

Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

Écrit par J.P. Bonin, L. Fournier, R. Blais, M. Perreault

Réalisée par David Guilmette

Mise en forme par Justin Sirois-Marcil

Référence complète de l'étude

Bonin, J. P., Fournier, L., Blais, R. & Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 4(2), 211-248. DOI : 10.7202/012604ar

Préblématique et cadre théorique

Le Québec vit, depuis le milieu des années 1990, des changements importants dans la prestation des soins de santé mentale. D'une part, on a assisté à ce qui est considéré comme une quatrième vague de désinstitutionnalisation ; les hôpitaux psychiatriques ont dirigé près de la moitié de leurs clients vers d'autres ressources. En effet, de 1995 à 2002, le nombre de lits en psychiatrie est passé de 6 000 à 3 496 (Vérificateur général du Québec, 2003). Or, les vagues précédentes auraient eu une certaine incidence sur le nombre de personnes ayant des troubles mentaux dans la communauté (Dorvil, Guttman, Ricard, et Villeneuve, 1997). D'autre part, devant les critiques concernant le manque d'intégration des services, on a récemment proposé de nouvelles façons de faire (Santé Canada, 2002) et, au Québec et ailleurs, on a fait des ajustements en créant des ressources plus intégrées pour les personnes ayant des troubles concomitants. Ainsi, on a vu naître à Montréal des ressources comme le Centre Dollard-Cormier, le Centre Cormier-Lafontaine, le Centre Foster et le programme Relais-Méthadone. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux vient de proposer un Plan d'action (MSSS, 2005) qui vise à améliorer la continuité des services et leur accessibilité. Ainsi, le développement prioritaire de services de première ligne rapidement accessible pour toute la population est à la base de ce plan. Or, les personnes itinérantes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie représentent un groupe particulièrement vulnérable et ayant des besoins de services complexes (Drake, 1991, 1996 ; Folsom et coll., 2005 ; Kertesz et coll., 2005). En effet, comparativement à d'autres itinérants, ceux avec des troubles concomitants vivent plus dans la rue que dans des refuges, souffrent plus fréquemment de détresse psychologique, échangent des faveurs sexuelles pour de la nourriture et de l'argent, et ont plus de risque d'être arrêtés par la police et d'être incarcérés, d'être isolés de leur famille, et de vivre de la victimisation (Drake, 1996). Les personnes itinérantes ayant des troubles concomitants se butent à plusieurs difficultés dans la réception de services adaptés à leur condition et à la multiplicité de leurs problèmes. Premièrement, autant aux États-Unis qu'au Canada, les services pour les personnes atteintes de troubles mentaux et ceux pour les personnes aux prises avec des troubles liés aux substances ont été développés de façon parallèle et, encore aujourd'hui, les deux systèmes de services ne présentent que peu d'interactions. Timko (2003) indique que ces systèmes diffèrent passablement. Chacun possède des mécanismes de financement et des méthodes de formation du personnel qui lui sont propres, et des philosophies

d'intervention qui sont parfois opposées. Toutefois, malgré des tentatives pour créer des liens entre les deux systèmes traditionnels, une mauvaise coordination entre ces réseaux représente souvent une entrave majeure à l'accessibilité aux services pour les personnes ayant des troubles concomitants (Drake et coll., 2001).

Par ailleurs, le lien entre les personnes itinérantes et les services est plutôt complexe : certains facteurs sont associés aux personnes itinérantes elles-mêmes et d'autres aux professionnels qui dispensent les soins. Ainsi, on constate que les personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux cherchent moins d'aide ou n'obtiennent pas de services en santé mentale. D'une part, elles sont méfiantes face à l'autorité et aux services et d'autre part, les troubles mentaux qu'elles présentent sont souvent compliqués par de la colère, du ressentiment et de l'aliénation engendrés par l'extrême pauvreté et l'isolement (Chafetz, 1990). Par ailleurs, les cliniciens deviennent sceptiques face aux chances de rétablissement des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ils trouvent souvent la situation de ces dernières misérable et se retirent défensivement en ne portant attention qu'aux conditions cliniques, soit les symptômes psychiatriques, qu'ils trouvent plus tolérables ou acceptables que la situation de vie globale dans laquelle se trouve la personne itinérante atteinte de troubles mentaux (Lamb et coll., 1992).

