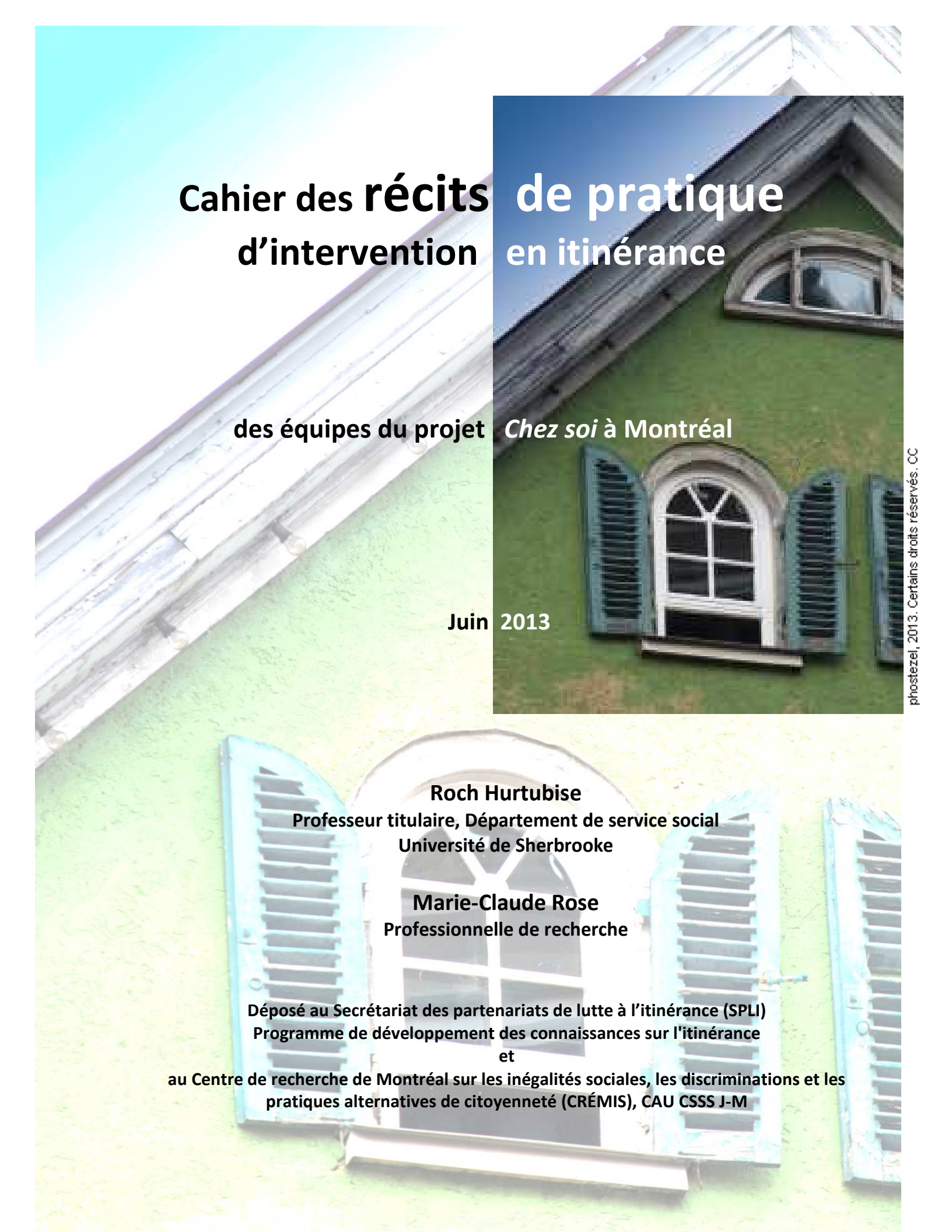




Cahier des **récits** de pratique d'intervention en itinérance

des équipes du projet *Chez soi à Montréal*

Juin 2013

Roch Hurtubise

Professeur titulaire, Département de service social
Université de Sherbrooke

Marie-Claude Rose

Professionnelle de recherche

Déposé au Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI)
Programme de développement des connaissances sur l'itinérance
et

au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les
pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS), CAU CSSS J-M

Table des matières

<i>Note aux lectrices et aux lecteurs</i>	<i>5</i>
<i>Remerciements.....</i>	<i>7</i>
<i>Pour entrer dans les récits de pratiques par les thèmes... ..</i>	<i>9</i>
<i>Pour entrer dans les récits de pratiques par les équipes</i>	<i>11</i>
30 Récits de pratiques d'intervention	13
1. Trouble délirant et vie à la rue : des interventions de médiation pour limiter la judiciarisation.....	13
2. Dérangeant ou dangereux? Repartir à neuf et évaluation des risques	19
3. Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études malgré le scepticisme des professionnels autour d'une personne	29
4. La dépendance : travailler ambivalence et faire de la réduction des méfaits. Interventions auprès de quatre individus	35
5. Une histoire de futon : prendre la parole au sérieux à travers le délire et saisir la balle au bond.....	45
6. De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance	53
7. Faire alliance avec un individu aux prises avec un délire de persécution	65
8. Quand l'appartement rime avec ambivalence et augmentation des symptômes de la maladie mentale. Offrir des solutions de rechange	75
9. Une psychiatre à domicile	83
10. Après le décès. Préserver le droit à la dignité et rester à l'écoute des proches.....	93
11. Partir de zéro dans l'intervention. Accompagner la sortie de la rue d'un homme psychotique dont on ne connaît ni l'identité, ni l'histoire	99
12. Aux limites de l'intervention. Se positionner en regard de comportements violents.....	107
13. « Suivre » une dame qui refuse de bouger. Accompagner une personne souffrant d'un trouble de personnalité	115
14. La venue d'un nouveau-né. Offrir les moyens et suivre le défilé	125
15. Aider un homme d'origine inuite à renouer avec lui-même	131
16. Médiation entre locataire et propriétaire : permettre aux cris de porter, sans tout briser.....	137
17. Accompagner sans succomber à l'urgence. Quand l'intervention consiste à attendre le moment propice au rétablissement	145
18. Avoir des papiers pour exister. Remettre les personnes sur la carte	153
19. Mettre en place les conditions pour « attendre l'étincelle »	161
20. Apprivoiser pas à pas la toxicomanie et les troubles mentaux.....	167

21. Composer avec le délire pour accompagner vers la médication une dame qui voit des anges.....	173
22. Guide pratique pour amorcer une discussion sur la consommation.....	179
23. L'usage du récit personnel et du cahier du rétablissement dans l'intervention	187
24. Communiquer dans un univers en mouvement :	195
25. Faire des pas là où c'est possible : traumatisme crânien, comportements agressifs et perte d'autonomie.....	203
26. Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes.....	211
27. Sortir des cadres établis pour accompagner un individu aux comportements violents	221
28. Un pied à la rue, un pied en logement.....	231
29. Raccrocher à la vie des personnes qui souffrent de toxicomanie	241
30. Terminer la relation d'intervention ... tout en s'assurant que les personnes gardent leur élan.....	249
25 PRINCIPES D'INTERVENTIONS	257

Note aux lectrices et aux lecteurs

Les 30 récits de pratiques d'intervention en itinérance présentés ici sont le fruit de deux années de travail pour documenter les pratiques des trois équipes cliniques mises sur pied dans le cadre du projet de recherche et d'intervention *Chez soi* à Montréal : l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) – Diogène, l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) – CSSS Jeanne-Mance et l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) — CSSS Jeanne-Mance. Les stratégies d'interventions ici documentées ont été retenues par les intervenantEs compte tenu de leur caractère innovant ou exemplaire en matière d'intervention pour accompagner vers un rétablissement une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux.

Pour faciliter l'exploration de ces 30 récits, deux types d'entrées vous sont proposés au début de ce document : 1) *une entrée en matière par les thèmes* : un tableau dresse les principaux enjeux d'interventions documentés auprès des équipes et les récits où ils sont abordés, 2) *une entrée en matière par les équipes* : une liste dresse les récits produits en collaboration avec chacune des équipes cliniques.

L'intervention auprès de personnes ayant vécu un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux est envisagée par les intervenantEs du projet *Chez soi* telle une danse : on accompagne des personnes qui vivent de l'ambivalence, de la confusion, de la méfiance. **Les récits qui suivent proposent autant de repères pour nourrir l'intervention.** Ces pratiques, plutôt que règles, témoignent de la créativité, de la sensibilité et de la capacité d'adaptation des intervenants pour accompagner des personnes vers leur rétablissement. Chaque récit documente un enjeu clinique et les réponses qui y sont apportées par les intervenantEs dans le cadre d'un ou de plusieurs suivis. Par conséquent, ces récits ne rendent pas compte de la totalité des interventions réalisées dans le cadre des suivis relatés. De même, ces récits de pratiques n'épuisent pas la richesse du travail des trois équipes cliniques du projet *Chez soi*.

Pour chacun des récits, nous avons souhaité décrire avec le plus de précision possible les éléments de contexte qui ont guidé le choix des stratégies d'intervention adoptées. Cependant, certains paramètres ont pu nous échapper, étant donné la complexité de l'environnement et des relations sociales constitutives d'un suivi. Par ailleurs, l'exercice d'écriture des récits a été l'occasion de les préciser au fur et à mesure des étapes de validation avec les intervenants.

Pour conclure, on trouvera à la fin de ce document **25 principes d'intervention** qui se dégagent de l'analyse transversale des récits de pratiques et qui ont été identifiés lors de rencontres rassemblant tous les intervenants des équipes cliniques du projet *Chez soi* à Montréal.

Nous espérons que les lectrices et lecteurs trouveront ici matière à alimenter leur propre travail d'intervention auprès de populations marginalisées.

BONNE LECTURE!

