atteintes organiques (moins bien connues à l'époque et dont les traitements étaient encore débutants) sans mesurer les conséquences adéquates et mêmes considérables et dangereuses de ces congés en grand nombre, parce que l'on n'était pas assuré que ces personnes très vulnérables et non préparées à ces sorties, reçoivent leur médication, un suivi régulier et continu et les services de réhabilitation nécessaires pour vivre avec succès et bien-être dans la communauté.

Les politiques subséquentes et renouvelées de coupures répétées de budgets et les nombreuses réductions de lits ont exacerbé la situation pour ceux qui n'avaient pas de suivi conséquent et l'on s'est retrouvé sans les hospitalisations et les services nécessaires pour les nouveaux patients qui ont émergé durant les années qui ont suivies. Cette situation se continue jusqu'à présent car les services communautaires et intégrés tardent à se mettre en place et les sans- abri malades mentaux sont de plus en plus nombreux. On écrit dans ce document déjà cité, qu'aux Etats-Unis, 2.2 millions de personnes sévèrement atteints n'ont pas de traitement en psychiatrie. Heureusement, ils ne sont pas tous sans-abri....

La Commission de Santé Mentale Américaine avait pourtant défini, sous la présidence de Jimmy Carter, une idéologie très humaniste dont les objectifs étaient de maintenir au niveau le plus élevé la liberté des personnes, l'auto-détermination, l'autonomie et la dignité, l'intégrité des corps, de l'intelligence et de l'esprit pour tous ces

individus avec une participation aux traitements ou en recevant les services adéquats pour leur état de santé mentale.

Pour une minorité d'entre eux (car il y a eu aussi des retombées positives et des réussites à cette réforme) les patients les plus sévèrement atteints, la désinstitutionnalisation a été un gigantesque Titanic dans lequel, trop nombreux ils ont sombré et continuent d'être engouffrés....il n'y a plus de respect pour la dignité du corps, de l'intelligence et de l'esprit...leurs choix se résument aux missions d'hébergement et aux soupes populaires et leur vie dans des boîtes de carton, dans les parcs, dans les fonds de ruelle ou dans les cellules des prisons...vie de terreur, remplie d'ennemis réels ou imaginaires...On ajoute que plutôt que de se retrouver dans les lits d'hôpitaux, trop d'entre eux se retrouvent au pénitencier pour de longues périodes ou en prison de façon répétée et sans soins avant pendant et après leur incarcération. On retrouve cette situation au Québec aussi, hélas!!

SITUATION AU QUEBEC!

L'Étude de Fournier et coll. en 1998-2000 dénombrait environ 12666 personnes itinérantes à Montréal en une année et 3589 à Québec; les analyses subséquentes démontraient que 47.8% présentaient des troubles affectifs sévères, 21.5% des troubles schizophréniques et psychotiques; on y ajoutait 5.4 % de trouble du jeu pathologique et 19.5 % de troubles de personnalité antisociale. En y ajoutant les troubles reliées à l'usage des substances alcool/drogues, on obtenait des taux aussi élevés que 49.3%....Ces taux démontrent une proportion effarante de personnes qui sont dangereusement problématiques.

Si l'on considère que 16.5% de l'échantillon étaient des personnes souffrant de schizophrénie et qu'à cela souvent s'ajoutent des troubles d'abus de substances et d'autres pathologies psychiatriques ou médicales, cela donne un nombre impressionnant de personnes en besoin de traitement et de logement..... !!Ces études seraient à reprendre 10 années plus tard mais déjà ces données de 1998-2000, demeurent considérables et je n'ai pas mentionné les statistiques du reste de la province, mais nous savons par les observations des cliniciens et les études menées auprès des refuges en 2004, que le nombre des jeunes augmente et que le nombre total de ces personnes ne diminue pas, malgré les efforts continuels et importants qui leur sont consacrés.