Définition et prévalence des troubles concomitants : Selon Santé Canada (2002), l'ensemble des troubles concomitants se rapporte aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives. [...] Dans cet article, l'expression troubles concomitants est utilisée pour décrire la présence de troubles mentaux de l'axe I, tels les psychoses et les troubles affectifs, et de troubles liés aux substances (alcool ou drogue). [...] Fischer (1990), dans une recension d'écrits, estime qu'entre 3,6 et 26 % des personnes itinérantes souffrent de troubles concomitants avec alcool et entre 8 et 31 % de troubles concomitants avec substances. Les troubles liés aux substances ont été considérés comme les problèmes les plus prévalents au sein des personnes itinérantes, présents chez entre deux tiers et trois quarts des hommes itinérants et chez entre un quart et la moitié des femmes itinérantes. Quant aux troubles mentaux, jusqu'à la fin des années 1980, dans les études les plus rigoureuses, on établissait de manière constante qu'entre un tiers et la moitié des personnes itinérantes souffraient de troubles mentaux graves tels que les troubles affectifs (19 % à 30 %) et la schizophrénie (11 % à 17 %) (Koegel, Burnam, et Farr, 1988 ; Vernez, Burnam, McGlynn, Trude, et Mittman, 1988 ; Breakey, Fischer, Kramer, Nestadt, Romanoski et coll., 1989 ; Susser, Struening, et Conover, 1989).

Les études plus récentes ont tenté de préciser certains aspects reliés aux troubles concomitants. North, Eyrich, Pollio et Spitznagel (2004) ont comparé trois recherches populationnelles (1980, 1990 et 2000) et estiment par ailleurs que la proportion de troubles liés à l'alcool est restée plutôt stable chez les hommes, mais a beaucoup augmenté chez les femmes en vingt ans. La consommation de drogue aurait augmenté chez les deux sexes au cours de cette période. La proportion de personnes itinérantes ayant des troubles affectifs aurait augmenté significativement et les troubles de schizophrénie et les troubles de personnalité antisociale seraient restés stables au cours de ces vingt ans. Une étude de Folsom et coll. (2005) auprès de clients ayant des troubles mentaux sérieux estime que 15 % de ces personnes étaient itinérantes et que respectivement 55 %, 20 % et 25 % souffraient de troubles de schizophrénie, de troubles bipolaires et de dépression majeure. Soixante pour cent présentaient des troubles liés aux substances. Folsom et ses collègues (2002) avaient identifié précédemment que les troubles mentaux étaient plus fréquents chez les personnes itinérantes que dans la population en général. Ainsi, la schizophrénie serait environ dix fois plus fréquente chez les personnes itinérantes que dans la population générale. [...] Au Canada, Goering (2005) estime que 46 % des personnes fréquentant des ressources pour personnes itinérantes souffraient de dépression majeure, 5,7 % de schizophrénie, 62 % d'abus ou de dépendance à l'alcool et 38,7 % d'abus ou dépendance à la drogue. Enfin, 75 % des personnes itinérantes ayant des troubles mentaux auraient aussi des troubles liés à l'abus de substances (Mood Disorders Society of Canada, 2005). Toutefois, on ne possède pas de tels renseignements relativement à la situation des personnes itinérantes atteintes de troubles concomitants au Québec. En 1991, Fournier (1991) estimait à 43 % la proportion d'itinérants de Montréal ayant eu un trouble mental au cours de leur vie, dont 9 % une schizophrénie, 4 % un trouble

bipolaire et 25 % une dépression majeure ou une dysthymie.

Les services : Peu de recherches se sont penchées sur la question de l'utilisation des services par les personnes atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Parmi celles-ci, Kushel, Perry, Bangsberg, Clark et Moss (2002) rapportent que 40 % des personnes itinérantes ont utilisé l'urgence au cours de la dernière année, ce qui est quatre fois plus que la moyenne américaine. Cependant les utilisateurs fréquents, qui comptent pour 8 % de cette population, représentaient la majorité du total des utilisations. Selon Hopper, Jost et Hay (1997) et Tsemberis (2004), une petite portion des personnes itinérantes utilise les salles d'urgence, les prisons et les services de courte durée de manière périodique et ne parvient jamais à se sortir de cette situation. Typiquement, ces personnes présentent des troubles mentaux (Sullivan, Burnam et Koegel, 2000 ; Tsemberis, 2004) auxquels s'ajoutent des troubles liés aux substances (Drake, McHugo et Clark, 1998 ; Johnson, Freels, Parsons et Vangeest, 1997 ; McCarthy, Argeriou, Huebner et Lubran, 1991).