P.-S. La description de la démarche théorique et méthodologique de cette recherche est présentée dans le document « *Rapport de recherche : récits de pratiques et consensus d'experts / équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal* », accessible aux personnes intéressées et déposé au Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance ainsi qu'au CRÉMIS.

Remerciements

Ce projet a été rendu possible grâce à l'implication exceptionnelle des intervenants des trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal. Sans eux cette aventure n'aurait pas été possible et nous les remercions de leur intérêt et de leur disponibilité.

Un merci tout particulier aux chefs de programmes, **Jason Champagne** (CSSS Jeanne-Mance), **Bertrand Gagné** (Diogène) et **Claire Thiboutot** (CSSS Jeanne-Mance) et aux coordonnatrices des services cliniques pour leur précieuse collaboration tout au long de cette recherche.

Il s'agit, pour l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du CSSS Jeanne-Mance, en incluant les divers acteurEs présentEs en 2010, 2011, puis 2013 :

Judith Arsenault (coordonnatrice des services cliniques), **Sophie Brisson** (travailleuse sociale), **Nancy Côté** (infirmière), **Jean-Marc Des Roches** (infirmier), **Louise de l'Étoile** (coordonnatrice des services cliniques), **Stéphanie Desnoyers** (travailleuse sociale), **Émilie Frenette** (infirmière), **Lori Girard** (coordonnatrice des services cliniques), **Marie-Jeannelle Gracia** (infirmière), **Maxime Jalbert** (intervenant psychosocial/criminologue), **Nathalie Marchand** (intervenante psychosociale/sexologue), **Isabelle Massé** (intervenante psychosociale), **Marie-Christine Morin** (infirmière), **Geneviève Ouellet** (travailleuse sociale), **Suzelle Parent** (pair-aidante), **Marie-Carmen Plante** (psychiatre), **Isabelle Quessy** (psychoéducatrice), **Cynthia Rioux** (travailleuse sociale), **Clément Savignac** (intervenant psychosocial), **Catherine Simard** (infirmière), **Marie-Ève Simard** (intervenante psychosociale/spécialiste en dépendance), **Éric Tessier** (intervenant psychosocial/spécialiste en dépendance).

Pour l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) de Diogène, d'**Isabelle Blanchette** (intervenante psychosociale), **Jennifer Bumbray** (intervenante psychosociale), **Élysabeth Garant** (travailleuse sociale), **Nancy Lalime** (intervenante psychosociale), **Philippe Langlais** (travailleur social), **Éric Léonard** (intervenant psychosocial), **Alexandre Pelletier** (travailleur social), **Jessica Soto** (coordonnatrice des services cliniques).

Pour l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) du CSSS Jeanne-Mance, de **Julie Bilocq-Gagné** (travailleuse sociale), **Charlotte De Ernsted** (intervenante psychosociale), **Sabine Georges** (conseillère en adaptation au travail), **Élisabeth Girard** (intervenante psychosociale), **Sylvie Grenier** (travailleuse sociale), **Karine Grenon** (intervenante psychosociale/criminologue), **Nancy Keays** (coordonnatrice des services cliniques), **Jacques Labonté** (travailleur social), **Gabrielle Roberge** (conseillère en adaptation au travail), **Nathalie Rochette** (travailleuse sociale), **Benoît St-Pierre** (pair aidant), **Heidi Théberge** (intervenante psychosociale/criminologue), **Diane Vadeboncoeur** (travailleuse sociale).

Merci à Céline Garneau pour la révision linguistique des récits de pratiques d'intervention.

Enfin, nous remercions également le Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance qui, via son programme de Développement des connaissances en itinérance, a financé les seize premiers mois de ce projet en 2010-2011, ainsi que le CRÉMIS qui a financé les cinq mois de la « phase 2 » en 2013.

Pour fréquenter les récits de pratiques par les thèmes...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ENJEUX																														
Accès aux services			•			•			•				•					•			•				•					•
Agressivité / violence	•	•										•				•	•								•		•			
Collaboration interprofessionnelle	•					•		•				•		•							•			•			•		•	
Décès										•																				
Déficiences intellectuelles																												•		
Identité /Citoyenneté	•		•		•				•	•					•	•	•	•										•		
Jeune							•							•					•	•										
Justice	•					•						•		•					•											
Logement					•	•	•	•	•		•		•		•	•			•		•		•		•			•		
Outil d'intervention				•			•	•				•										•	•	•		•				•
Personne âgée						•					•																			
Perte d'autonomie /Inaptitude						•							•												•					
Psychiatrie		•					•	•	•		•								•	•	•		•				•			
Réseau social / proches								•		•				•	•				•	•								•	•	•
Santé physique						•					•		•					•										•		
Stigmatisation	•					•									•			•												
Toxicomanie				•		•	•					•			•		•		•	•		•							•	
Trouble d'apprentissage			•																											
Trouble délirant	•	•			•		•	•	•		•							•	•	•	•		•				•			•
Trouble relationnel			•						•			•	•			•	•		•						•		•			•

Pour fréquenter les récits de pratiques par équipes ...

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

Cette équipe formée dans le cadre du projet Chez soi à Montréal a desservi quatre-vingt personnes souffrant de troubles grave de santé mentale entre 2008 et 2013. Ces personnes se sont vues offrir un suivi intensif (de quelques fois par semaine à deux fois par jour) et un logement subventionné par dix professionnelEs d'horizons divers (infirmierEs, travailleurEs sociales, psychiatres, psychoéducateurEs, pairEs aidantEs, criminologues et spécialistes en dépendance).

Liste des récits de pratique documentés en collaboration avec le SIM Chez soi :

1. Trouble délirant et vie à la rue : des interventions de médiation pour limiter la judiciarisation
4. La dépendance : travailler l'ambivalence et faire de la réduction des méfaits. Interventions auprès de quatre individus
6. De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance
9. Une psychiatre à domicile
11. Partir de zéro dans l'intervention. Accompagner la sortie de la rue d'un homme psychotique dont on ne connaît ni l'identité, ni l'histoire
14. La venue d'un nouveau-né. Offrir les moyens et suivre le défilé
18. Avoir des papiers pour exister. Remettre les personnes sur la carte
19. Mettre en place les conditions pour « attendre l'étincelle »
22. Guide pratique pour amorcer une discussion sur la consommation
24. Communiquer dans un univers en mouvement : l'organisation du travail d'une équipe interdisciplinaire
27. Sortir des cadres établis pour accompagner un individu aux comportements violents
28. Un pied à la rue, un pied en logement : saisir dans l'intervention ce que signifie « avoir un toit » pour des participants

Équipe de suivi d'intensité variable (SIV) du projet Chez soi à Montréal, Diogène

Cette équipe formée dans le cadre du projet Chez soi à Montréal a desservi cent personnes souffrant de troubles modérés de santé mentale entre 2008 et 2013. Ces personnes se sont vues offrir un suivi d'intensité variable (une fois par semaine) et un logement subventionné par six intervenantEs (agentEs de relations humaines, travailleurEs sociaux).

Liste des récits de pratique documentés en collaboration avec le SIV Chez soi, Diogène :

2. Dérangeant ou dangereux? Repartir à neuf et évaluation des risques
5. Une histoire de futon : prendre la parole au sérieux à travers le délire et saisir la balle au bond.
8. Quand l'appartement rime avec ambivalence et augmentation des symptômes de la maladie mentale. Offrir des solutions de rechange

10. Après le décès. Préserver le droit à la dignité et rester à l'écoute des proches.
13. « Suivre » une dame qui refuse de bouger. Accompagner une personne souffrant d'un trouble de personnalité
15. Aider un homme d'origine inuite à renouer avec lui-même
17. Accompagner sans succomber à l'urgence. Quand l'intervention consiste à attendre le moment propice au rétablissement
21. Composer avec le délire pour accompagner vers la médication une dame qui voit des anges
23. L'usage du récit personnel et du cahier du rétablissement dans l'intervention
26. Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes
29. Raccrocher à la vie des personnes qui souffrent de toxicomanie

Équipe de suivi d'intensité variable (SIV) du projet Chez soi à Montréal, CSSS Jeanne-Mance

Cette équipe formée dans le cadre du projet Chez soi à Montréal a desservi cent personnes souffrant de troubles grave de santé mentale entre 2008 et 2013. Ces personnes se sont vues offrir un suivi d'intensité variable (une fois par semaine) et un logement subventionné par six intervenantEs (agentEs de relations humaines, travailleurEs sociaux, infirmière).

Liste des récits de pratique documentés en collaboration avec le SIV Chez soi, CSSS Jeanne-Mance :

3. Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études malgré le scepticisme des professionnels autour d'une personne
7. Faire alliance avec un individu aux prises avec un délire de persécution
12. Aux limites de l'intervention. Se positionner en regard de comportements violents
16. Médiation entre locataire et propriétaire : permettre aux cris de porter, sans tout briser
20. Apprivoiser pas à pas la toxicomanie et les troubles mentaux
25. Faire des pas là où c'est possible : traumatisme crânien, comportements agressifs et perte d'autonomie
30. Terminer la relation d'intervention ... tout en s'assurant que les personnes gardent leur élan

30 RÉCITS DE PRATIQUES D'INTERVENTION

1. Trouble délirant et vie à la rue : des interventions de médiation pour limiter la judiciarisation

« À la sortie de prison, c'est souvent un retour à la rue. Et le cycle recommence. L'accompagnement des personnes dans leurs démarches juridiques et le travail de médiation auprès des policiers fait partie de la réhabilitation sociale. »

— RÉSUMÉ —

Les personnes qui vivent en situation d'itinérance, particulièrement visibles dans l'espace public et spécifiquement ciblées par des lois, sont surreprésentées dans les tribunaux et le système correctionnel. De nombreux participants au projet Chez soi ont eu des démêlés avec la justice, et continuent parfois d'être ciblés par les policiers, ce qui peut constituer une entrave à leur réinsertion sociale. Les personnes en situation d'itinérance sont sujettes au profilage social, sans compter qu'elles vivent souvent dans des quartiers qui font l'objet d'une grande surveillance policière. Certaines lois ciblent spécifiquement les jeunes de la rue et les personnes en situation d'itinérance : celles-ci reçoivent diverses contraventions pour mendicité et délits de vagabondage. Aujourd'hui, les personnes ne sont plus incarcérées pour les amendes non payées. Mais elles continuent à en recevoir et l'intérêt court sur les dettes accumulées.

