

**«Les vieux patterns sont en train de partir»  
La stabilisation résidentielle avec accompagnement comme  
nouvel espace-temps de rapports à soi et aux autres**

*Synthèse des entretiens auprès des personnes accompagnées, des entretiens avec informateurs clé et des focus-groups impliquant des personnes accompagnatrices<sup>1</sup>*

***L'impact des traumatismes (et leur contraire) dans la vie des personnes***

**1. Le point de vue de personnes accompagnées<sup>2</sup>**

Les entrevues avec les personnes accompagnées font état de questionnements sur la source des problèmes qu'elles vivent, avec une tendance généralisée de mettre la responsabilité sur leur propre dos, leur propre «*personnalité*», leur responsabilité dans des mauvais choix de vie, ou leur condition diagnostiquée de santé mentale. Ces pistes explicatives donnent l'impression d'enfermer les personnes dans des voies sans issue, tout en soulevant d'autres questions qui restent sans réponse. C'est ici que des explications davantage fondées, par exemple, sur l'impact d'expériences traumatisantes dans leur vie (notamment dans leurs rapports avec autrui) peuvent ouvrir sur d'autres espaces explicatifs qui ne sont plus centrés sur la personne et son unique responsabilité. Le rôle de certaines personnes accompagnatrices dans cette ouverture vers d'autres types d'explication ressort des entrevues avec les personnes accompagnées. Ces façons d'expliquer les difficultés que vivent ces dernières sont abordées ici en deux temps : d'abord, les explications où la personne se voit comme la principale responsable de ce qu'elle vit et, en suite, celles où d'autres sont vus comme portant une grande partie de cette responsabilité, notamment à travers la reconnaissance du caractère traumatisant d'expériences passées et actuelles.

**«C'est dans ma personnalité, il me semble que j'ai de la misère [...] à faire confiance».**

---

<sup>1</sup> Le présent document est le troisième d'une série mise en ligne pour accompagner les webinaires du CREMIS sur l'accompagnement résidentiel (voir SRA Document (1) avril 2019 au [www.cremis.ca](http://www.cremis.ca).) Ce document a été produit par Christopher McAll à partir (1) des analyses thématiques des entretiens auprès des utilisateurs de services d'accompagnement résidentiel faites par les membres de l'équipe : Laurence Roy (le rapport au logement), Nancy Keays (la santé mentale et physique et les traumatismes), Sophie Coulombe (les conditions matérielles de vie), Marie-Josée Doucet (l'accompagnement) et Christopher McAll (les «espaces-temps» de l'intégration sociale) et (2) des analyses des focus-groups et entretiens avec des informateurs-clé par Marie-Josée Doucet et Sophie Coulombe, avec l'apport de Nancy Keys et Laurence Roy.

<sup>2</sup> Le groupe de personnes interviewées est composé de 13 femmes et de 11 hommes, âgées entre 19 et 62 ans. Sur ces 24 personnes, certaines vivent seules en logement, d'autres partagent leur logement avec leurs enfants, sont en collocation ou en résidence collective. Elles peuvent être en HLM ou en logement privé avec ou sans subvention et dans le cadre ou non d'un programme SRA. Le logement occupé peut être permanent ou transitoire, associé, dans certains cas, à divers organismes communautaires et types de supervision, en lien, par exemple, avec l'âge (18 à 25 ans ou 55 ans et plus), un diagnostic de déficience intellectuelle (sous curatelle), le statut de jeune mère, ou la santé mentale (suivi intensif dans le milieu). Les logements occupés peuvent être en milieu urbain ou rural. Les prestations d'aide sociale constituent la source principale de revenu pour la majorité de ces personnes.

Certaines personnes parlent d'une amélioration de leur santé mentale depuis qu'elles sont en logement, dans un cas, que son «*mental marche mieux*» et dans un autre, que sa «*santé mentale*», sa «*santé émotionnelle*» et sa «*santé de consommation*» se sont toutes améliorées depuis qu'elle habite son appartement avec le suivi d'un organisme communautaire. On peut nommer un besoin de «*se sentir soi-même*», de mieux savoir «*ce que j'aime pour moi*», autrement dit, de mieux se connaître. Ce type de savoir peut nécessiter de la «*solitude*» : «*J'avais besoin de solitude ces temps-ci beaucoup. J'avais besoin de me sentir moi-même, pour savoir ce que moi je veux...* ». Ou, au contraire, on peut sentir le besoin de «*sortir de sa bulle*» : «*J'ai de la misère à sortir de la bulle... Comme penser à ma manière puis arrêter de penser de la manière des autres... Je ne le sais pas, c'est pour ça que je suis là, parce qu'aussi j'ai de la misère à savoir qu'est-ce que j'aime par moi, ou qu'est-ce que j'aime qui fait plaisir aux autres*».