Il semble que depuis les années 1990-2000, les malades mentaux vivants sur la rue ont été des laissés pour compte, les derniers à être servis dans notre système de santé, malgré les efforts consentis surtout par les organismes communautaires, de rares CLSC, quelques individus, professionnels, intervenants, personnes responsables et engagées, certains budgets du MASSS pour former la première Équipe, mais jamais dans un réel système organisé et intégré qui aurait dès le début, évité bien des déboires.

Avec regret, on note que les Facultés de Médecine, les départements de Psychiatrie Universitaires, les chercheurs médicaux, la Santé Publique, les Institutions de soins sauf dans certains secteurs et dans le cas par cas, ne se sont pas engagés sur le sort de ces personnes, et ni le Gouvernement et le MSSS trop compromis, , malgré le nombre effarants de colloques, comités , rencontres, conférences sur la question pendant

des années, malgré les différentes politiques sur la Santé Mentale , sur la Pauvreté au Québec, sur le Logement , politiques qui suscitaient l'espoir de trouver enfin des solutions à long terme. Heureusement L'Université du Québec à Montréal, avec Le Centre de Recherche sur l'Itinérance (CRI) nous a accompagné, encouragé, questionné et ressourcé pendant ces années, mais sans le pouvoir et le mandat d'organiser en un système intégré une structure qui permettait de résoudre ce problème.

Le document distribué pour préparer cette Commission et intitulé le Phénomène de l'itinérance au Québec 2008, nous fournit des exemples de réalisations concrètes à plusieurs niveaux mais rien n'est intégré dans un ensemble réaliste, cohérent et dynamique, avec récurrence assurée de budgets qui sont essentiels pour prendre un départ valable et assurer l'avenir.

Ces années 1980-2000 ont été fortement marquées de fluctuations économiques, d'une augmentation nette de la pauvreté, de pertes nombreuses de logements dits sociaux et à prix abordables, de chômage récurrent et prolongé pour les plus vulnérables, de pertes d'emplois qui se sont multipliées, de l'apparition de nouvelles problématiques psychosociales sévères, liées à de nouveaux environnements hautement individualistes et aux effets du néolibéralisme vainqueur et triomphant, ne laissant que peu de place aux populations vulnérables et démunies ou en pertes de moyens, incapables d'assumer les augmentations sans cesse plus importantes du coût de la vie, ne trouvant plus d'espace pour demeurer des citoyens avec des droits égaux, capable de vivre avec confiance en eux-mêmes et dans leur environnement habituel. Ces malades mentaux sont lentement devenus des perdants dans ce système, des exclus dans cette vie urbaine ou ils ne se reconnaissent pas et représentaient si peu, n'y trouvant plus aucun avantage , ne pouvant compter sur personne de façon constante et continue, dépassés dans les dédales et détours administratifs, trop complexes pour y trouver les solutions à leurs besoins.

L'arrivée des drogues de rue et la facilité de s'en procurer, et la présence de plus en plus nombreuse d'alcooliques , depuis les années 1980, ont aussi marqué un tournant majeur dans l'évolution néfaste de cette situation de même que plus tard, la survenue du jeu pathologique est devenue de plus en plus aliénante et destructrice sans parler des atteintes du Sida, des hépatites nombreuses et du retour de la Tuberculose entre autres...Les comorbidités se sont installées.....

L'Itinérance a donc pris des proportions inquiétantes et malgré les efforts multiples et fort louables, constants et parfois surhumains des intervenants et des équipes mobiles ou autres, ces centres d'hébergement et des soupes populaires, des Centres de jour et de nombreuses ressources communautaires dédiées et très engagées, malgré les budgets fédéraux de l'IPACT et de l'IPLI, le nombre de personnes vivants dans la rue ou en situation de grande précarité n'a cessé d'augmenter; c'est devenu un phénomène pancanadien, une "catastrophe nationale" a dit le Caucus des Maires des grandes villes et même le Rapporteur Spécial des Etats-Unis sur le droit à un logement convenable, a décrit la situation canadienne comme une "crise nationale" sans compter les conséquences évidentes pour la santé et les coûts élevés liés à l'Itinérance au Canada et Montréal participe, sans toujours le désirer, à cet afflux de personnes venant de tout le Canada, sans abri et en grand besoin

POPULATION HÉTÉROGENE.