Ce récit relate des interventions de médiation et de sensibilisation réalisées par l'équipe SIM afin de favoriser les conditions d'une pleine citoyenneté aux personnes desservies. Il s'agira de faire un travail de médiation auprès des acteurs liés au système de justice, d'accompagner les personnes pour régulariser leur statut juridique, et de favoriser une rencontre entre policiers et les personnes desservies. Dans le premier suivi raconté, les intervenants miseront sur un travail de prévention afin de limiter les conséquences juridiques liées aux idées délirantes que nourrit un homme dans la cinquantaine au sujet des policiers. Dans le cadre d'un second suivi, un travail de concertation et de sensibilisation auprès des policiers aura lieu afin de mettre fin à la surjudiciarisation dont fait l'objet un jeune homme qui souhaite repartir en neuf.

À travers ce récit, sont identifiées diverses formes de collaboration professionnelle qui vise la réduction de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance dans le centre-ville de Montréal. Des liens préalablement établis entre les acteurs de divers secteurs d'intervention vont permettre que les démarches soient entreprises rapidement.

Réduire le délire autour des policiers : rencontre avec une policière sociocommunautaire

Paul souffre de schizophrénie. Il a des idées délirantes à propos des policiers, qu'il soupçonne être à sa recherche. Il est à risque de commettre des délits dans le souci de répondre à la menace qu'il perçoit chez les policiers. À travers son expérience de vie à la rue, il a eu plus d'une fois affaire aux policiers et il n'a

pas toujours compris les charges qui pesaient contre lui. Un incident suite à un épisode délirant, où Paul s'en prend à un présumé policier, l'occasion sera saisie par l'équipe pour l'aider à réduire son anxiété à l'égard des policiers. Une policière sociocommunautaire, dont le mandat est de faire de la prévention et des interventions adaptées auprès de certaines populations, sera sollicitée dans le cadre d'une intervention de prévention. Cette collaboration va permettre de désamorcer une crise potentielle, de régulariser le statut juridique de Paul et de construire une zone sécuritaire pour l'avenir.

Paul a cinquante ans et souffre de schizophrénie. Par un bel après-midi d'été, sous le coup de la paranoïa, se sentant espionné depuis des heures, il a jeté un seau d'eau sur un homme qui attendait près de son domicile. La fenêtre de la voiture était ouverte. Paul, qui a un délire au sujet des policiers, avait soupçonné le conducteur d'être un policier en civil. L'homme aspergé a signalé l'incident aux policiers. Quand ils arrivent chez Paul, ce dernier, paniqué, se cache au sous-sol de l'édifice, dans la salle des chaudières. Une fois les policiers partis, il sort de sa cachette et prend un taxi. Il part à la recherche de sa sœur, ne se souvenant plus de son adresse.

C'est sa sœur qui appelle l'équipe en soirée pour raconter l'incident du seau d'eau. Paul est très anxieux. On lui propose d'aller dans un centre de crise, ce qu'il refuse. Il accepte de retourner chez lui ce soir-là. Les intervenants de l'équipe anticipent l'angoisse que cet incident peut susciter chez lui et qui pourrait considérablement aggraver ses symptômes de schizophrénie. On l'appelle le lendemain matin pour prendre de ses nouvelles et lui demander s'il sera présent au club de marche, tel qu'il était prévu ce matin-là. Paul ne veut pas sortir de chez lui par crainte de représailles de la part des policiers. On lui propose alors d'aller le chercher à son domicile. Il accepte. Au retour de l'activité, une intervenante le rencontre. Paul dit craindre d'être emprisonné. Elle l'assure de l'appui de l'équipe et elle lui suggère, si des policiers l'interpellent, de leur donner les coordonnées de l'équipe. Elle lui propose également de l'accompagner dans ses démarches juridiques pour savoir si quelque chose est retenu contre lui après l'incident. L'intervenante lui offre d'organiser une rencontre avec une policière sociocommunautaire du poste de quartier près de chez lui. Paul accepte.

Moins d'une semaine après l'incident, une rencontre est prévue avec une policière sociocommunautaire. Il est exceptionnel que des rencontres se tiennent à domicile et soient aussi rapidement fixées. La superviseuse clinique et la policière se connaissent, ce qui facilite grandement les démarches. La policière est mise au courant du délire de Paul et de son état de santé mentale. On lui demande de regarder, par la même occasion, si Paul a un dossier judiciaire.

La policière se présente au domicile de Paul en uniforme de travail, afin de favoriser une association positive entre une rencontre agréable et l'uniforme policier. Une intervenante de l'équipe est également présente. La policière est aimable et souriante. Elle assure Paul qu'il n'y a dans les dossiers des policiers aucune consigne de surveillance de sa personne et qu'aucun de ses collègues n'a entendu parler de lui. Elle lui explique que sa dernière arrestation date de 2005 et qu'il n'y a aucun motif pour que les policiers soient à sa recherche. Paul se montre enthousiaste et la rencontre permet vraisemblablement de réduire son anxiété. À la fin de la rencontre, il semble rassuré.

Si aucune plainte n'a été portée au sujet du seau d'eau, le dossier de Paul n'est cependant pas vierge. Il a 13 amendes non payées. Pour une somme totale de près de 4000 \$. Des amendes cumulées entre 2004 et 2009, à raison d'environ deux par année, et les intérêts courent depuis longtemps. Des amendes « d'itinérants » : avoir dormi sur un banc de parc, être entré dans le métro sans payer son passage, s'être « baigné » dans une fontaine (pour y recueillir la monnaie). Paul est désagréablement surpris. Il croyait que son temps d'incarcération en 2005 avait permis de le libérer de ses dettes.

Quelques jours plus tard, l'intervenante l'accompagne au Palais de justice afin de convenir d'un arrangement pour régler la dette. On apprend alors qu'il doit payer en deux ans maximum. Donc, des paiements minimums de près de 200 \$ par mois. Paul vit d'un revenu de l'aide sociale pour personne jugée inapte au travail. Un peu moins de 900 \$ par mois. Existe bien la possibilité des travaux compensatoires, mais, pour l'heure, Paul ne retient pas cette option, disant souhaiter payer ses contraventions comme un citoyen ordinaire.

Si la crainte est toujours là et qu'il continue de se crisper à la vue des policiers, cette rencontre a permis à Paul de se sentir plus en sécurité. Il dira plus tard à l'intervenante que cette rencontre l'a tranquilisé. Il a maintenant une base rationnelle sur laquelle se fonder : la policière l'a assuré qu'il n'était pas recherché par les policiers. Il sait aussi qu'à l'avenir, s'il arrivait quoi que ce soit, il connaît une policière pouvant lui venir en aide et que l'équipe SIM est là également. Cette intervention a permis de calmer significativement son anxiété. L'équipe a pu le constater quand, quelques mois plus tard, Paul a souhaité être accompagné pour entreprendre des travaux compensatoires.

Travail de sensibilisation et de concertation avec des policiers pour limiter la judiciarisation

L'équipe SIM va réaliser un travail de sensibilisation auprès des policiers afin de préserver les acquis d'un homme d'une trentaine d'années. Alexandre est constamment interpellé par les policiers lorsqu'il circule au centre-ville. Il est très connu des policiers et d'un service d'urgence psychosocial pour avoir été agressif et intimidant à de nombreuses reprises. Une rencontre entre ce jeune homme, des policiers du centre-ville et des travailleurs sociaux qui interviennent dans le cadre d'un projet de réduction de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance sera organisée afin d'élaborer une stratégie d'intervention en concertation. Il s'agit d'offrir à Alexandre une nouvelle chance, de permettre aux différents acteurs de changer leur regard sur lui et d'aménager un espace où il ne sera pas constamment interpellé par les policiers.

À une époque, Alexandre, qui souffre de schizophrénie, a présenté un risque de dangerosité passablement élevé et il a été très intimidant pour les policiers et la population du centre-ville. Il est grand et costaud, il délire à propos de l'armée et porte des habits de combat. Il errait seul au centre-ville et se désorganisait très rapidement lorsqu'il consommait. Pendant de nombreuses années, Alexandre, bien que très malade, n'était souvent pas considéré dangereux pour lui-même ou pour les autres, et il n'était donc pas possible de l'hospitaliser contre son gré. Mais son impulsivité et le fait qu'il ait frappé des gens à différentes reprises sans préavis ont fait en sorte qu'il soit régulièrement judiciarisé, à titre préventif. Il a été fiché et les policiers ont pris l'habitude de l'interpeller et de lui donner des

contraventions chaque fois qu'il était au centre-ville. Depuis l'âge de 18 ans, il a connu un cycle de vie à la rue, d'incarcérations, d'hospitalisations et de retour à la rue. À son entrée au projet, il est à risque d'être judiciairisé à n'importe quel propos étant donné cet historique : avoir traversé la rue au mauvais endroit, avoir craché par terre, flâner dans un parc, etc.

Cet homme, connu pour s'être toujours désorganisé très rapidement à la sortie de ses incarcérations et de ses hospitalisations, a accepté de participer au projet Chez soi et d'emménager en logement. Pour une fois depuis des années, il est à jeun et les intervenants font des rencontres avec lui. Il est motivé, fait preuve d'introspection; c'est le bon moment de faire une démarche avec lui pour repartir à neuf au regard de sa situation juridique. Une rencontre est prévue avec Alexandre, une intervenante de l'équipe, des policières et des travailleuses sociales d'un projet spécial du centre-ville qui vise à limiter la judiciairisation des itinérants. L'objectif de la rencontre est de sensibiliser les policiers à la réalité d'Alexandre. Cette rencontre est organisée à l'initiative d'une intervenante d'un service d'urgence psychosociale qui a fait de nombreuses interventions d'urgence auprès d'Alexandre au cours des dernières années.