D'autres reviennent plus explicitement sur leurs difficultés relationnelles et autres et sur les racines profondes de ces difficultés. Un homme s'interroge sur le sens de la solitude qu'il recherche, faisant le lien soit avec son «*trouble de santé mentale*», soit avec un trait de personnalité qui aurait été déjà présent à l'enfance : «*Je suis un gars qui est très solitaire. [...] Je ne sais pas, ça doit être mon trouble de santé mentale [...] Même quand j'étais enfant, il paraît que je jouais tout seul, j'aimais mieux jouer tout seul que de prêter mes jouets ou avoir des amis.*» Même chose pour des problèmes de sommeil. Un homme dit qu'il «*recommence à apprécier la vie*» en raison de l'accompagnement qu'il reçoit et du logement qui est le sien, mais qu'il a toujours des problèmes de sommeil :

*«J'ai tout le temps eu de la misère à m'endormir. Je me souviens quand j'allais à la polyvalente, le soir, hostie que j'avais de la misère à m'endormir! Puis je vais au toilette là, même adolescente, j'allais au toilette la nuit, 2, 3 ... deux fois mettons là, puis ... Ah! Ça me prend au moins une heure ou deux heures à m'endormir avant... Pas de médicament, c'est... Je ne dors pas».*

Plusieurs de ces témoignages sont marqués par un sentiment de responsabilité pour ses propres échecs et pour l'attitude des autres à son égard. Une femme considère qu'elle n'était pas à la hauteur pour mériter l'amour et la fierté de ses parents : «*...mon père, il n'était jamais fier de moi. Tu sais j'ai eu mon enfant jeune, pas de scolarité, pas de diplôme. Consommatrice, toxicomane*». Une autre dit avoir aimé son travail, mais d'avoir eu le sentiment qu'elle ne le méritait pas. Un répondant exprime sa honte et son sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses propres comportements et échecs, s'attribuant la responsabilité de ce qui lui arrive : «*Je me juge beaucoup, je me tape facilement... Bien un petit peu, de moins en moins, mais je me suis tout le temps tapé sur la tête, rabaissé, alouette!*» Le fait de ne pas se reconnaître de valeur sur le plan identitaire, de «*se rabaisser*», influence la capacité à trouver sa place dans la société : «*Moi je suis du genre à me rabaisser dans le miroir*».

Dans la même veine, un homme parle de son propre «*choix de vie*» ou de sa «*mission*», qui ont fait en sorte qu'aujourd'hui il est «*juste un exclu*», tout en ayant un «*trouble en santé mentale*» et une «*inaptitude*» au travail :

*«C'est peut-être mon choix de vie aussi ou ma mission de vie, je ne le sais pas. Je crois qu'on a tous une mission de vie parce que j'ai été dans les hautes sphères. [...] Aujourd'hui, je suis*

*un itinérant... pas un itinérant, je suis juste un exclu ou bien quelqu'un qui est inapte au travail, qui a un trouble en santé mentale. Puis qui apprend à vivre avec. Ça, c'est mon combat quotidien».*

D'autres semblent réaliser après coup qu'ils ont vécu des épisodes dépressifs sans avoir cherché l'aide dont ils auraient eu besoin : *«Je n'ai jamais pris de pilule pour les dépressions, jamais! Oui, à un moment donné, j'aurais peut-être dû en prendre, tu sais quand tu es sur le bord de te suicider. Mais souvent [...] j'aurais dû en prendre, je n'en ai jamais pris».* Les gens cherchent ainsi à expliquer leurs *«problèmes personnels»* : *«l'estime de soi, la confiance, puis... Ces choses-là, ça joue bien gros sur une personne.»* L'explication cependant est souvent endogène : *«C'est dans ma personnalité, il me semble que j'ai de la misère [...] à faire confiance».* En même temps, quand un CLSC offre une autre formation sur *«l'estime de soi»*, la réaction peut être violente : *«Bien le CLSC, sérieux, eux autres, ce n'est pas fort. Tu sais quand tu vas là-bas, parce que tu es en dépression puis que là on te dit... [...] "Peut-être qu'une formation sur l'estime de soi pourrait t'aider?". Aïe! Ta geule au pire. Mais tu n'as pas un budget pour ailleurs! Que des christ de formations pour estime de soi!»*

S'agit-il donc d'un problème de personnalité, d'un problème de santé mentale, d'un problème de consommation ou de tout cela en même temps? La consommation notamment peut donner lieu à un *«sentiment de vide»*, à des *«problèmes de mémoire»* qui rendent difficile la compréhension de ce qu'on vit : *«Ça fait 25 ans que je consomme puis on dirait qu'il me manquait quelque chose. Ce n'était pas normal... Puis ce sentiment de vide, bien oui, c'est un sentiment de vide, je ne sais pas, je ne savais pas qu'est-ce que je cherchais. Je sais que c'était de quoi de mal [...] Bien oublier, moi j'oublie, problème de mémoire, [...] La drogue ça fait des ravages!»* Le *«recentrage sur soi»* dont parle une femme en lien avec la pratique de la méditation, peut bien lui permettre *«de se calmer»* et de se donner *«un boost d'énergie»* depuis qu'*«elle ne consomme plus»* mais ne lui ne permet pas de répondre nécessairement à cette question de fond. Une question de fond formulée par une des hommes rencontrés de la manière suivante :

*«Pourquoi qu'on reste jammé dans l'appart, puis qu'on ne bouge plus ? [...] Est-ce que je suis damné parce que je suis un toxicomane ou je pourrais faire quelque chose de bien, puis d'autre que d'être enfermé chez nous? Tu sais caline, puis avancer, puis évoluer, puis guérir, puis changer, puis devenir une meilleure personne, je trouve ça important. Puis c'est dur de sortir de ce christ d'appartement-là».*

Plusieurs sont perplexes devant leurs propres comportements : *«Le corps ne suivait pas. Je voulais, le corps ne voulait pas. Je re-suais, je transpirais, je faisais un peu de température, comme aujourd'hui, j'étais en t-shirt puis en short. Je dégouttais, j'avais chaud, ça n'avait pas de bon sens. J'avais le battement de cœur dans les pieds [...] je n'étais plus capable».* D'autres font part de leur impuissance en tant que *«mangeurs de cochonneries»* :