Pour ajouter au fardeau, on note une augmentation notable de la présence des femmes, des jeunes, des nouveaux immigrants, des autochtones, et même de personnes âgées; on parle aussi de familles dans certaines villes canadiennes; au Québec, la présence accrue de ces familles démunies se manifeste dans les soupes populaires et aux comptoirs de nourriture, tôt dans le mois....et ces personnes essaient dans toute la province maintenant, de sorte que l'on tente de multiplier les équipes et les services mais encore, sans plan intégré et rassembleur, sans un leadership ferme avec mandat précis et pouvoirs certains et sans obligation réelle de la part des institutions; tous ces mouvements semblent venir des individus et des ressources communautaires, alors que le problème est d'une envergure telle que les responsabilités et solutions appartiennent à d'autres paliers de pouvoir qui semblent aveugles ou fort insensibles à la situation. On nous a dénoncé le PAS DANS MA COUR au sujet des renvois fréquents de patients dans d'autres régions du Québec, sans solutions discutées et orientées auparavant...

PSYCHIATRIE ET ITINÉRANCE

Je parle de ces problèmes en toute connaissance de cause car à la suite de la lecture de l'article du psychiatre américain, le Dr Richard Lamb PHD, grand défenseur de la cause

des patients mentaux sans-abri, pendant près de 30 ans, intitulé « Will we save the homeless mentally ill », suite aux observations répétées, évaluations à l'Urgence, et admissions de ces personnes à l'Hôpital St-Luc, dont j'étais le Chef de Département à l'époque, déjà nourrie de littérature américaine abondante sur le sujet et porteuse de solutions et en recherche d'innovations pour cette population, avec en plus quelques congrès américains sur ces questions, je ne pouvais demeurer indifférente et sans agir devant le spectacle désolant de ces malades mentaux, si mal en point, tout autour de l'Hôpital et dans ce secteur du Centre-Ville de Montréal.

Après bien des hésitations et réflexions, malgré un engagement de première heure avec certains confrères, j'ai décidé de consacrer une partie importante de mes activités cliniques en m'associant directement avec l'équipe Itinérance des Faubourgs, auprès de ces personnes en urgent besoin et j'ai tenu ce rôle pendant 12 années d'un travail que je qualifierais d'exigeant, intense, difficile à certains moments, désespérant à d'autres mais aussi valorisant, noble, gratifiant, interdisciplinaire et solidaire dans tous les sens du terme, avec des intervenants d'un courage, d'une dignité, d'une intensité d'une inventivité et d'une patience à toute épreuve. Nous avons tout à apprendre et tant d'obstacles à surmonter sans cesse et nous devons recommencer indéfiniment.

J'ai vite appris que l'on ne peut travailler avec une population souffrant de comorbidité et de polymorbidité, d'exclusion, de discrimination, de grande pauvreté à tous les niveaux et de rejet, sans l'établissement d'un PARADIGME THERAPEUTIQUE certain, auquel les auteurs américains, plus expérimentés que nous déjà, nous ont sensibilisés mais d'emblée, nous utilisons spontanément avec réalisme dans l'équipe,

certains des principes de base les plus riches et les plus évidents. Ce Paradigme est le suivant :

PARADIGME THÉRAPEUTIQUE ET STRATÉGIES CLINIQUES (Susser 1992) PORTE D'ENTRÉE ESSENTIELLE...