En convoquant cette rencontre, l'équipe SIM fait valoir que la dangerosité n'est pas une condition figée dans le temps et dit souhaiter donner la chance aux policiers de voir Alexandre sous un autre jour. On met également de l'avant que les locaux des intervenants Chez soi sont situés au centre-ville et qu'Alexandre devra s'y rendre régulièrement. Bien que l'équipe ne puisse pas se porter garante de sa bonne conduite, elle peut cependant témoigner qu'il est maintenant en appartement et que sa santé mentale est plus stable. Rapidement, une rencontre s'organise avec tous ces acteurs.

Lors de cette rencontre, Alexandre collabore, il raconte son parcours. Au début de l'âge adulte, quand la maladie mentale s'est déclarée, il a eu une très mauvaise expérience avec une médication qui était inappropriée pour lui. Depuis, il n'a plus repris de médicaments. Il a vécu douze ans à la rue. Il a expliqué le cycle de ses psychoses qui se reproduisait continuellement : lorsqu'il allait moins bien, il se présentait à l'hôpital où on le gardait généralement seulement quelques heures, alors il retournait à la rue et se désorganisait rapidement. Il était ensuite arrêté par les policiers qui utilisaient fréquemment la contention physique pour le maîtriser afin de l'hospitaliser ou de l'incarcérer. Il a parlé du sentiment de vengeance qui l'habitait à son retour à la rue pour avoir été traité avec violence... Dans ses propres mots, il a décrit la mauvaise expérience des portes tournantes des hôpitaux. Alexandre s'est beaucoup livré, il a également parlé de ses champs d'intérêt, de ses projets de vie, de son intérêt pour la pêche, la chasse, le vélo. De son sentiment d'étouffement, aussi, lorsqu'il est au centre-ville.

Cette rencontre a été l'occasion de modifier les regards. Les policières se sont dites émuës d'avoir la chance de rencontrer Alexandre lorsqu'il se porte bien. Elles n'avaient jamais pu parler avec lui lorsqu'elles étaient intervenues auprès de lui dans la rue, qu'il était toujours trop délirant. Elles ne l'avaient jamais vu collaborer avant ce jour. D'autre part, Alexandre était à même de rencontrer personnellement des policiers dans un contexte autre que celui des arrestations répétées. Cette rencontre a été l'occasion de clarifier le rôle des policiers, et de faire valoir qu'ils étaient là pour la

sécurité du public et la sécurité d'Alexandre également. Il y a eu beaucoup de renforcement positif à l'égard d'Alexandre, à la fois de la part de l'équipe SIM et des policières.

Un plan de crise a été élaboré en concertation lors de cette rencontre. Les policières ont demandé à Alexandre l'autorisation de sensibiliser leurs collègues à sa nouvelle réalité. Elles ont également inscrit à son dossier électronique — auquel les policiers se réfèrent lors d'une arrestation —, que cette personne est connue et qu'elle est stable actuellement et de communiquer avec l'équipe de prévention au besoin. Les cartes des professionnels autour de la table ont été remises à Alexandre, afin qu'il appelle les équipes au besoin et qu'ils les remettent aux personnes concernées dans le cas d'une hospitalisation. Parmi ses solutions, Alexandre a indiqué avoir réduit de beaucoup sa consommation. Sur une échelle de dix, il l'estimait à deux ou trois, alors qu'elle avait été à dix sur dix peu de temps avant. Il a également été accepté que la psychiatre de l'équipe écrive une lettre attestant qu'il désirait être retenu à l'hôpital lors d'un prochain séjour, bien qu'il puisse demander le contraire en état de psychose. Cette lettre sera gardée par l'équipe SIM et utilisée lors d'une future hospitalisation.

Une intervenante du SIM a également suggéré qu'une rencontre soit organisée avec les agents du poste de police de son quartier. Bien qu'Alexandre ait refusé, l'intervenante a laissé la porte ouverte, faisant valoir qu'il s'agissait d'un filet de sécurité qui pourrait être mis en place ultérieurement. Elle lui a réitéré qu'il peut arriver à tout le monde de se tromper et que l'équipe ne le laisserait pas tomber.

Une intervenante de l'équipe SIM et Alexandre se sont rencontrés ensuite pour faire un retour sur la rencontre. Alexandre était très satisfait. Il considérait maintenant les équipes rencontrées comme des organisations pouvant le soutenir et lui venir en aide au besoin.

Pourquoi accompagner les personnes dans leurs démarches légales?

Les personnes en situation d'itinérance sont très visibles dans l'espace public. Ce sont des personnes qui dérangent parce qu'elles font du bruit ou qu'elles sont intoxiquées. L'itinérance est souvent associée à la toxicomanie, à la prostitution, qui, oui, sont des délits, mais qui sont surtout des délits que l'on voit puisqu'ils sont commis par des gens visibles. Pour les intervenants de l'équipe, avoir des problèmes de santé mentale augmente la probabilité d'être stigmatisé et judiciairisé. Les personnes sont souvent plus vulnérables et elles sont facilement identifiables. Lorsqu'elles sont en crise, elles sont susceptibles d'avoir des comportements dérangeants et de commettre divers délits envers la personne et la propriété.

Nous accompagnons les personnes dans leurs démarches pour avoir un revenu d'aide sociale. Nous voyons à régler leurs dettes. Les accompagner à redevenir des citoyens, c'est aussi voir à avec eux à leur situation légale. Plusieurs ont des dossiers et des mandats d'arrêt parce que vivre dans la rue, c'est souvent vivre dans l'immédiat. Certaines ne comprennent pas ce qui pèse sur elles, d'autres ne prennent pas leur probation au sérieux sachant qu'il y a peu de leviers légaux pour faire respecter leurs conditions de probation et que les délais sont longs avant d'être à nouveau convoquées en cour. Mais vient un moment où les personnes doivent se présenter en cour pour avoir brisé les conditions de la peine; elles risquent alors d'être amenées au poste et incarcérées.

1. Limiter les conséquences juridiques – *Équipe SIM CSSSJM*

L'accompagnement des personnes vise à leur permettre de retrouver leur identité et à redevenir des citoyens à part entière. Une personne incarcérée perd des acquis. L'aide sociale est coupée à la suite de l'emprisonnement et le dossier sera fermé après six mois. Les personnes perdent souvent leurs biens et leur appartement. Elles risquent également de perdre leur réseau social. À la sortie de prison, c'est souvent un retour à la rue. Et le cycle recommence. L'accompagnement des personnes dans leurs démarches juridiques et le travail de médiation auprès des policiers fait partie de leur réhabilitation sociale.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

2. Dérangeant ou dangereux? Repartir à neuf et évaluation des risques

« Souvent, on appuie sur le bouton panique dès que les personnes haussent le ton. »

« Une fois la crise passée, nous reprenons nos rôles respectifs. Lui redevient l'acteur de sa propre vie. À nouveau, nous allons le laisser gérer sa folie le plus possible. »

— RÉSUMÉ —

Le projet Chez soi s'adresse à des personnes dont les comportements ont souvent été jugés inacceptables par les services habituels. Offrir des services à une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux suppose de la part des cliniciens une plus grande tolérance à l'égard des comportements marginaux. Le travail clinique nécessite de peaufiner l'évaluation des risques dans le suivi, afin de distinguer entre comportements dangereux et comportements dérangeants. C'est à cette condition qu'il devient possible d'entrer en lien et d'offrir des services à des gens en marge du système de soins.

Ce récit relate le suivi auprès de Jean-Guy qui souffre de schizophrénie et qui, lorsqu'il est envahi par ses voix et qu'il est contrarié, adopte différents comportements que l'on peut craindre être dangereux pour les autres ou pour lui-même. Il laisse sur le répondeur de l'équipe des messages comportant des menaces diffuses, il ne répond pas à la porte lorsque l'intervenant le visite ou il joue avec le feu dans son appartement. L'objectif sera d'apprendre à le connaître à travers ses symptômes afin de ne pas surréagir à ses façons d'être. Étant donné la nature des comportements du participant, souvent sur la ligne du danger, le suivi exigera de refaire régulièrement l'évaluation de la dangerosité. Différentes mesures seront également prises par l'intervenant afin de ne pas se mettre lui-même en danger. Le fait d'accepter le malaise résultant de ces évaluations répétées de la dangerosité va permettre à l'intervenant de maintenir le lien avec Jean-Guy à travers le temps et d'apprendre à le connaître.

Puis, survient un épisode où une requête d'évaluation psychiatrique s'impose. Entre temps, six mois se seront écoulés sans qu'on ait eu recours à un levier légal, dans le parcours d'un homme qui a été hospitalisé près d'une trentaine de fois. L'équipe parle de l'importance de bien distinguer la crise et le retour du suivi dans le cadre de la vie quotidienne, où la personne reprend le pouvoir sur sa vie. Le récit se conclut sur une réflexion à propos des paramètres modulables de la relation d'intervention, dont les cadres vont grandement variés selon les objectifs cliniques fixés par l'équipe dans un suivi. Après deux années de suivi auprès de Jean-Guy, et alors que sa santé mentale s'est stabilisée, une nouvelle étape consistera à faire des pas dans l'accompagnement d'habiletés relationnelles.

Créer un lien pendant la lune de miel

Au départ du suivi, beaucoup de temps sera consacré à faire des démarches, à parler de santé mentale et à explorer les façons employées par Jean-Guy pour s'exprimer. Toutes ces informations sur les forces de la

personne, sur ses façons d'être, ses symptômes d'anxiété et de schizophrénie serviront par la suite à l'intervenant dans l'évaluation des situations à risque.