[...] Selon Fournier et Mercier (1996), les urgences d'hôpitaux reçoivent la clientèle des personnes itinérantes en état d'intoxication aiguë. Sur la base de sa recension d'écrits, jusqu'à 30 % des personnes itinérantes vues à l'urgence auraient des problèmes médicaux (c.-à-d. psychiques ou psychiatriques) liés à l'alcool. Ces patients sont les plus mal perçus par le personnel médical et le plan de traitement consiste souvent à les retourner à la rue le plus rapidement possible. Il ressort donc de ces recherches que l'on possède très peu d'information concernant les personnes itinérantes atteintes de troubles concomitants et leur utilisation des services. En effet, peu d'articles ont été écrits relativement aux services qui sont offerts à cette clientèle et la majorité d'entre eux datent des grandes enquêtes, réalisées dans les années 1990 aux États-Unis. Au Québec, où l'on vit actuellement des changements dans l'organisation des soins de santé afin de mieux intégrer les services, il importe de mieux connaître l'utilisation des services des personnes itinérantes atteintes de troubles concomitants.

Instruments

Santé mentale : Le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS-IV ; Robins, Helzer, Croughan, et Ratcliff, 1981) a été employé pour identifier les troubles mentaux. Seules les sections suivantes de cet instrument ont été utilisées : schizophrénie, troubles schizophréniformes, trouble schizo-affectif, troubles affectifs (dépression majeure, dysthymie, hypomanie, manie, troubles bipolaires I et II), trouble de personnalité antisociale et jeu pathologique. [...] **Troubles liés à l'usage de substances** : Le *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (CIDIS ; Kovess et Fournier, 1990) a permis d'évaluer les troubles liés à la consommation de substances, soit les problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues. [...] **Utilisation des services** : L'instrument pour mesurer l'utilisation des services de santé mentale est le même que celui utilisé par Fournier (1991) lors de l'enquête de 1988. Il comporte trois parties : la première porte sur les hospitalisations ; la deuxième sur d'autres formes de services (c.-à-d. urgence psychiatrique, psychothérapie, programmes de traitement de jour, programme résidentiel et consultation de professionnels) ; et la troisième sur différentes formes de traitement reçues à cause de problèmes de drogue ou d'alcool (c.-à-d. traitement en toxicomanie, séjour en centre de désintoxication et groupes d'entraide tels les AA, NA et CA).

Méthodologie de l'étude

Description de la ou des méthodes utilisées

Les troubles de santé mentale, ceux liés aux substances et les troubles concomitants, et l'utilisation des services relativement à ces problèmes sont décrits à partir des données d'une enquête effectuée auprès de la clientèle utilisant des ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec (n=757).

Échantillon(s) et période(s) de collecte des données

Les données utilisées sont tirées d'une enquête menée auprès de la clientèle qui utilise des

ressources accueillant des personnes itinérantes dans les territoires de la Régie régionale de Montréal-Centre et de la Communauté urbaine de Québec (Fournier, 2001). Cette enquête inclut l'ensemble des personnes ayant fréquenté, durant une période d'enquête de neuf mois, les centres d'hébergement (n=17), les soupes populaires (n=7) et les centres de jour (n=12) recevant des personnes itinérantes de ces régions en 1998-1999. Un échantillon aléatoire stratifié de personnes fréquentant les ressources a été établi en fonction d'un recensement préalable de toutes les personnes qui fréquentent les ressources pour personnes itinérantes de ces deux régions. [...] Au total, 1 168 personnes ont été approchées pour participer à l'entrevue ; de ce nombre 757 personnes ont accepté de participer. Aucune exclusion n'a été faite sur la base du statut résidentiel ; les personnes pouvaient être sans domicile fixe au moment de l'étude, l'avoir été dans le passé ou ne jamais l'avoir été. La plupart des personnes composant la population à l'étude sont des hommes, soit 85,6 %, près des deux tiers (63,2 %) ont été recrutés dans la ville de Montréal et la moyenne d'âge est de 39,8 ans. Trente-quatre pour cent des personnes interrogées étaient sans domicile fixe lors de l'entrevue et 43,5 % l'avaient déjà été au cours de leur vie. Au moment de l'enquête, 74,9 % étaient célibataires et la même proportion vivait de l'aide sociale.