Une adaptation ethnographique est avant tout nécessaire de même que la connaissance directe des structures d'hébergement et des soupes populaires, bref de milieux nouveaux et inconnus de la psychiatrie traditionnelle, souvent méfiants envers cette spécialité; en plus, il faut apprendre à connaître la culture prévalente de ces milieux et les attitudes des clients et du personnel qui y travaille dans des conditions parfois limites. De nombreux apprivoisements sont à faire au début d'une présence dans ces lieux et doivent se continuer avec les années

Il faut aussi établir la pratique de « l'Outreach » ou repérage proactif, ce qui signifie rejoindre les patients mentaux à risque là où ils se trouvent. C'est un travail de rue où l'on identifie les personnes en besoin; on cherche à établir une première relation; on démontre beaucoup d'efforts d'assistance pour établir le contact. Durant ce travail, l'emphase est mise sur l'offre de services pour les patients les plus difficiles; c'est une porte ouverte aux services à venir et l'on doit parfois utiliser des stratégies inhabituelles. Ce travail a lieu aussi chaque semaine, dans plusieurs ressources où l'on retrouve ces personnes en besoin. Il faut ensuite organiser le traitement clinique, établir un plan individualisé de soins avec coordination des actions à mener, s'assurer du suivi, du support et de la défense des droits du patient n'oubliant pas le l'orientation au logement et la psychoéducation pour le retour à la vie civile.

Le traitement vise à assurer la vie dans la communauté; il est donc essentiel d'offrir des services médicaux et psychiatriques à long terme et dans la continuité; de nouvelles stratégies seront à adopter pour cela :

- 1) défense et mobilisation de ces personnes
- 2) démystification de la maladie mentale et/ou de l'itinérance (préjugés, discrimination rejet)
- 3) sociopathie constructive
- 4) support des pairs
- 5) enseignement sur la vie en logement (habiletés de la vie quotidienne)

Sheridan et coll 1993, Breaky W. 2000, reprendront ces thèmes du Paradigme qui clarifient avec encore plus de précisions le travail clinique auprès des malades mentaux itinérants; ils identifient les étapes suivantes comme des nécessités et stratégies cliniques essentielles .

- 1) Outreach pour engager le patient dans un traitement (nécessité prouvée)
- 2) Respect de l'individualité de chaque personne (essentiel)
- 3) Flexibilité de l'offre de services (vital)
- 4) Attention spéciale aux besoins de base (nourriture-vêtements-toit)
- 5) Offre de services intégrés et intervenant-pivot clinique

- 6) Expertise clinique spécialisée (psychiatrie-toxicomanie) (cliniques de troubles de personnalité)
- 7) Large éventail d'options de logements (transitoire et permanents)
- 8) Travail dans une perspective longitudinale
- 9) Participation active du patient et prise de pouvoir sur sa vie (empowerment)
- 10) Défense active des droits des patients (Advocacy)
- 11) Enseignement, en santé, médecine, sciences sociales et autres domaines d'intérêt direct avec les dimensions de l'itinérance
- 12) Recherche continue, clinique, épidémiologique, participative et évaluative

Le Dr Richard Lamb concluait qu'il fallait établir un système complet, cohérent et intégré de soins mentaux à tous les niveaux entre la communauté et les institutions, pour ces patients mentaux atteints sévèrement et de façon persistante et qui sont sans abri, les assurant de soins médicaux et psychiatrique de haute qualité; il ajoutait un système de crise complet et accessible dans la communauté et à l'hôpital; il insistait sur une loi de protection du malade mental moins restrictive sur les ordonnances de traitement involontaire et sur la compréhension de la dangerosité évidente de la vie sur la rue pour certains patients et leur santé; il répétait à quel point il fallait des services de réhabilitation diversifiées dans un esprit de partenariat créateur et dynamique et souhaitait que les services rencontrent le patient là ou il se trouve et non là où le système souhaite qu'il se rende, donc nécessité absolue de la mobilité des psychiatres et des intervenants.

Il terminait en émettant le désir que la réhabilitation des patients mentaux itinérants chronicisés devienne la priorité majeure du système de santé publique et que la distribution des fonds soit faite en priorité pour eux, les plus fragiles.