Jean-Guy a travaillé 70 heures par semaine pendant de nombreuses années, il buvait ses 24 bières tous les soirs. Puis, tout a basculé sur le plan de sa santé mentale. Il s'est retrouvé à la rue et il a été hospitalisé souvent, certaines hospitalisations pouvant durer des mois. Jean-Guy a été hospitalisé près de trente fois. Il nous a dit qu'il se rendait à l'hôpital de lui-même. Je ne sais pas si c'est vrai. Les personnes, on apprend à les connaître au fil du suivi. À une autre époque, il consommait beaucoup de drogue : cela ajouté à la forte présence de ses voix, sa vie ne devait pas être de tout repos. Jean-Guy a vécu des moments très difficiles, mais il est très débrouillard et il s'est toujours organisé.

Les premières rencontres avec Jean-Guy se sont bien passées. Il était tout le temps là. C'est un homme anxieux qui souffre de schizophrénie. Il nous a rapidement dit qu'il ne prenait pas de médicaments. Au début, il téléphonait chaque jour pour dire « *allô* ». J'ai pu remarquer qu'il faisait de même avec son entourage et dans différentes ressources. Puisqu'il est envahi par des voix, une de ses stratégies est de téléphoner pour entendre de vraies voix. Pendant un moment, j'avais chaque jour un message de lui. Et quand je le rappelais, c'était pour dire « *bonjour, comment ça va?* », ça durait cinq minutes. Ça ne me dérangeait pas de l'appeler cinq minutes par jour si ça pouvait diminuer son anxiété. Je voyais que ça lui faisait du bien. Nous n'avons pas mis de règles pour l'encadrer parce qu'il n'était jamais déplacé quand il téléphonait. S'il l'avait fait cent fois par jour, il aurait fallu mettre une limite, mais il s'en tenait à cela.

Nous avons souvent parlé de sa maladie ensemble, comment elle s'est déclenchée. J'ai beaucoup d'informations sur sa vie. Il a déjà été assez à l'aise pour me dire que même lorsqu'il va bien, quand nous nous parlons, des voix dans sa tête lui disent qu'il est un salaud. Si c'est ainsi quand il va bien, ça m'informe que lorsqu'il va mal, ce doit être terriblement envahissant. Nous avons un dialogue ouvert sur sa santé mentale. Je lui avais dit : « *Si jamais tu te sens menacé ou que tu ne te sens pas bien, dis-le-moi, je partirai et nous prendrons un autre rendez-vous.* »

Des messages sur le répondeur : apprendre à le connaître à travers ses symptômes

Lorsqu'il est irrité, Jean-Guy laisse des messages inquiétants sur le répondeur du bureau. Il prend une voix très grave et tient des propos délirants à caractère religieux, avec des menaces sous-entendues. Chaque fois, ces messages imposent d'évaluer les risques qu'il représente pour lui-même ou pour les autres. Pour ce faire, l'équipe s'appuie sur une grille d'évaluation de la dangerosité qui permet de prendre du recul à l'égard d'une situation de crise et de mettre en perspective les différents seuils de tolérance au risque de chacun des intervenants. Au fil des mois, l'équipe a appris à connaître Jean-Guy dans cette dynamique et en visant à ne pas réagir trop fortement à des comportements « seulement » dérangeants. Après quelques mois de suivi, force est de constater qu'il n'y a pas de signe de dangerosité dans ces messages délirants. La plupart du temps, Jean-Guy rappelle dans les jours qui suivent pour s'excuser. S'il ne rappelle pas rapidement, l'intervenant a recours à diverses stratégies pour qu'il ne se sente pas rejeté et qu'il ose renouer le contact.

Jean-Guy est entré en logement assez rapidement. Ça s’est bien passé pendant un mois puis ça allait moins bien et il n’a pas payé son loyer. Il a quitté son appartement avec sa télévision. De la rue, il nous avait laissé un message sur le répondeur qui était très inquiétant et dans lequel il y avait de nombreuses références bibliques. Il disait que le projet Chez soi était la pire chose qui soit arrivée dans sa vie et que les démons allaient s’abattre sur nous. Il parlait du diable, de l’apocalypse, il me traitait de Judas. Il n’allait pas bien. On s’était, évidemment, demandé : « *Que fait-on de ce message? Allons-nous envoyer les policiers chez lui parce qu’il est délirant?* » C’était limite. Il ne proférait toutefois pas de menaces directes; son discours en était principalement un de délire religieux.

Nous ne pouvions pas aller évaluer sur place les risques de dangerosité puisqu’il avait quitté son appartement. Je suis allé voir dans le logement et j’ai constaté qu’il avait laissé ses effets personnels, son sac à dos et tous ses papiers d’identité. Il était permis de penser qu’il allait revenir. Il était en colère et il souhaitait qu’on le laisse tranquille. Nous avons attendu qu’il revienne. Nous avons couru le risque. Un risque calculé.

Deux semaines après ce message téléphonique, Jean-Guy est retourné dans son appartement, il nous a rappelés et il s’est excusé. De lui-même, il a fait une entente de paiement de loyer avec son propriétaire. Nous avons appris par la suite qu’il avait eu une altercation avec des policiers au cours de laquelle il avait reçu des coups et qu’il avait été emprisonné pendant trois jours. Je crois que cet épisode l’a marqué. Je l’ai accompagné à la cour. Il était très anxieux. Il n’avait jamais eu de casier judiciaire et il craignait d’aller en prison. Il a accepté de participer à un programme spécial au Palais de justice pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Au cours des cinq premiers mois du suivi, il nous a laissé des messages inquiétants sur le répondeur à quatre reprises. Des messages soit pour nous envoyer promener ou des messages délirants avec de la symbolique religieuse. Puis il s’excusait. C’est un schème qu’on a appris à connaître chez lui. En le connaissant mieux, j’ai aussi appris à reconnaître ses signes. Quand il me disait : « *tout va bien, chaque jour suffit sa peine* », ça voulait dire qu’il allait moins bien. Souvent, une semaine plus tard il nous envoyait promener. On en est venu à reconnaître chez lui un cycle au cours duquel pendant environ trois semaines ça va bien et à la quatrième, ça va moins bien.

Pour chaque message inquiétant, nous en parlions en équipe et, chaque fois, nous avons évalué qu’il était certes délirant, mais qu’il ne semblait pas présenter de danger immédiat. L’équipe a un outil, une grille d’évaluation du danger, qui nous permet de faire la part des choses, pour nous assurer d’avoir posé toutes les questions importantes, d’avoir une vision et une évaluation d’ensemble de la situation avant de décider d’intervenir ou non. Nous essayons d’éviter la judiciarisation si c’est possible. On entend un message comme ça, mais le participant est peut-être juste dans son salon et il délire. Il ne faut pas que mon malaise soit tel que j’envoie chaque fois les policiers chez le participant.

Notre approche face à ces messages était probablement un peu différente de celles qu’il avait connues avant. Lorsqu’il me rappelait pour s’excuser, je n’en parlais pas tout de suite, je faisais comme si de rien n’était. « *Salut, je suis content d’avoir de tes nouvelles. Veux-tu qu’on se revoie?* » Je ne disais pas tout de

suite : « *Jean-Guy, ce n'est pas drôle quand tu fais ça.* » Je ne le culpabilisais pas. Je reprenais ça en douce avec lui ensuite, j'essayais de lui expliquer que de tels messages peuvent faire peur à quelqu'un qui ne le connaît pas et qu'il pourrait y avoir des conséquences plus sérieuses. C'était aussi l'occasion de lui faire remarquer que s'il me dit que tout va bien quand il ne se sent pas bien, ça ne nous aide pas, ni lui ni moi, que je suis là pour l'aider et qu'il peut me donner l'heure juste.

Quand Jean-Guy ne rappelait pas, je l'appelais pour lui dire bonjour et quelques banalités sans lien avec le message téléphonique, afin qu'il se sente à l'aise de reprendre contact. Ensuite, je revenais là-dessus avec lui. Il disait : « *Ne t'inquiète pas, tu me connais, je m'excuse ensuite.* » Il nous avait rassurés à ce sujet.

Je voyais qu'il ne devait pas être habitué à se faire répondre ainsi. Cela faisait en sorte que nous gardions le lien et que nous continuions à nous voir. Après quelques mois de suivi, Jean-Guy a laissé un message sur le répondeur de l'équipe, en disant : « *Merci de me prendre comme je suis.* » Pour nous, c'était très significatif.

Faire « l'avocat du diable » : agir comme intermédiaire auprès d'une autre instance

Le Tribunal de la santé mentale (TSM) interpelle l'équipe au sujet d'un incident impliquant Jean-Guy qui leur a laissé un de ses messages terrifiants. Après avoir évalué la situation présentée par l'avocate à qui était destiné le message, l'équipe conclut à nouveau que le participant ne présente pas une menace pour le moment, bien que son comportement soit déplacé. Puisqu'il est en évaluation de risque constante de la part de l'intervenant et qu'on connaît ce comportement, l'équipe est à même de réagir autrement et d'agir en tant qu'intermédiaire auprès du TSM pour qu'il n'y ait pas de démarche juridique entamée.

Quand Jean-Guy va moins bien, il appelle non seulement ses intervenants, mais aussi sa famille et d'autres ressources autour de lui. Tout comme avec nous, il peut leur tenir des propos hostiles et inquiétants.

Jean-Guy était irrité que la personne responsable de son dossier au Tribunal de la santé mentale ait annulé une rencontre et il a laissé un message sur son répondeur. L'avocate a été très perturbée par ce message téléphonique. S'agissait-il de menaces? Elle nous a appelés pour nous dire qu'il n'allait pas bien, qu'il fallait faire quelque chose. Elle était fort inquiète et vraisemblablement dépassée. Elle a insisté auprès de l'équipe pour qu'il y ait une requête d'évaluation psychiatrique.