*«Des cochonneries, je suis un mangeur de cochonneries. Ça n'a pas de bon sens! Il faut que je coupe sur ce côté là... T'sais les biscuits, puis mon verre de lait, puis le soir... Des pots de crème glacée là...Les Haagen Daz, les cornets Haagen Daz, une boîte de trois, je les bouffe un après l'autre. Excuse-moi... C'est péché, c'est mon*

*péché...il faut que je fasse attention. Parce que j'ai des remontées ... Des reflux gastriques? C'est fort. Hostie que c'est fort! Ça goûte méchant.»*

La plupart des personnes interviewées rapportent avoir des problèmes de santé physique, principalement des maladies chroniques comme le diabète, l'hypothyroïdie, l'anémie, des problèmes dermatologiques, problèmes gastriques et de prostate, de l'asthme et la sarcoïdose. Si parler de sa santé physique ne semble pas trop poser problème chez les répondants, on sent parfois un certain malaise ou déni par rapport à la santé mentale. Une femme dit avoir fait : *«un épuisement physique. Puis par la suite, un épuisement mental... Non j'étais... J'avais des symptômes, mais je suis trop mental pour tomber en dépression»*.

Cela dit, la reconnaissance d'un problème de santé mentale donne une autre piste explicative à la personne pour comprendre sa situation présente. Un homme fait état d'un épuisement professionnel *«parce que [...] je me suis en venu à bout, j'ai fait un burn-out, puis je ne me suis pas guéri. Fait que mon burn-out pas guéri m'a rattrapé, fait que je me fatigue à rien, je fais juste un petit peu d'ouvrage puis je suis brûlé.»* Ici la responsabilité est toujours la sienne (à l'origine, en tant que *«workaholique»*) mais il a maintenant une *«condition»* reconnue d'être en *«burn-out»* qui offre une explication qui déplace, en quelque sorte, cette responsabilité. Il n'est pas le seul à se dire *«workaholique»* et d'en avoir subi les conséquences :

*«J'étais une « workaholique » fait que... Ça va bien, je vais faire 80 heures par semaine, ça va bien aller. Je vais faire l'après-midi on ne sentira rien, on va s'occuper des enfants, on va aller au soccer, on va, on va, on va! L'hyper active là. Elle était bien, bien, bien comblée. Mais ça ne fait pas... Bien je n'ai jamais arrêté. Ça fait longtemps que je suis fatiguée, ça fait longtemps que je suis à bout. Ça fait longtemps que je suis en dépression puis que je ne le sais pas. Quand tu vas travailler, tu ne sens rien. Ça fait longtemps que je subis».*

Le *«workaholisme»* trouve un écho dans ce que certains voient comme l'hyperactivité d'un cerveau qui ne s'arrête jamais, avec l'image d'un *«hamster qui roule»*. Cette hyper-activation prend la forme d'inquiétudes, d'un sentiment de tension intérieure, d'agitation, de *«colère»*, de *«tristesse»*. Les émotions ont parfois un sens mais souvent elles s'invitent rapidement sans lien avec le moment présent :

*«C'est comme... Des fois, moi, il y a une colère qui embarque puis une écœurantite, puis une tristesse, puis une colère. Puis la tristesse, puis la colère, ... puis la tristesse m'amène à la colère puis c'est comme une espèce de cycle qui embarque, ... Quand je suis rendu à un certain stade, dans l'espèce d'évolution de ça, il est trop tard. Je suis fait!»*

On témoigne de la difficulté à tolérer ses émotions, ainsi que des pulsions envahissantes de prendre les moyens pour les fuir ou les geler et empêcher qu'elles reviennent : *«Tu sais, je les sens arriver, c'est très physique, ... C'est bizarre à expliquer mais je me rends compte que je les gélais vraiment, que je n'ai jamais rien ressenti. J'en ai... Non, c'était intense, j'allais bien intensément.»* Une autre personne, *«mangeur de cochonneries»* le voit comme une façon de

«*manger ses émotions*» : «*C'est le gâteau au fromage...cet hiver...disons que j'ai mangé mes émotions...* »; «*J'ai pris 11 livres. Fait que je mange beaucoup. Je mange tout le temps, des cochonneries, hostie, des cachous, puis des noix, ça, c'est gras des noix. Fait que... Bien c'est ça, j'ai slaqué la liqueur, je suis en désintox de Red Bull* ». Fumer peut aussi être une manière de s'en sortir quand on est «*trop dans ses émotions*» : «*Des rushes de cigarettes, j'en ai eus un petit peu..., mettons, quand j'étais trop dans mes émotions. Là je le disais : Il me semble que je fumerais une cigarette.* » Tout comme la consommation de pot : «*Moi, le pot, je vais vous le dire, c'est mon Ritalin.... Ouais, ça me calme, puis au lieu de tuer quelqu'un...Fait que quand je fume un joint, pour moi, christ! Ça me calme!*».

D'autres types de comportement compulsif sont mentionnés. Ces comportements semblent être soit d'ultimes tentatives d'avoir du contrôle sur ce qui se passe, soit, comme servant à diminuer l'anxiété et produire un effet d'apaisement. Une personne parle de son «*rush*» pour «*dépenser de l'argent*» : «*je me suis habillée quand je suis sortie de thérapie, je me suis gâtée, on dirait que j'ai eu un rush pour dépenser mon argent.*» Quand la pulsion devient trop forte, la rationalisation n'est plus présente et on peut exprimer le sentiment de ne pas avoir «*le contrôle sur rien*», d'être obligé de «*barrer la porte trois fois*», d'avoir un trouble obsessionnel de comportement «*chronique*» : «*J'ai un TOC chronique à cause de toutes ces affaires-là. Je n'ai comme pas le contrôle sur rien! [...] Il faut que tout soit placé, il ne faut pas que tu ne me déplaces rien. Il faut que les souliers, les paires soient collées. Il faut que la porte soit barrée trois fois. Tu sais c'est tout le temps...*».