Principaux résultats

Il ressort de cette étude sur l'utilisation des services par 757 personnes qui fréquentent les ressources pour personnes itinérantes qu'une proportion importante d'entre elles souffrent ou ont souffert de troubles mentaux, soit près de 60 %. De plus, il faut se souvenir que certaines pathologies, tels les troubles anxieux et les troubles de personnalité limite, n'ont pas été incluses dans l'enquête afin de limiter la durée de l'entrevue, qui était déjà fort longue. Ce fait est particulièrement important puisqu'il a été souligné que les troubles paniques auraient augmenté chez les personnes itinérantes (North et coll., 2004). Quant aux troubles de personnalité limite, s'il est reconnu que ces personnes utilisent souvent l'alcool et les drogues de façon imprévisible (Ekleberry, 2000), il a été souligné que l'on retrouve souvent des chevauchements de ce diagnostic avec d'autres troubles de l'axe I et de l'axe II. On peut donc croire que le pourcentage des troubles mentaux, déjà élevé, pourrait sous-estimer la prévalence de ces troubles chez les personnes qui fréquentent les ressources pour itinérants. Cette proportion dépasse celles habituellement rapportées dans les études, qui se situent plutôt entre 28 % et 37 % (Fournier, 1996). De plus, lors d'une enquête semblable à celle menée dans la présente étude, et en utilisant la même définition de l'itinérance, Fournier (1991) estimait à 43 % cette proportion. Une partie de cet écart peut s'expliquer par des différences dans la méthode d'échantillonnage entre les deux études ou le fait que la présente étude a été réalisée dans les deux villes de Québec et de Montréal, au lieu de seulement à Montréal, comme en 1991. Bien que l'explication détaillée dépasse la portée du présent article, il reste que de telles proportions indiquent l'ampleur du problème de la maladie mentale chez les personnes itinérantes et la nécessité de trouver des solutions à cette situation.

Les résultats de la présente étude mettent en évidence l'ampleur du phénomène de la concomitance des troubles mentaux et de toxicomanie chez les personnes fréquentant les ressources pour itinérants, soit 22 % ; ce pourcentage se situe près de la limite supérieure des résultats obtenus par Fischer (1990) et dépasse les résultats obtenus par Drake (1991). Il

importe que les personnes aux prises avec des troubles de personnalité ou des troubles liés aux substances puissent compter sur une équipe prête et désireuse d'intervenir auprès d'elles. À cet effet, Minkoff et Drake (1992) soulignent que ces personnes ne forment pas un groupe homogène ; ils parlent même de double hétérogénéité, soit celle d'itinérant et celle des troubles surajoutés. De plus, les personnes ayant les doubles diagnostics de troubles mentaux et de troubles liés aux substances ne se conforment pas au rôle de patient dans le système de désintoxication et dans celui du système psychiatrique ; Bachrach (1987) les considère comme inaptés au système (*system misfits*). Or, ce serait plutôt le système qui ne leur concède pas une place. La séparation entre les deux modalités de traitement, soit celle pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celle pour les personnes aux prises avec des troubles liés aux substances, entraîne un sous-diagnostic de ces deux problèmes; de plus, il semble que l'on donne des congés prématurés aux personnes atteintes (Bachrach, 1987).

On constate aussi que les personnes ayant des troubles concomitants n'utilisent pas plus les services de santé mentale ou ceux liés à la toxicomanie que les personnes n'ayant que le type de problème en question et ces taux d'utilisation de services restent très bas. En effet, lorsque l'on compare avec les résultats rapportés dans les études de Kushell et coll. (2001, 2002), à l'effet que 32 % des personnes itinérantes ayant des troubles concomitants avaient utilisé une urgence générale, on remarque que le pourcentage de 16,4 %, rapporté dans la présente étude, est particulièrement bas. Pourtant, dans notre étude, les personnes ayant utilisé des services les considèrent généralement comme utiles et les barrières décrites indiquent que les barrières reliées à la personne prédominent légèrement sur celles reliées aux services. Ces derniers résultats diffèrent de ceux de Rosenheck et Lam (1997) à l'effet que le fait de ne pas savoir où aller était la première barrière, suivi du temps d'attente et des complications ; ils diffèrent également des résultats de Kushell et coll. (2001) où le manque d'assurance constituait une barrière. Toutefois, il faut noter que dans notre étude le nombre de personnes ayant répondu à cette question était très faible. Ces différences peuvent provenir de différences méthodologiques ou encore des caractéristiques des populations étudiées, puisqu'il a déjà été souligné que les résultats pouvaient varier de beaucoup dans les recherches auprès des itinérants en fonction de la définition qui est retenue (Fournier, 1996) ou des instruments utilisés (Toro et Warren, 1991). Il est possible que ces résultats témoignent, pour cette clientèle, d'une difficulté de recevoir des services hospitaliers. À cet effet, Thibodeau, Fortier et Campeau (1997) ont clairement décrit que très peu de personnes itinérantes sont prises en charge par les hôpitaux de garde pour itinérants et que ces hôpitaux tendent souvent à retourner le client à la rue sans aucune forme de suivi.