Après que quelques intervenants de l'équipe se soient réunis, cette fois-là, comme les fois précédentes, l'équipe a estimé que, compte tenu de ce qu'on avait connu de Jean-Guy jusqu'à maintenant, il n'était pas nécessaire de faire une requête d'évaluation en psychiatrie. Il n'avait pas proféré de menaces claires. L'expérience de l'équipe était que Jean-Guy redescendait sur terre de lui-même. Il laissait des messages délirants, mais ça n'allait pas plus loin. Il n'avait agressé personne, bien qu'il puisse être provocateur. Après quoi, s'en est suivi un long débat avec l'avocate du TSM pour qu'elle reconnaisse que l'homme était certes dérangeant, mais qu'il ne présentait pas de danger. Elle en a convenu. L'avocate travaille

dans un contexte d'autorité. Pour notre part, bien qu'il nous faille demeurer prudents, nous appuyons moins vite sur le bouton panique qu'en d'autres endroits.

Nouvelle évaluation des risques : de la fumée dans l'appartement

Quatre mois après l'entrée en appartement du participant, l'équipe est alertée par le propriétaire. On apprend que Jean-Guy allumerait de petits feux dans son appartement. L'équipe ne connaît pas la nature de l'incident, cependant, l'équipe sait que ni les policiers ni les pompiers ne sont intervenus. L'intervenant se rend le jour même au domicile en compagnie du service Urgence psychosociale-justice (UPS-J) afin de faire une évaluation de la dangerosité de Jean-Guy. Ils lui parlent de la gravité de son geste et tentent de le responsabiliser. Bien que le fait de mettre le feu à divers objets puisse avoir des conséquences sérieuses, il est estimé qu'il n'y a pas de danger immédiat. Un malaise demeure cependant.

Il y a eu un épisode avec le feu dans l'appartement. C'était la cinquième fois où Jean-Guy allait moins bien. Il avait laissé un autre message sur le répondeur et j'attendais qu'il rappelle. Puis, j'ai eu un appel du propriétaire qui nous informait que Jean-Guy avait mis le feu à quelques reprises dans son appartement. Nous ne connaissions pas la gravité des feux, mais nous pouvions penser que ce n'était rien de majeur puisqu'il n'y avait pas eu d'intervention des policiers, que les pompiers n'avaient pas été appelés. Il était possible qu'il s'agisse seulement de fumée à la suite d'aliments brûlés. Il était possible aussi que ce soit une autre façon d'attirer l'attention. Faisait-il des *shows de boucane*? Il fallait aller voir ce qui se passait.

Aux moments où Jean-Guy allait plus mal, si je cognais à la porte et que j'entendais sa voix un peu d'outre-tombe, je lui disais que je l'attendais à l'extérieur de l'appartement, qu'on irait dans un café, dans un endroit public. Quand j'ai des doutes, je ne me mets pas en danger, et s'il ne veut pas sortir de chez lui, je m'en vais. Si je sais qu'il va moins bien, je ne vais pas courir le risque de m'enfermer chez lui. Cette fois-là, j'y suis allé avec un service d'urgence psychosociale (UPS-J), d'une part, pour ne pas faire l'intervention et l'évaluation seul et, d'autre part, pour réagir tout de suite s'il y avait quelque chose. J'ai fait un rapport de la situation à ce service la journée même et nous sommes allés ensemble chez Jean-Guy. Il nous a laissé entrer tous les trois. Il avait son capuchon sur la tête, n'était pas rasé; il n'allait visiblement pas bien. Nous avons tenté de voir avec lui ce qui s'était passé avec le feu. Il disait qu'il ne savait pas. Je lui ai demandé : « *Comprends-tu pourquoi je suis ici? Tu sais Jean-Guy, on parle de feu, il y a des familles, la sécurité, tout ça.* » Ce n'était pas dit sur un ton très autoritaire, mais j'ai essayé de le responsabiliser et de lui faire voir les conséquences possibles de ses gestes. J'essayais aussi de faire intervenir mon lien avec lui : « *Tu me connais, ça fait un petit bout qu'on se voit. Aujourd'hui, je suis accompagné de deux autres personnes, mais je n'aimerais pas avoir à aller plus loin.* » Après dix minutes, il nous a demandé de partir. Je lui ai demandé de me rappeler. Ce qu'il n'a jamais fait.

Sur le coup, UPS a évalué qu'il n'y avait pas de danger immédiat : il n'était pas délirant, il était conscient qu'il avait fait de petits feux chez lui à quelques reprises, bien qu'il ne fût peut-être pas conscient des conséquences possibles. Dans ces situations-là, les intervenants de UPS-J ne font pas grand-chose de plus que ce que moi je pourrais faire. Ils m'ont cependant conseillé de faire une requête d'évaluation

psychiatrique. Mon questionnaire était : si je fais les démarches pour aller en cour, je risque de perdre mon lien avec Jean-Guy, parce que je m'inscris dans une relation de force. J'ai parlé avec la chef d'équipe et la décision a été prise d'attendre encore. Il avait été coopératif. J'ai cependant appris plus tard que je n'avais pas tout vu.

Entre deux feux...

Dans les semaines qui suivent l'intervention, l'intervenant perd le contact avec Jean-Guy et éprouve un malaise au sujet des dénouements possibles de cette situation. Fallait-il ou non faire une requête? L'approche du rétablissement, qui suppose de laisser aux personnes porter les conséquences de leurs choix, n'est pas toujours de tout repos à vivre pour les intervenants.

On ne l'a pas vu pendant près de deux mois. Ce n'était pas la première fois qu'il ne voulait plus nous voir, mais c'était la première fois que ça durait aussi longtemps. Pendant ce temps, l'équipe n'avait pas de nouvelle du propriétaire. Il semblait être tranquille. Peut-être avait-il compris qu'il devait cesser de mettre le feu, sinon la police irait chez lui la prochaine fois.

Durant cette période, j'étais en questionnement : il ne me rappelle pas, est-ce le temps d'appeler la police? Et s'il mettait le feu? C'était stressant pour moi. J'écoutais les nouvelles et quand on y parlait d'un incendie dans la ville, mon cœur sautait un peu, il n'aurait pas fallu que je voie le nom de sa rue. J'y ai pensé beaucoup. En même temps, si on l'enferme, qu'il ressort et qu'il met le feu... On pense avoir le contrôle, mais on n'a pas le contrôle sur ce que les gens font.

Je me suis présenté chez lui; il n'y avait pas de réponse. Son téléphone n'était plus en service. Je lui ai écrit une lettre une première fois pour lui donner un autre rendez-vous et lui expliquer que j'aimerais le voir. Il a rappelé pour dire qu'il ne voulait plus nous voir. Je lui ai envoyé une autre lettre plus officielle, disant que pour être admissible au projet, il fallait payer son loyer et recevoir un intervenant. J'ai écrit que j'aimerais qu'on en discute parce que je constatais que nous ne nous voyions plus. C'était écrit sur un ton amical. Puis, il a laissé un second message disant à nouveau qu'il ne voulait plus de nos services. La chef d'équipe s'est déplacée avec moi pour le rencontrer. L'intention était de renouer le contact et d'explorer avec lui la cause des feux dans son appartement et de lui dire qu'on l'avait entendu. « *On sait que tu es là. Qu'est-ce qui ne va pas bien? Aide-nous à comprendre.* » L'intention était aussi de l'amener à réfléchir. Il n'était pas chez lui, ou il n'a pas ouvert la porte. Je ne savais pas quelle serait la prochaine étape.

Entre temps, on fait venir le rapport d'évaluation d'UPS-J. L'équipe y découvre des éléments nouveaux à propos de l'évaluation de dangerosité qui a été effectuée. Des éléments qui faisaient pencher la balance vers une requête d'évaluation en psychiatrie. Dans le travail d'intervention, la finesse de l'intervention s'acquiert au fil de l'expérience.

Nous nous sommes rendu compte que certains éléments avaient été négligés dans l'évaluation des risques. D'une part, il était mentionné dans le rapport d'UPS-J que Jean-Guy avait fait une croix avec les

cendres du feu qu'il avait allumé dans son appartement. Pour ma part, je n'avais pas vu cette croix, j'avais plutôt regardé le participant que les lieux. Donc, il y avait une intentionnalité derrière les feux. Et des éléments délirants étaient là. D'autre part, en rediscutant en équipe, nous avons vu que nous ne lui avons pas proposé d'aller à l'hôpital lors de cette visite. Il y avait eu évaluation de la dangerosité et du risque (suicide, feu, etc.), mais les éléments qui auraient pu l'amener à collaborer n'avaient pas été nommés. Par exemple, nous aurions pu lui dire : « *Nous sommes inquiets pour toi. Nous n'aimerions pas que tu aies des problèmes. Veux-tu qu'on aille à l'hôpital?* » Il aurait fallu que je fasse tout ce qui était en mon pouvoir pour amener Jean-Guy là où il pourrait recevoir des soins. Aller chercher la collaboration de la personne, c'est ce à quoi sert le lien. Il faut tabler sur le lien qui a été développé avec la personne et c'était le cas avec Jean-Guy.

« Muscler le discernement » dans l'évaluation des risques

Survient une nouvelle plainte au sujet de la fumée dans l'appartement. Le lien avec le participant n'est plus là en tant que levier d'intervention. Cette fois-ci, les risques sont trop élevés et l'équipe entame les démarches d'une requête d'évaluation en psychiatrie.