La santé du cerveau devient ainsi le facteur explicatif principal. Ne pas avoir de mémoire, avoir de la difficulté à se concentrer, à s'organiser, à réguler ses émotions et à trouver la motivation pour se mettre en action, sont des problèmes cognitifs qui sont mentionnés : «*Mon petit cerveau avait une incroyable capacité à tout oublier! Fait que c'est ça, c'est de savoir... Les tiroirs sont pleins puis on ne retrouve plus la clé.*» On peut parler de «*30 ans de merde*» qui expliquent le fait qu'on soit «*devenue TPL, TDAH et dépressive chronique*», mais une fois le diagnostic tombé on a tendance à s'y identifier, n'y échappant plus à une explication endogène qui ne relève pas de la responsabilité individuelle comme telle mais qui peut ne pas laisser des portes de sortie.

Une grande souffrance intérieure, souvent vécue seule, peut générer ainsi un mal de vivre parfois insurmontable, comme en témoignent plusieurs personnes rencontrées. C'est dans ce contexte que le suicide peut être une option posée «*rationnellement*». Par exemple, un homme parle de ses tentatives «*pacifiques*» de se suicider :

*«J'ai fait ma tentative de suicide en février l'année dernière, puis je me suis raté. Moi, j'ai horreur du suicide violent, je suis un pacifique. Fait que j'ai... quand j'ai fait une tentative de suicide, ça a tout le temps été, sauf une fois, avec des médicaments. Puis j'ai augmenté la dose à toutes les fois, puis même la dernière fois, j'en ai pris 90 puis ça n'a pas fait. Je ne suis pas mort».*

Pour un autre homme, ce n'était pas de poser le geste fatal qui était envisagé mais plutôt souhaiter que la vie s'en charge d'elle-même :



*«Tu sais je ne suis pas suicidaire, mais c'était comme... Si un truck peut me passer dessus par accident puis que ... Que je n'en sorte pas vivant [...] Tu sais à un moment donné, comme je te dis, je ne suis pas suicidaire, mais ...Ça ne m'aurait pas dérangé [...] je me disais à un moment donné, bien on va peut-être être mieux en haut».*

### **«La grande oreille» : accompagnement, traumatismes et souffrance**

Devant ces questionnements et tentatives de se comprendre de se recentrer sur soi, les entrevues présentent ainsi les pistes explicatives principales (selon les personnes) fondées sur leur propre responsabilité individuelle. Les personnes ont largement intégré la croyance que ce sont elles qui n'ont pas su développer assez de résilience, de confiance, ou qui n'ont pas su résister ou se débrouiller pour «réussir». On leur fait comprendre que si ces capacités leur font défaut, des services existent pour les aider à les acquérir et poursuivre la quête d'une vie meilleure. Il reste que ces ressources sont principalement palliatives et sont rarement pensées «en amont». Dans cet «amont», il y a des passés traumatiques qui peuvent fournir des explications alternatives. Un homme parle de l'intimidation qu'il a vécue dans son jeune temps en raison de sa sexualité : *«Moi pour l'avoir vécu, ouais, entre me faire intimider pour ma sexualité à tous les jours, puis me faire tabasser, puis me faire ramasser [...] me battre physiquement au jour le jour pour survivre [...] je sors, mais je suis souvent seul».* Selon lui, sa solitude actuelle serait liée à ce passé :

*«Je suis quelqu'un de renfermé, je n'ai pas beaucoup d'amis, puis j'ai quelques traumatismes qui me bloquent au niveau social... c'est tout lié à mon passé, je ne peux pas approcher du monde comme ça, sans avoir quelqu'un que je connais qui me fait le lien, puis après ça, c'est correct après si je n'ai pas de problème, [...] je ne peux pas dire bonjour à quelqu'un, je ne peux pas faire ça».*

Ici ce n'est plus la personne qui porte seule la responsabilité pour ce qu'elle est, ni son «*petit*» cerveau hyperactif ou dérèglé, mais l'effet à long terme des comportements des autres. Toutes les personnes rencontrées parlent de vies parsemées de stress, principalement des stressseurs psychosociaux (pauvreté, faiblesse du réseau, etc.) ou traumatiques (violence, abus, négligence, abandon et dysfonctionnement familial), des stressseurs qui ont des conséquences sur leur santé et leur bien-être.

Ces passés – sous la forme, par exemple, d'un viol collectif dans l'expérience d'une femme – reviennent constamment dans les entrevues. Par exemple, pour un répondant, les symptômes de stress en «*post-trauma*» continuent à lui donner des «*cauchemars*»:

*«Quand je me réveille en post-trauma, je ne veux plus dormir. Puis il n'y a pas une hostie de pilule qu'ils me donnent à date qui agit sur les cauchemars. ... Bien quand j'ai réussi à m'endormir... Premièrement, j'ai été un an et demi à ne pas dormir, parce qu'à chaque fois que je dormais, je n'arrêtais pas de faire des cauchemars. Fait qu'à un moment donné, tu ne veux plus dormir. Fait que là j'ai pris des pilules pour m'assommer, mais ça n'arrête pas les cauchemars! Ils sont là pareil! Fait qu'une fois que je me réveille, je ne veux pas me rendormir».*

Les événements traumatiques sont omniprésents dans les entrevues et dans les parcours de vie racontés, mais la responsabilité individuelle, soit sous la forme de choix mal orientés, soit sous celle d'une santé mentale problématique, semblent s'imposer comme explications pour les personnes en ce qui concerne leurs difficultés actuelles.