Ces paroles et ces écrits datent des années 1990, et ont guidé mes pas et mon travail clinique quotidien et tous les efforts pour arriver à obtenir et structurer un tel système que nous n'avons jamais obtenu, mais nous avons mis sur pied, jour après jour, un réseau montréalais, québécois et pancanadien bien articulé avec les années...Un consensus se dessine cependant...ce n'est qu'avec un tel programme complet et organisé que nous réussirons à apprivoiser et traiter ces personnes.

Cependant, même si les solutions énoncées précédemment doivent être appliquées, de nombreuses difficultés demeurent que nous devons régler pour avancer vers des résultats positifs et de afin de faciliter nos approches et thérapies journalières, car nous consomons des énergies indispensables à régler de nombreux obstacles qui pourraient être levés rapidement par des ententes précises et respectées.

UN RESEAU DE SANTÉ MORCELÉ

Ainsi notre équipe rencontre des difficultés d,'accessibilité aux services médicaux et psychiatriques par manque d'identification de la clientèle (Carte RAMQ entre autre..) ou adresse stable des patients.

- Difficultés car congés rapides des urgences, malgré la préparation et les communications à l'avance et aucune liaison n'est souvent faite.
- Difficulté car peu de possibilités de suivi n'est offerte par les hôpitaux de garde ou pas de communication/ liaison avec l'équipe itinérance.

- Difficulté lors d'hospitalisation car manque de liaison avec l'équipe; sortie non préparée en fonction de l'état d'itinérance (ordonnances, médicaments, suivis)
- Difficulté car les dossiers se ferment très vite; ils devraient demeurer ouverts une année au moins car certaines personnes vivent de courtes périodes d'itinérance et reviennent au traitement par la suite.
- Difficulté car les transferts sont très longs avant la prise en charge par les équipes régulières quand les patients sont stabilisés et adressés.
- Difficulté d'accès aux médicaments par manque d'argent si la personne n'est pas couverte par la RAMQ; tant de patients viennent d'ailleurs ou de d'autres provinces...
- Difficultés car certaines personnes ne possèdent aucune identité malgré de longues recherches et ne peuvent recevoir de services en –dehors de l'urgence immédiate.
- Difficultés car très peu de services spécialisés pour ex-détenus
- Difficultés car plus de personnes réfractaires à toute approche après expériences répétées de rejet par le système
- Difficultés car pas accès aux services spécialisés et intégrés pour troubles de personnalité ou santé mentale et toxicomanie
- Difficultés reliées aux déficiences intellectuelles et à l'organicité et aux influences néfastes de la rue pour ces personnes abusées et violentées
- Difficultés reliées au trafic de drogues de rue et médicaments sur lesquels nous n'avons que peu de contrôle; travail dans le sens de réduction de méfaits; résultats très lents dus à l'intolérance et à la discrimination de la population et de la société.
- Difficultés due aux préjugés, au rejet et à la discrimination à l'égard de ces personnes et danger que cela atteigne aussi les intervenants et les équipes de travail (perversion du travail en itinérance et isolement)
- Difficultés car des problèmes d'Éthique se posent de plus en plus souvent et nous n'avons pas de lieux de rencontres et supervisions identifiés où l'Équipe puisse en discuter avec des éthiciens aptes à la seconder; cela demeure à structurer et finaliser.
- Difficultés avec les nombreuses contraventions dont sont surtout victimes les sans-abri.

Voilà donc un ensemble, et non la somme, des situations problématiques rencontrées et réglées au jour le jour, et suivant la bonne volonté, la négociation cas par cas. La collaboration des divers institutions, qui ne semblent pas se sentir de véritables et réelles responsabilités face à l'envergure de problèmes et les tracasseries quotidiennes et dont l'excuse facile est de laisser partir la personne malade mentale avec troubles sévères en disant qu'elle n'est pas psychotique, en phase aigue, et qu'elle peut se débrouiller et on la dirige à nouveau vers les seules ressources pour personnes itinérantes...et le cercle de l'enfermement de répète et se resserre encore davantage...