Dans les jours qui suivent, nous apprenons par le propriétaire que Jean-Guy a de nouveau mis le feu à des choses dans son appartement, les a jetées dans la toilette, causant un dégât d'eau dans l'immeuble. Cette fois, nous avons fait une requête d'évaluation en psychiatrie. La raison était que nous n'avions plus de lien avec Jean-Guy et que nous avons une responsabilité envers le public. On compte sur la collaboration de la personne, c'est une dimension importante de l'intervention, mais il arrive que le lien soit coupé à cause de la maladie. Le fait que nous n'ayons plus de contact avec lui depuis près de deux mois a été déterminant.

Si le lien avec une personne peut être mis à rude épreuve à la suite d'une requête légale qui la contraint à être hospitalisée, le travail de l'équipe sera d'aider la personne à reconnaître que ce geste fut posé dans son intérêt et qu'en aucun cas il ne s'est agi de prendre du pouvoir sur elle. Une fois la crise passée, l'intervenant reprend son rôle d'accompagnement, selon le respect du rythme de la personne... et de sa folie.

Après trois semaines d'hospitalisation, Jean-Guy est retourné à son appartement. Pendant quelque temps, il s'est peu investi dans le suivi : il était méfiant. Nous lui avons expliqué qu'une fois la crise passée, nous reprenions chacun nos rôles, que nous n'avions pas changé notre façon de le percevoir. À nouveau, nous allions le laisser gérer sa folie le plus possible. Il redevient l'acteur de sa propre vie. Et nous le considérons avec le même respect, la même considération. Il n'y aura pas d'abus, pas de rapport de force. Et si la situation dérapait à nouveau, nous serions là pour lui prouver que nous pouvons le contenir.

La stratégie à la sortie de l'hôpital a consisté à l'écouter et à l'appuyer dans les démarches qu'il souhaitait entreprendre. Quelques semaines après l'hospitalisation, Jean-Guy a mentionné « *je pense que je voudrais une médication, mais je ne veux plus être un légume.* » Dans le passé, il avait pris une

médication très lourde; il avait eu une très mauvaise expérience des effets secondaires des médicaments. Pendant de nombreuses années, il n'en a plus repris. Je lui ai fait valoir qu'il pourrait y avoir un juste milieu, qu'il serait possible qu'il ait une médication plus adaptée. Je l'ai encouragé à en parler au psychiatre. Mon travail consiste notamment à m'assurer qu'il soit entendu dans ses demandes au sujet de la médication et aussi à le préparer aux inconforts associés à cette reprise. Je l'ai aussi appuyé dans d'autres choses, dans les démarches qu'il jugeait prioritaires, comme de réparer son logement abîmé à la suite des petits feux qu'il y avait allumés. J'ai eu le souci de séparer les choses, de ne pas tout centrer sur la médication. Le lien s'est recréé tout doucement.

La relation d'intervention telle un laboratoire

Pour terminer, l'équipe propose une réflexion sur les paramètres modulables de la relation d'intervention. Les cadres de l'intervention vont grandement varier, selon les objectifs cliniques fixés par l'équipe dans un suivi. Deux années après le début du suivi, l'équipe revient sur les appels à répétition qui avaient jusqu'alors été tolérés et qui feront l'objet d'une intervention lorsque Jean-Guy sera évalué suffisamment stable au niveau de sa santé mentale pour faire des pas au niveau de ses habilités relationnelles. Une intervention qui vise à l'accompagner vers une normalisation de ses relations avec les personnes et les ressources qu'il côtoie. En ce sens, une bonne pratique consiste non pas à accepter, ou non, qu'un participant appelle plusieurs fois par jour à la ressource, mais de savoir jauger dans l'intervention ce qu'il est avisé de demander à la personne dans le cadre de l'accompagnement vers une réappropriation de sa vie et une meilleure insertion sociale.

La relation d'intervention est un laboratoire où la personne peut expérimenter différents rôles dans un cadre sécuritaire. Une fois le lien établi, nous évoluons dans ce lien avec la personne. À un moment donné, nous avons mis une limite aux appels de Jean-Guy. Ce n'est pas aidant pour lui de le maintenir dans ce comportement qui a fait en sorte qu'il a presque toujours brûlé les ressources autour de lui. Nous sommes là pour l'aider à apprendre. Nous en avons discuté en réunion et avons convenu de mettre une limite à ses appels. « *On comprend bien que tu t'ennuies Jean-Guy, mais il existe des lignes d'appel pour cela. Nous avons de bonnes raisons de te demander de diminuer les appels. 1- c'est long pour nous d'écouter des messages de 5-7 minutes lorsque nous prenons les messages sur la route. 2- on a moins tendance à retourner tes appels étant donné qu'ils sont très fréquents. Peut-être qu'un jour il y aura une urgence et tu auras vraiment besoin qu'on te rappelle, et possible qu'on ne te prend pas tout de suite au sérieux et qu'on mette du temps à te rappeler.* » Il a répondu : « *Ça me fait un peu mal ce que tu me dis. Mais je comprends que je peux être comme ça.* »

Nous lui avons aussi expliqué qu'il lui arrive peut-être de susciter le rejet à cause de sa façon d'appeler continuellement. Et qu'il a du pouvoir là-dessus. « *Ce n'est pas toi qui es plate. C'est seulement que, concrètement, ça prend beaucoup de temps et que ça devient irritant pour l'entourage. Tu te mets à risque d'être mal reçu.* » Jean-Guy apprend à travers ça. Nous le renforçons dans le fait qu'il appelle moins qu'avant.

2. Dérangeant ou dangereux? – Équipe SIV Diogène

On évolue avec le lien, avec les personnes, avec ce qu'on sent qu'elles sont capables de donner. Après plus de deux ans, nous avons un bon lien avec Jean-Guy. Il n'est plus dans la crise, il est suffisamment stable. Nous pouvons désormais travailler les habiletés sociales. L'idée étant de l'outiller le plus possible. Il faut s'ajuster à la réalité extérieure. Si on reste très permissifs, nous risquons d'alimenter le clivage : « *il n'y a que Diogène qui me comprend ...* » Il faut affirmer que ce sont des comportements inadéquats.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

3. Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études malgré le scepticisme des professionnels autour d'une personne

« Nous ne savons pas ce que sera le résultat : il faut oser se laisser surprendre. »

« Mon travail consiste à lui permettre de constater par lui-même qu'il y a plusieurs chemins pour arriver à ses fins. »

— RÉSUMÉ —

Les intervenants accompagnent les personnes vers une sortie de la rue, mais pour aller où? Ce récit relate l'accompagnement d'un homme âgé d'une trentaine d'années qui cumule troubles relationnels et déficit d'attention et qui rêve de faire des études secondaires en classe ordinaire. L'intervenante va l'accompagner dans les différentes étapes d'un retour aux études, en le soutenant à travers ses essais, ses succès, ses échecs, ses apprentissages, et ce, sans préjuger des résultats. Elle veillera à ce qu'il soit entendu par des professionnels qui doutent de ses capacités à entreprendre un tel projet et sollicitera l'empathie des acteurs à même d'offrir une chance au coureur. Il y a là tout un travail pour réparer les relations d'exclusion et permettre à la personne de se faire un chemin à travers les différentes institutions.

À la fin du récit, l'intervenante rappelle que dans l'intervention, il ne s'agit pas tant de viser la réalisation du rêve, que d'envisager celui-ci comme un moteur pour que la personne se mette en marche, de saisir le rêve comme une occasion de faire des pas avec elle vers une meilleure estime de soi et l'appropriation de sa vie. C'est pour faire des pas dans le sens de son rêve que cet homme souhaitera apprendre à mieux contrôler sa colère et qu'il accordera pour la première fois un sens aux démarches liées à sa santé physique et mentale.

Un retour aux études dans le système scolaire « normal »

Jocelyn a 32 ans. Il rêve de mener une vie comme tout le monde. Cela signifie pour lui d'obtenir son diplôme de 3e secondaire et d'occuper un emploi. Jocelyn n'a jamais fréquenté le système scolaire régulier parce qu'il souffre de troubles relationnels importants et d'un déficit d'attention. L'intervenante raconte ici les différentes démarches entreprises afin de faire entendre la voix de Jocelyn auprès de divers acteurs et de solliciter leur collaboration. On voit que le parcours de ce jeune homme demeure difficile, malgré tout le soutien offert par l'intervenante. Le psychiatre de Jocelyn voudra notamment lui éviter un échec en refusant de prime abord de signer un formulaire d'aptitude à suivre des études en classe ordinaire.

Jocelyn n'a jamais fréquenté le système scolaire régulier. Depuis que je le connais, il répète qu'il souhaite faire ses études en classe ordinaire, qu'il veut s'en sortir, qu'il veut une vie normale. Jocelyn a plusieurs diagnostics, dont un déficit d'attention. Dès le primaire, il a été dans des classes pour troubles d'apprentissage. Il a une intelligence dite limite, c'est-à-dire que, sans souffrir d'une déficience légère,

son intelligence est inférieure à celle de la moyenne de la population. Jocelyn souffre aussi d'un trouble de personnalité limite sévère et d'un problème de toxicomanie. Jocelyn est exclu de partout à cause de son comportement.

Ce que je peux travailler avec lui, c'est, entre autres, le contrôle de sa colère. Il a du mal à exprimer une demande adéquatement et il est souvent très déçu de ne pas obtenir ce qu'il veut. Je suis là pour lui rappeler qu'il a des forces et qu'il a développé des façons de contrôler sa colère. Parfois, il est en colère lorsque j'arrive chez lui et il me dit « *je ne veux pas te voir, je ne suis pas parlable!* » Super, c'est une façon de maîtriser sa colère. Les personnes qui souffrent d'un trouble de personnalité limite ont souvent un trop-plein d'émotions, elles ont du mal à les nuancer : c'est soit blanc soit noir. Elles vivent dans un tourbillon. Elles ont beaucoup de difficulté à avoir de bonnes relations avec autrui, celles-ci sont souvent très chaotiques.