C'est dans ce contexte de responsabilisation individuelle et de la lourdeur que cela peut imposer sur les personnes, qu'une relation de proximité et de confiance avec une personne accompagnatrice peut aider sur le plan de la compréhension de ce qu'on vit. Par exemple, pour un des hommes rencontrés, c'est une relation significative avec un intervenant et des conversations à «*caractère humain*» avec ce dernier, qui auraient suscité chez lui la réflexion et auraient été le déclic dont il avait besoin pour faire une prise de conscience et cheminer positivement par la suite. L'intervenant a pu «*mettre des mots*» sur ce qu'il n'était «*pas capable d'expliquer*», c'est-à-dire, entre autres, qu'il était en «*choc post-traumatique*» :

*«Juste à parler avec lui des fois, je comprends des choses ..., puis il mettait des mots sur ce que je n'étais pas capable d'expliquer. Ce qui a fait en sorte que... Bien de la façon que je vivais mon hypervigilance, que... Dans le fond, j'étais en choc post-traumatique, c'est lui qui me l'a fait découvrir que j'étais là-dedans, parce que je ne fonctionnais plus».*

La communication est d'autant plus appréciée dans ce cas qu'elle se fait dans un langage accessible et compréhensible : «*Les devoirs qu'on fait ensemble aussi ça m'aide parce qu'après ça, il m'explique ça d'une façon pas bureaucratiquement comme un psychologue, tu comprends, il me l'explique dans des mots que je suis capable de comprendre*».

Sur le plan du soutien psychologique reçu lors d'un séjour en hôpital, une femme raconte l'aide qu'elle a reçue d'une infirmière :

*«Bien en premier, c'est... ce qui m'a le plus aidée, c'est quand je suis rentrée à l'hôpital, mon infirmière [...] elle m'a vraiment ouvert les yeux, parce que j'étais dans une relation malsaine. Fait [qu'] elle m'a comme ouvert les yeux que ce n'était pas... Ouais, c'est ça, puis la vie en général. Elle m'a donné un livre de comment devenir maître de soi. Tu sais pendant ... on avait une heure de repos, à tous les jours à l'hôpital. Tu sais même si on ne dormait pas, il fallait être dans notre chambre. Puis elle le savait que je ne dormais pas, fait qu'elle cognait à ma porte, puis là, elle venait s'asseoir sur mon lit puis on parlait.»*

Ces personnes, souvent blâmées pour «l'échec de leur vie» peuvent ainsi exprimer le besoin de comprendre, de se comprendre, de comprendre l'origine de leur dépendance ou de leurs comportements. Ce cheminement peut leur apporter du «*soulagement*». Le recours à une aide plus spécialisée peut alors être envisagée et vue comme salutaire :

*«On dirait que c'est un soulagement, c'est de là que ça vient. [...] Mon cerveau, moi, il pense concret [...] quand j'ai décidé d'aller trouver pourquoi j'ai fait des violences à ma fille, je pensais que la réponse ça aurait été : "Un plus un égalent*

*deux". Sauf que [nom de l'agent de probation], elle m'avait avertie : "Tu ne découvrirais jamais le pourquoi ... C'est ton cerveau à un moment donné qui va comme s'ouvrir, puis [...] tu vas dire : "Ah! Oui! Ça, ça a de l'allure." Fait qu'avec [nom d'un intervenant], il y a tellement eu de «Ah! Oui, ça, c'est correct, ça».*

Si la personne peut être aidée dans sa compréhension de ce qu'elle vit, notamment en lien avec l'effet sur elle des traumatismes qu'elle a vécus, ce ne sont pas tous les intervenants qui ont la même compréhension. Par exemple, dans un cas, le médecin traitant n'aurait vu qu'une personne avec un trouble de personnalité limite (TPL) plutôt qu'une femme vivant les conséquences d'un viol et qui avait des pensées suicidaires : *«J'avais le plan! J'avais tout! La voiture, j'avais le tuyau pour le ploguer. [...] Le docteur [X] que j'ai vu, [...] Lui il a juste dit : "Bon, c'est une TPL en crise, elle va retourner chez eux!". Christ! Je ne suis pas une TPL en crise, hostique! J'ai comme besoin d'aide! Et je n'étais pas capable, c'est ça, de parler de ce qui est arrivé, du viol et de toute la patente! J'essayais, mais je n'y arrivais pas».*

Un autre cas problématique est mentionné en lien avec une admission «forcée» à l'hôpital qui donne lieu à une expérience qui devient traumatisante à son tour :

*«Je n'étais pas en psychose, j'allais bien quand même puis ils m'ont rentrée à l'hôpital de force [...] j'étais en dépression puis j'étais agressive [...] Ils m'ont attachée les bras puis les jambes au lit, puis ils m'ont piquée dans le bras. Fait que ça, c'est de la contention plus de la contention chimique. Puis ils m'ont gardée deux jours enfermée dans une pièce gelée bien raide, où est-ce qu'ils n'auraient pas eu besoin de faire ça. Ils auraient pu venir juste parler avec moi, puis ça aurait fait pareil!»*