On nous a demandé au printemps 2008, de nous prononcer sur un Cadre de Références pour l'itinérance au Québec dans lequel ne siégeaient que des administrateurs et très peu sinon pas de cliniciens de terrain; ce cadre, dans un bel effort cependant, tentait d'unifier et de structurer les actions nombreuses et nécessaires à entreprendre pour en arriver à dépasser ce problème et à le surmonter mais nous attendons encore la finalisation et la réalisation concrète de ce cadre

Une politique sur l'itinérance intitulée « Pour une politique en itinérance, du réseau solidarité itinérance du Québec » à visée plutôt psychosociale, fort créatrice et dynamique a été proposée l'an dernier et appuyée par de nombreux supporteurs et tous les acteurs communautaires impliqués mais nous n'en n'avons reçu aucune retombée pratique, qui serait pourtant la bienvenue pour les malades mentaux chronicisés, les premiers à devoir en profiter et y adhérer.

Il n'appartient pas à la PSYCHIATRIE de régler et de sauver toutes les populations en situation d'itinérance mais ce qui doit nous importer et nous questionner c'est la proportion de malades mentaux très atteints qui se retrouvent sur la rue, sans soins et dont la chronicisation dans cet état met leur santé et leur vie même, en grand danger, cela pouvant mener jusqu'au syndrome de l'auto-exclusion, si bien décrit par J Furtos 2005

- :1) Coupure de soi
- 2) Inhibitions des pensées et des émotions
- 3) Anesthésie partielle du corps
- 4) Troubles du comportement sur ce fond d'émoussement
- 5) Rupture avec la famille et les proches
- 6) Diminution ou abolition de la honte humanisante
- 7) Incurie ou absence de souci de soi qui peut aller jusqu'à la mort
- 8) Diminution de la capacité de demande
- 9) Réaction thérapeutique négative
- 10) Mort prématurée

SOLUTIONS

Il faut donc une structure responsable, bien identifiée, clairement mandatée avec pouvoir et financement pour offrir l'accessibilité, (urgence, hospitalisation, soins intégrés) aux soins et traitements psychiatriques, le suivi continu, la réhabilitation active et le logement à très long terme, avec des équipes de suivi intensif dans la communauté. Il faut aussi assurer la formation, l'enseignement et la recherche qui contribueront à dynamiser le processus dans le respect des principes d'action, des valeurs et du travail clinique original déjà signalés.

Le Plan d'action en Santé mentale actuel ne mentionne, nulle part, ces populations et je ne crois pas que les équipes de première ligne pourront improviser dans ces soins et orientations s'il ne leur est fourni un modèle, une formation sérieuse et assurée en santé mentale et en psychiatrie, une volonté de consacrer certains de leurs professionnels au repérage proactif (l'Outreach) et à l'organisation de soins intégrés en toxicomanie et en santé mentale avec un partenariat étroit avec les Équipes de suivi communautaire intensif pour du logement permanent et un suivi continu et flexible de cette minorité de patients mentaux psychotiques qui exigent tant d'heures/ soins tout en semblant ne rien demander et qui cherchent à demeurer invisibles, bien que « le constat de leur situation est terrible et brutal » comme le souligne le Maire Gérald Tremblay dans la Presse du 14 septembre 2008.

Il existe cependant des solutions qui commencent à faire leurs preuves depuis quelques années et qui constituent le **SECOND PARADIGME** de l'itinérance; la possible stabilisation et réhabilitation de ces personnes si sévèrement atteintes.

Une revue de littérature menée par les chercheurs de L'Université Simon Fraser de Colombie Britannique Janvier 2007 sur le Logement pour les personnes atteintes de problèmes sévères de santé mentale et d'abus de substances, l'important rapport du Symposium National sur la recherche en itinérance de 2007 (USA) et un rapport récent (Document de Travail) de la Commission de Santé Mentale du Canada 2008, avec en surplus le Programme Housing First :Pathways to Housing de Calgary par Pam Thompson 2006-2007, et toute la revue de littérature sur les travaux de Sam Tsembéris et ses collaborateurs, nous démontrent tous, évidences à l'appui, que nous devons canaliser nos énergies vers l'établissement de tels programmes pour offrir des solutions dignes et respectueuses à nos patients les plus vulnérables.