D'autre part, les personnes itinérantes ayant des troubles concomitants ont été peu nombreuses à utiliser des services en santé mentale et en toxicomanie au cours de l'année précédant l'entrevue de recherche. Ceci peut résulter du fait que, malgré les recommandations de Drake et coll. (2001), les services fonctionnent encore de manière séparée et que les services soient utilisés en fonction du problème le plus criant, laissant souvent le problème secondaire ou tertiaire non réglé. Toutefois, il faut se rappeler que l'enquête a été réalisée en 1999 et que depuis, certains changements ont été réalisés dans le réseau de la santé, tels que recommandés entre autres par Santé Canada (2002). Ainsi, des ressources ayant pour mission de prendre en charge les personnes ayant des problèmes concomitants ont été créées, tels le Centre Cormier-Lafontaine pour les troubles concomitants ou le programme Relais-Méthadone pour les troubles d'héroïnomanie et d'itinérance. Cependant, ces ressources ne peuvent accueillir qu'un nombre limité de clients. Donc, parallèlement à ces initiatives d'intégration dite verticale des services, c'est-à-dire que l'intégration consiste à réunir les différents services sous un même toit, un principe qui a démontré une certaine efficacité aux États-Unis (Smith et coll., 1999) ; il faut améliorer l'intégration virtuelle ou horizontale des services. Cette dernière implique une structure entourant un ensemble de distributeurs de services et impose la coordination de leur action de manière à offrir des services diversifiés et continus à la clientèle visée. Fleury (2002) rapporte que l'intégration virtuelle, en tant que structure organisationnelle, est mieux adaptée à la complexité des systèmes de soins de santé, générant plus de flexibilité pour s'adapter aux besoins diversifiés de la clientèle. Drake (2001) insiste sur l'importance de l'intégration des services pour rencontrer les besoins des personnes itinérantes ayant des troubles concomitants. À cet effet, il propose que l'on mette sur pied des équipes de suivi intensif dans la communauté, ces équipes devraient être adaptées à la condition de ces personnes. Ainsi, Dixon, Krauss, Kernan, Lehman, et DeForge (1995) suggèrent que, contrairement au PACT (Program for Assertive Community Treatment) traditionnel où les clients restent dans le programme de façon permanente, plusieurs clients itinérants peuvent « graduer » vers une ressource plus « légère » lorsqu'ils sont plus stables. Certains auteurs américains ont démontré que les projets basés sur le PACT étaient plus efficaces pour améliorer la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, limiter leur hospitalisation, et améliorer leur gestion des symptômes et leur assiduité à la médication (Lehman, Dixon, Kernan, DeForge, et Postrado, 1997 ; Dixon, Weiden, Torres, et Lehman, 1997).

De plus, cette approche présenterait un meilleur rapport coût efficacité que la gestion de cas (Morse, Calsyn, Klinkenberg, Trusty, Gerber et coll., 1997 ; Wolff, Helminiak, Morse, Calsyn, Klinkenberg et coll., 1997). Enfin, il faudrait aider ces personnes à se sortir de l'itinérance, donc à avoir un logement. « Avoir une adresse, c'est acquérir une identité sociale, c'est prendre part à l'aventure humaine.

L'absence de logement constitue un premier pas vers la marginalisation : on n'existe nulle part, on n'est rien » (Brière, Chanard, Dorvil, et Morin, 2000). Ceci permettrait aussi de diminuer la proportion inquiétante de personnes ayant des troubles concomitants chez les personnes itinérantes. Or, les recherches récentes (Rosenheck, Kasprow, Frisman, Liu-Mares, 2003 ; Mares, Kasprow, et Rosenheck, 2004) ont indiqué que des logements supervisés, où sont offerts les services de santé mentale et de toxicomanie, représentent un excellent rapport coût-efficacité. De plus, Schutt, Weinstein, et Penk (2005) ont démontré que les personnes itinérantes présentant des troubles concomitants préféreraient cette option à d'autres formules.

Besoins identifiés

Il ressort donc que les personnes itinérantes atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie utilisent très peu les services reliés à leurs problèmes et que les services, à la lumière de l'utilisation de cette clientèle, apparaissent plutôt séparés quant à ces deux problèmes. Certaines pistes de solutions tels les logements supervisés et les approches de type PACT devraient être mises de l'avant pour améliorer la qualité de vie de ces personnes. Enfin, les efforts d'intégration, tant verticale que virtuelle, des systèmes de santé mentale et de toxicomanie doivent se poursuivre afin d'améliorer l'accessibilité aux soins pour cette clientèle.

Population cible

Personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie (*hommes : 85,6%*).

Objectifs et hypothèses

Décrire l'utilisation de services en santé mentale et en toxicomanie de personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes.

Mots-clés itinérance, troubles concomitants, utilisation des services, santé mentale, toxicomanie, épidémiologie

Juillet, 2014