Les médicaments auraient aussi des effets dérangeants. Selon un répondant, les médecins *«joueraient avec les médicaments»* : *«Ma santé mentale présentement elle va bien, elle est stable. Mais il y a tout le temps quelque chose avec le médicament, qui fait que j'ai tout le temps des... Comment qu'on appelle ça? Les effets secondaires des médicaments me donnent toujours quelque chose».* Pour une autre personne il y a eu un problème de suivi médical :

*«Je n'ai pas été informée de ce que c'était de ne pas prendre des antidépresseurs; de pourquoi on ne peut pas arrêter. Les médecins ne m'ont pas suivie. En tout cas, ça a été la catastrophe et physique et mentale, et à travers tout ça j'ai mes essais et erreurs avec des pilules [...] On a essayé des Séroquel aïe! Ça m'assommait comme un cheval, je n'étais même pas capable de fonctionner le matin».*

C'est tout le contraire pour une personne qui fréquente un organisme de pairs : *«ce que j'aime là-dedans c'est que c'est par et pour les personnes en santé mentale».*

Malgré certaines expériences jugées négativement, d'autres se disent bien entourées d'intervenants.e.s, dont une femme qui en a *«un petit peu, beaucoup. Bien ce n'est pas trop, parce que je parle de différentes affaires. Tu sais je ne parle pas tout de la même affaire à chaque personne».* Ce type d'accompagnement est particulièrement apprécié quand les gens se parlent entre eux :



*«Contrairement à d'autres ressources, ce que je trouve le fun, c'est qu'entre intervenantes, elles se parlent...Puis entre mon médecin, [mon intervenante], l'autre intervenante, tu sais il y a une communication entre les trois, fait que je n'ai pas besoin de répéter ou de dire tout le temps la même affaire. Puis ils se consultent [...] C'est un bon suivi...Même je les ai autorisés à parler même à mon médecin, mon médecin de famille [...] Tout le monde se parle».*

Un autre exemple d'un accompagnement impliquant plusieurs acteurs qui est vécu positivement est celui d'une mère de famille monoparentale avec un enfant d'âge préscolaire qui demeure dans un centre communautaire et résidentiel géré « *par et pour* » les jeunes mères. Elle étudie au CEGEP tout en assumant seule ses responsabilités parentales. La DPJ est entrée dans sa vie il y a deux ans, au moment où elle a reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Sur recommandation de la DPJ, elle a un suivi individuel aux quinze jours et un suivi de groupe hebdomadaire avec une intervenante du CLSC. Grâce à l'aide du CLSC, elle a aussi reçu les services d'un organisme qui lui offre du répit « *une fin de semaine sur trois, [...] de 18h00 le vendredi à 18h00 le dimanche* ». Elle identifie le répit comme étant « *ce dont elle a le plus besoin* ».

Les services de santé peuvent aussi être vus comme aidants en lien avec l'accès au barème de contrainte sévère à l'emploi à l'aide sociale : « *Il y a un médecin qui m'a aidé [...] Je ne savais pas où m'en aller. J'étais vraiment poigné. Fait que le médecin, docteur ... Son nom m'échappe, je l'ai dans mon téléphone. Normalement j'aurais juste 600\$ et quelque chose de bien-être social. Là j'ai une contrainte sévère* ».

Il reste qu'un certain type d'accompagnement individuel et les conseils offerts dans ce cadre peuvent être particulièrement appréciés, entre autres, pour « *changer les idées* » :

*«Bien des fois, pour changer les idées, pour que mon hamster arrête de rouler, [mon intervenante] m'a suggéré de faire l'exercice des cinq sens. [...] Mais pour les cinq sens, en même temps, je l'essaie. Mais c'est parce que j'ai remarqué que depuis des années, je le fais déjà de base. Parce que comme elle, elle disait, bien "d'écouter qu'est-ce que tu entends. Qu'est-ce que tu vois? Qu'est-ce que tu sens?" Bien je le fais déjà dans la rue quand je marche, bien je sens les fleurs, je sens les cacas... ou que je vois le monde, les animaux. J'ai déjà une sensibilité à qu'est-ce qui m'entoure».*

Lorsque qu'une rencontre avec le psychiatre rend nerveux, une préparation avec une intervenante, une « *grande oreille* » peut calmer le stress, selon une autre femme :

*«Bien [X], elle est une grande oreille. Une grosse écoute, puis quand j'ai des problèmes avec mon psychiatre, ils me préparent à la rencontre [...] si on est nerveux pour aller voir notre psychiatre, parce que moi, j'étais nerveuse la semaine passée. Parce que là, il fallait que je lui parle de mes tics, puis c'était une urgence de baisser mes médicaments, parce que je ne me sens pas bien».*

Une intervenante en toxicomanie aurait adapté sa façon d'intervenir en «*écoutant*» et «*accueillant sa souffrance*» au lieu de «*travailler sa toxicomanie*» :

*«Veux, veux pas, si j'avais gardé toute la peine de mon grand-père, puis je n'aurais pas eu personne pour m'écouter, je me serais sûrement gelée parce que c'était trop souffrant. [...] Fait que si on n'avait pas écouté puis accueilli ma souffrance [...] j'aurais rechuté, [...], elle a travaillé le problème où ça faisait mal, ce qui m'a évité une rechute, parce qu'on m'a juste écoutée. Parce qu'après ça la peine était moins lourde. Donc l'envie de consommer était moins grande. Parce que la souffrance était moins saillante».*