Leur efficacité a été largement démontrée par des études sérieuses et bien documentées de même que l'efficience sur les coûts et budgets; la stabilité en logement se situe autour de 85%, ce qui est un succès formidable en soi et un bien-être et une garantie de qualité de vie et de soins pour la clientèle mentale.

PARADIGME DE LA STABILISATION : PORTE DE SORTIE EFFICACE ET EFFICIENTE

Consiste dans le **MODELE** suivant : PROGRAMME AXÉ SUR :

Donner la **PRIORITÉ** au **LOGEMENT** :

Culture axée sur le **RÉTABLISSEMENT**

Fondé sur le choix de tous les services par le consommateur

Seules exigences : revenu versé directement pour le loyer, visite au moins une fois semaine par l'Équipe de suivi communautaire intensif.

Supplément de loyer : les participants paient 30% ou moins de leur revenu

Caractère volontaire des services de traitement et de soutien-; cliniciens et fournisseurs de services situés à l'extérieur du site de vie.

Droits juridiques selon la responsabilité du bail signé

Aucune condition liée à l'aptitude à tenir un logement

Les responsables du programme ont un contrôle à l'accès du bassin de logements

Les logements sont des habitations indépendantes dans des endroits dispersés dans la ville

Les services sont personnalisés, y compris les mesures d'adaptation culturelles

Services d'urgence sept jours sur sept et 24 heures sur 24

Réduction des répercussions négatives de la consommation de drogues

Disponibilité de services d'Ameublement et d'entretien

L'hébergement n'est pas lié à une promesse de suivre des traitements.(Commission de Santé mentale 2008)

C'est une façon de faire unique, non traditionnelle, très nouvelle et dynamique, permettant de donner des services à une population exclue mais qui apporte des résultats probants en restituant le respect de soi, la notion de citoyen à part entière, la foi dans un

avenir possible et la capacité d'établir et de conserver des liens positifs avec la communauté..

Ce modèle peut se vivre à deux dimensions, selon les besoins particuliers de la clientèle rencontrée.

CLIENTÉLE PRÉSENTANT DES BESOINS ÉLEVÉS :

Equipe de soins communautaires intensifs

- 1) Ratio client/employés de 10 pour 1 ou moins, y compris un psychiatre et une infirmière
- 2) Les employés du programme participent étroitement aux admissions et aux congés des hôpitaux
- 3) Les équipes se rencontrent quotidiennement et incluent au moins un spécialiste des services d'entraide.

CLIENTÉLE PRÉSENTANT DES BESOINS MOINDRES;

- 1) Gestion de cas intensive et limitée dans le temps
- 2) Ratio client/employé de 20 pour 1
- 3) Travailleurs individuels (Intervenant -pivot) en aiguillage vers d'autres équipes ou organismes
- 4) Les travailleurs accompagnent les clients à leurs rendez-vous
- 5) Affectation centralisée et conférences mensuelles sur les dossiers (Commission de Santé Mentale 2008)

Ces solutions, nouvelles, innovatrices, fructueuses ne peuvent que nous séduire et donner enfin un élan nouveau à tous nos efforts; je ne puis qu'appuyer les nombreux Mémoires, Documents, Dossiers ou Présentations qui seront amenées devant cette Commission car tous les aspects de ce problème vont sûrement y trouver place et défenseurs, entre celui du Refuge des Jeunes et celui de Michel Simard du Centre le Havre de Trois-Rivières et celui de l'Équipe Itinérance de Montréal..

Nous avons le devoir d'éliminer l'Itinérance et l'espoir ferme d'y arriver si une volonté politique existe, si les différents ministères identifiés au niveau des solutions forment un véritable consensus et travaillent dans un même esprit, dans un même élan, sérieux et motivé.

Il ne faut pas oublier, en même temps, que la prévention précoce, à plusieurs niveaux est essentielle et ne doit pas seulement viser les personnes en danger immédiat ou rapide de précarité mais les enfants à risques, les jeunes en situation problématique, les familles en difficultés et les autres populations vulnérables qui peuvent à tout moment basculer dans la grande pauvreté et l'indigence, si près de la vie sur la rue...

Mon travail thérapeutique de psychiatre en sera facilité et portera enfin plus de fruits car comme le souligne le Dr Furtos " »Il n'a pas de clinique hors du contexte social « (2006) et il ajoute. » nous assistons à une bien étrange réinsertion du psychotique, une réinsertion qui passe par l'intégration dans le monde de l'exclusion et ce malade-là, inclus chez les exclus, nous risquons de ne jamais le rencontrer; le désordre de son psychisme entre en résonance avec le désordre de la société « (1994).

Cette rencontre donc est essentielle pour sortir les grands psychotiques de l'exclusion et la solution passe par les pouvoirs de l'État et sa volonté d'agir.

Je souhaite que tout le travail et surtout les conclusions et recommandations de cette Commission et du Plan ministériel qui suivra, nous mènent au retour de la place de chacun comme citoyen et personne respectée dans tous les aspects de sa vie personnelle, communautaire et psychique, avec une santé mentale positive et assumée, et des soins psychiatriques de grande qualité..

Mes remerciements respectueux pour votre attention

Marie Carmen Plante MD
Médecin psychiatre

BIBLIOGRAPHIE

Institut canadien d'information sur la Santé : améliorer la Santé des Canadiens : santé mentale et Itinérance 30 Août 2007

Typology of Mentally Disordered Users; J-Pierre Bonnin, Louise Fournier et coll; à paraître 2008

Itinérance au Québec : Cadre de Référence. Direction communautaire du ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Québec Septembre 2008-

Pour une politique en itinérance; Plateforme de revendications du Réseau Solidarité Itinérance du Québec 2006

Frontline : the new asylums : Desinstitutionalisation; Specials Report; A psychiatric titanic 15-10-2007 page 1-18

Rapport de la commission de Santé mentale Fédérale; Document de travail : : 25 août 2008 page 1-26

Housing first; Pathways to housing Dr Pam Thompson Calgary director 2007: (Alex community Health Center)

Characteristics of Housing Programs that serve Chronically homeless adults; people who experience long-term homelessness; characteristics and interventions. Caton C.L.M., Wilhins C., Anderson J. Homeless Symposium 2007

Pathways to Housing D.C. INC. Annual Report 2007 New York City 24 pages.

Housing for people with substance use and concurrent disorders; summary of literature and annotated bibliography. Somers J., Drucker E., Frankish J., Rush B., Center for

applied Research in Mental Health and Addiction Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Janvier 2007

Clinical Guide to the treatment of Mentally ill homeless person Gillis P.M., McQuiston H.L., American Association of community psychiatrists 2006 1-169 Outreach of the homeless : Craft, Science, and future implications Ng A.T., McQuiston H.L., Journal of Psychiatric practice Vol. 10, No 2, page 95-105

Psychiatrie dans la ville Pratiques et clinique de terrain Ed. Erès. 2003

J Pierre Martin

La Santé Mentale en actes, de la clinique au politique Jean Furtos et Christian Laval, Ed Erès 2005

Les cliniques de la précarité; contexte social, psychopathologie et dispositifs Jean Furtos Es Masson 2008

Plante M-Carmen MD 2007 Les maux de la psychiatrie face à l'itinérance dans l'itinérance en question pages 217-230 Presses de l'Université du Québec 2007

Lamb R. H. et all. (1992) " TREATING THE HOMELESS MENTALLY ILL " Task force Report, New York, American psychological Association