## **2. Le point de vue des personnes accompagnatrices<sup>3</sup>**

### **Compréhension et prise de conscience**

Les personnes accompagnatrices rencontrées mettent l'accent à la fois sur leur propre besoin de connaître et de comprendre ce que vivent les personnes accompagnées sur le plan de leurs «*problématiques*» et sur le besoin de ces dernières de «*se responsabiliser*» elles-mêmes. On se demande, par exemple, si la personne «*est consciente qu'elle a des problématiques? [Si] elle est responsabilisée face à ça?*». Des difficultés sont rencontrées lorsque la personne accompagnée «*ne reconnaît pas qu'elle a un problème de santé mentale*». Si «*on oublie parfois qu'il faut que ça parte*» de ce type de prise de conscience, cela suppose la création d'un lien qui leur permet, «*un travail qui peut être super long*» : «*il y a une partie de travail qui peut être super longue juste pour créer un lien avec une personne et en arriver à ce que la personne nomme sa problématique. Bon, après ça, qu'elle en arrive à vouloir travailler sa problématique*».

La prise de conscience serait tout aussi nécessaire chez les personnes qui «*interviennent ou accompagnent*». Accompagner la personne telle qu'elle est, c'est apprendre à la connaître et à la comprendre et à ne pas se fier aux apparences ou aux premières impressions. Une intervenante a connu «*une femme qui ne s'exprime qu'en criant et quand même elle est venue chez nous et ça s'est révélé être une femme de grand cœur, une femme avec de belles connaissances. Elle était gentille, je l'ai revue, elle vient nous voir au centre, elle est partie en logement*». Apprendre à connaître une personne permet aussi de reconnaître d'où elle vient et d'être sensible à ce qu'elle a vécu. Un intervenant souligne l'importance d'écouter leur histoire : «*C'est l'historique de la personne que souvent on oublie. On voit la personne, on voit différentes problématiques, mais d'où est-ce qu'à vient cette personne-là? [...] Il est arrivé des situations spéciales dans leur vie qui ont fait que [...] la situation, l'environnement s'est dégradé [...] Quand on prend le temps d'écouter leur histoire, on fait "tabarnouche!, c'est déjà bon que tu sois en vie"*».

---

<sup>3</sup> Des entretiens individuels ont été réalisés auprès de 26 informatrices et informateurs clés. Nous avons également réalisé quatre groupes de discussion (focus-groups) réunissant au total 35 intervenantes et intervenants des milieux communautaires et institutionnels travaillant principalement en accompagnement résidentiel.

Être sensible aux souffrances vécues permet aussi de comprendre certaines réactions. Une intervenante explique qu'une femme qu'elle accompagne se sent souvent persécutée ou agressée, mais lorsqu'on sait le vécu de «*violence physique, psychologique ou sexuelle dans leur enfance ...* » ça permet de comprendre : «*Certaines arrivent mieux à gérer peut-être, mais il y en a d'autres que c'est un peu à fleur de peau*».

Écouter et reconnaître le vécu des personnes permet aussi de comprendre des situations qui, de prime abord, peuvent sembler inappropriées. Par exemple, une femme accompagnée pour la recherche d'un logement, s'arrêterait au dépanneur pour boire une bière avant. L'intervenante a compris que souvent les femmes en situation d'itinérance ne dorment pas de la nuit et qu'elles arrivent au centre de jour pour dormir. Lorsqu'elles se réveillent, elles peuvent avoir des symptômes de sevrage qui compliquent les prises de rendez-vous et autres démarches. Cependant, cela ne l'empêche pas de marcher à leurs côtés, bière à la main ou pas, dans une recherche de logement, une comparution à la cour ou une visite à l'hôpital.

Un tel accompagnement personnalisé, sensible aux histoires de vie et centré sur les besoins et le rythme de la personne est aussi un accompagnement qui prend en compte certaines spécificités en regard des populations, par exemple, «*les traumatismes intergénérationnels*» ou encore les violences vécues par les femmes qui font qu'un refuge mixte ne sera pas leur premier choix. Ce type d'accompagnement soulève la question de la compétence et de la formation des personnes accompagnatrices qui doivent faire face à des situations complexes. Face à certaines populations, on peut avoir de la difficulté à «*imaginer leur réalité, leurs deuils*», et se rendre compte qu'on ne parle pas «*le même langage*» et, parfois, que tout le réseau n'est pas suffisamment outillé. On peut, par exemple, être sensible à ce que vivent les personnes, sans être en mesure d'avoir recours à une approche qui est «*sensible aux traumatismes*». L'accès à la formation serait un enjeu particulier en milieu communautaire, en raison du manque de financement, manque de temps, manque de ressources, ainsi qu'au fait que les «*les formations sont moins accessibles en région*».

Se sentir insuffisamment outillée peut avoir un impact sur la santé mentale des personnes qui accompagnent et donc sur l'accompagnement lui-même. Certaines situations peuvent donner un sentiment d'être «*démunie*». Il faudrait avoir de la formation continue pour adapter les pratiques, rester à jour, comprendre certaines réalités. Mais au-delà de la formation comme telle, il faut aussi avoir une personnalité particulière pour travailler dans ce domaine, «*une personnalité qui fait qu'on est capable de dealer avec les traumatismes à répétition*». Lors de la formation initiale, les superviseur.e.s de stage doivent aider la ou le future intervenant.e à trouver «*comment je vais vivre avec ça*». Au-delà de la capacité à apprendre à côtoyer des personnes traumatisées, il y a l'idée que ce serait innée et non pas juste acquis : «*J'ai l'impression qu'on l'a en dedans de nous. J'avais lu quelque chose à l'université, un texte [...] sur qu'est-ce qu'un bon intervenant. Puis la dernière phrase, c'était [...] pas que tu es née comme ça, mais que tu sais tu l'as en toi. Après ça, oui, tu as de l'expérience, tu as des connaissances académiques. Mais la base, je pense, que c'est comme un petit peu... on l'a déjà*».

Quelle que soit la part des compétences qu'on «*l'a déjà en soi*» ou qui sont acquises par la suite, il reste que la personne accompagnatrice la mieux formée et avec la personnalité la mieux adaptée ne peut assumer seule la charge de l'accompagnement quand la charge de travail déborde ou la complexité du cas exige une diversité de compétences spécialisées. D'où l'importance du travail en réseau.

### ***Le travail en réseau***

Le travail en réseau peut être pensé du point de vue des personnes qui accompagnent et de leurs liens entre elles (par exemple, entre les secteurs communautaire et institutionnel) ou du celui des personnes accompagnées et de leurs liens avec la diversité d'acteurs qui interviennent auprès d'elles. Pour les personnes accompagnées, il peut y avoir une absence de confiance envers les ressources qui rend difficile la création de liens : «*Les gens désaffiliés, ce sont des personnes qui ont des problèmes d'attachement souvent, à cause de leur histoire. Ça fait que déjà faire confiance à une ressource, c'est difficile [...] Quand ils réussissent à avoir confiance c'est bien qu'ils puissent avoir accès à plusieurs ressources globales au même endroit pour ne pas se diviser et devoir s'investir à différents endroits dont le réseau, dont le communautaire*».

Le problème principal est celui de l'accès : «*L'accès aux services médicaux et santé mentale, c'est très difficile, il y a beaucoup d'attente, ça serait comme urgent que ce soit plus rapide*». Dans certains cas, l'existence de liens entre les organismes communautaires et les différentes équipes institutionnelles semble avoir un impact positif sur la disponibilité des services. Une intervenante dit avoir créé des liens avec des coordonnatrices dans un CLSC : «*Ça se passe super bien, les clients automatiquement, j'ai une porte au CLSC et eux, pratiquement dans la même semaine, ils envoient quelqu'un évaluer le client*». Ce type de création de liens fait en sorte que des ressources peuvent être mises en place rapidement autour de la personne accompagnée.

Un autre intervenant a décidé d'accompagner les personnes lorsqu'elles se retrouvent à l'urgence psychiatrique. Au bout de quelques mois, il a été capable de discuter avec les psychiatres pour faire valoir les besoins de la personne. Autrement, les psychiatres donnent leurs directives, les patients repartent et ce sont les intervenants qui se retrouvent à prendre soin de la personne accompagnée qui peut être sujette à des rechutes : «*On réussit bien plus à les faire garder plus longtemps à l'hôpital parce qu'on a un plan, puis faire valoir que si la personne sort maintenant, c'est un échec annoncé. On va se ramasser dans deux semaines ici, à la même place. Il faut être conscient de ça et que ce n'est pas ça qu'on veut*». Ce type de collaboration avec les psychiatres serait garante de soins plus appropriés pour la personne accompagnée : «*J'ai une bonne collaboration avec le psychiatre, j'ai la capacité de lui parler, même que lui m'a appelé à un moment donné pour faire un suivi, ce qui n'est pas le cas de tous les médecins. [...] Puis quand il allait moins bien, bien je l'appelais et on mettait des choses en place, donc c'est très aidant*».

Des difficultés sont rencontrées lorsque les personnes «*ne fit pas dans les cases du système de santé*» et que «*le CLSC ne les prennent pas en charge*». De telles situations exigent de la créativité et de la débrouillardise de la part des intervenants. Un organisme communautaire

serait «à la recherche de financement pour pouvoir engager une infirmière clinicienne» afin de faciliter l'accès des personnes accompagnées à des soins de santé. Les difficultés ne seraient pas dues uniquement au manque de ressources et aux listes d'attente mais à la capacité des personnes à se rendre à leurs rendez-vous : *«ça ne fonctionne pas avec le Réseau [de la Santé et des services sociaux] ou très rarement parce que soit ils manquent leurs rendez-vous ou ils sont sur la liste d'attente».*

Au niveau des équipes institutionnelles, il semble que les liens entre les différentes équipes pourraient être repensés. Les intervenants des équipes institutionnelles de suivi intensif n'ont pas accès à des auxiliaires familiales alors il peut arriver qu'ils fassent certaines tâches avec la personne qu'ils accompagnent afin de l'encourager ou de lui montrer comment faire. Il y a aussi un certain dédoublement des responsabilités du fait que les équipes de suivi intensif ne travaillent qu'au niveau de la santé mentale. Par exemple, *«il n'y a pas toujours une continuité entre [le soutien à domicile et le suivi intensif]. On va avoir un suivi à domicile du CLSC quand, par exemple, il y a des soins de plaies. Là, on a des infirmières, on est capable. Mais nous on travaille la santé mentale».*

Dans un cas, la collaboration entre différentes équipes SIM, SIV et les hôpitaux d'un CIUSSS a permis la mise sur pied d'un comité de coordination afin que les références se fassent de manière plus efficace entre les équipes. Lors des réunions hebdomadaires, des intervenants représentant chacune des équipes discutent des cas à référer : *«Par exemple, si je veux présenter deux cas aux équipes SIM, je vais avoir les trois équipes SIM de mon territoire qui vont être là et qui vont me dire laquelle a la plus courte liste d'attente, vers qui je peux envoyer ces cas et on va discuter et établir tout de suite une date d'évaluation pour pas qu'il y ait des délais interminables».*