J'ai accompagné Jocelyn dans son projet de retour aux études. L'inscription à l'école n'a pas été de tout repos. Nous avons rencontré un agent d'aide sociale à plusieurs reprises pour explorer les options qui s'offraient à lui en matière de retour aux études. L'agent voyait Jocelyn se mettre en colère lors des rencontres et il doutait de sa capacité de mener à bien son projet. Il me demandait : « *comment fera-t-il à l'école?* » Je répondais : « *Il va essayer!* » Avec Jocelyn, c'est de l'accompagnement avant et après une rencontre, afin de le soutenir dans le contrôle de sa colère. Je le laissais parler, puis je reformulais sa demande, je la traduais dans le respect de l'interlocuteur, pour qu'elle soit entendue. Ainsi, Jocelyn apprend de ma façon de faire les demandes. C'était de lui expliquer que s'il ne demande pas les choses correctement, il n'obtiendra pas ce qu'il désire, l'agent passera à la prochaine personne. « *Jocelyn, tu sais que l'agent s'est questionné sur ton comportement? En te voyant te mettre ainsi en colère, il se demandait comment tu ferais pour rester assis sur ton banc à l'école. Il n'a vu que cela de toi. N'oublie pas, il faut être stratégique et rusé. À la prochaine rencontre, si tu n'es plus capable, sors de la rencontre.* » À la dernière rencontre à l'aide sociale, il est sorti. L'agent me regardait sans trop comprendre!

J'ai accompagné Jocelyn à ses rendez-vous avec l'agent d'aide sociale à quatre ou cinq reprises pour explorer les possibilités d'un retour aux études subventionné. Compte tenu des difficultés de Jocelyn, l'agent lui offrait des études à temps partiel, mais ce n'était pas défrayé par l'aide sociale. Pour retourner aux études avec une aide financière, l'aide sociale demande un rapport médical attestant la capacité de la personne à mener des études à temps plein en classe ordinaire. Le psychiatre de Jocelyn ne voulait pas signer l'attestation d'aptitude à poursuivre des études. Il craignait qu'il ne soit pas apte à entreprendre un tel projet étant donné ses divers problèmes cumulés et proposait plutôt qu'il participe à un programme spécial. Nous avons mis cette option de côté, car Jocelyn n'était pas intéressé : il voulait aller à l'école comme tout le monde. « *J'en ai assez d'être traité de fou. Je veux aller à l'école normale, je veux travailler et avoir un bon salaire. Ce n'est pas une vie d'être à l'aide sociale.* »

Puisque le psychiatre de Jocelyn ne croyait pas en sa capacité de retour aux études, nous sommes allés frapper à une autre porte. Un autre psychiatre que nous avons rencontré a accepté de fournir le rapport médical de retour aux études. Nous sommes ensuite retournés devant l'agent de l'aide sociale, mais le

rapport n'était pas conforme et la demande d'admission dans un programme d'aide aux études à temps plein a été refusée. Il a fallu retourner voir le psychiatre pour obtenir un nouveau rapport. C'était très frustrant pour Jocelyn : « *Je ne peux jamais faire les choses comme tout le monde!* » Étant donné que je ne pouvais pas être présente à cette seconde rencontre, j'avais fait la liste de ce qu'il fallait demander au psychiatre pour que le rapport soit accepté à l'aide sociale. Jocelyn a obtenu le rapport médical et il s'est finalement vu accorder une subvention pour un retour aux études. Par la suite, Jocelyn est retourné voir son psychiatre traitant qui avait initialement refusé d'appuyer sa demande de retour aux études. Il a dit « *OK, je me rallie à vous.* »

Jocelyn a commencé ses études secondaires en première année de mathématiques et en deuxième année en français, en classe ordinaire. Il en était très fier. À l'école, ils ont vu ses difficultés et, après quelques mois, on lui a retiré une journée de classe sans qu'il soit pénalisé pour l'éligibilité aux prestations comme étudiant à temps plein. Le programme prévoit une présence en classe cinq jours par semaine, mais les enseignants à l'école voyaient que Jocelyn avait des difficultés et ils ont proposé des aménagements.

Faire des pas dans le sens du rêve

Jocelyn a un gros objectif: il souhaite faire ses études jusqu'en troisième année de secondaire. Devant les nombreuses embûches qu'il rencontre, l'intervenante lui apportera une aide et un support constants. Diverses démarches pour aller vers une meilleure santé mentale et physique vont se rattacher à ce projet de retour aux études.

Quand Jocelyn avait des difficultés dans ses études, je lui suggérais d'aller chercher de l'aide : « *OK, tu as un problème en mathématiques. Peux-tu aller chercher de l'aide? Y a-t-il de l'aide au devoir, de la récupération?* » Il se sentait comme un mouton noir dans sa classe et il se faisait intimider. Je lui disais : « *Ne laisse pas la situation dégénérer. Va voir ta professeure, elle fera de la discipline.* » Il est débrouillard, il sait aller chercher de l'aide. Bien que, ce faisant, il ait tendance à alerter les gens.

Jocelyn a aussi fait face à des problèmes financiers et de concentration. Il est impulsif et il était difficile pour lui de gérer le montant son chèque à toutes les deux semaines et de contrôler le stress du retour aux études. Jocelyn a des tendances suicidaires : ça fait partie de son trouble de personnalité limite. L'élément déclencheur est souvent le fait de n'avoir plus d'argent pour consommer du pote et pour manger. Cependant, il ne passe pas à l'acte, il n'a pas de plan précis, mais il est impulsif. Après quelques mois aux études, Jocelyn s'est senti dépassé. Dans les semaines qui ont suivi, Jocelyn n'allait plus à l'école, car il manquait d'argent pour s'y rendre et il perdait peu à peu le contrôle.

C'est à cette époque que je l'ai accompagné pendant cinq heures à l'urgence. Il y était allé la veille pour voir un psychiatre, mais il n'avait pas pu attendre. Lorsqu'il est venu au bureau le lendemain matin, je lui ai dit :

- Je pense que tu as atteint ta limite. Que dirais-tu que nous y allions ensemble? Je suis prête à attendre avec toi jusqu'au bout.

- Oui, mais ils demandent un test d'urine!
- Ils demandent cela à tout le monde.

Jocelyn a accepté. Je trouvais cet accompagnement important, notamment en prévision de trouver un nouveau psychiatre, sachant que le sien prendrait sa retraite prochainement. Jocelyn était suicidaire et je voulais rencontrer la psychiatre de l'urgence pour qu'elle fasse une référence au guichet d'accès en santé mentale. C'était l'occasion de mettre de la pression sur le dossier psychiatrique. Cela a porté des fruits. Premièrement, il a obtenu un suivi pour sa toxicomanie. Deuxièmement, une porte s'est ouverte au guichet d'accès pour un suivi. Ça valait bien cinq heures d'attente! Jocelyn a été retenu 24 heures à l'hôpital sous évaluation.

Quand je l'ai revu à sa sortie de l'hôpital, il s'inquiétait de s'être fréquemment absenté de ses cours. Les absences doivent être justifiées dans le cadre d'un programme subventionné. Jocelyn avait laissé plusieurs messages à son agent d'aide sociale, mais il n'avait plus de téléphone et il se demandait comment ce dernier pourrait le rappeler. Jocelyn disait aussi qu'à l'hôpital on lui avait offert un suivi de désintoxication, mais qu'ensuite il n'avait plus eu de nouvelles. Nous avons établi un plan de match. Nous avons chacun deux tâches à faire. *« Moi, je vais appeler ton agent d'aide sociale pour qu'il me rappelle sur mon cellulaire. Deuxièmement, j'ai reçu un appel du centre de désintoxication, je vais les rappeler pour regarder avec eux quels sont les services qu'ils t'offrent et comment ils peuvent te joindre. »* De son côté, Jocelyn devait venir chercher des tickets d'autobus à mon bureau pour aller à l'école les deux prochains jours : *« Le projet ne peut pas te fournir une semaine de tickets d'autobus. Par contre, nous pouvons t'en donner pour deux jours et d'ici là nous aurons des nouvelles de ton agent d'aide sociale pour savoir si tu recevras ton prochain versement. D'autre part, s'il y a des messages de ton agent d'aide sociale, je n'irai pas te les porter chez toi. C'est toi qui appelleras l'adjointe administrative à qui je laisserai le message. »* Habituellement, Jocelyn a un téléphone et il trouve cela important, car il fait beaucoup de démarches. Mais au cours de cette période, il avait manqué d'argent et il n'avait pas pu mettre du temps dans son téléphone.

J'ai fait des démarches auprès de son agent d'aide sociale afin de justifier ses absences et de m'assurer qu'il reçoive son prochain versement, car ça l'inquiétait beaucoup: il désirait continuer ses études. J'ai laissé un message à l'agent d'aide sociale pour lui expliquer que Jocelyn avait été hospitalisé et pour demander qu'il ne soit pas retiré du programme. J'ai essayé de l'intégrer dans notre plan et de lui faire comprendre la raison des absences afin qu'il n'y ait pas une évaluation au sens strict : tant d'absences = un retrait du programme. J'ai tenté de susciter son empathie : *« C'est quelqu'un qui est combattif. Oui, il a des difficultés, oui il a manqué l'école, mais peut-on le laisser poursuivre malgré tout? Vous lui avez donné X mois pour faire son 3e secondaire et il a respecté les échéances, c'est seulement qu'il a manqué plusieurs journées. Il y a une raison médicale à ses absences, il n'a pas fait l'école buissonnière. »*

Entre temps, son psychiatre a modifié sa médication pour lui permettre une meilleure concentration. Jocelyn a dit qu'il se sentait beaucoup mieux et qu'il regrettait ne pas avoir bénéficié de ces médicaments dès le début de son retour aux études.

Tous les chemins mènent à Rome

Malgré les embûches, l'intervenante continue d'accompagner Jocelyn dans son projet de retour aux études. Alors que la subvention de l'aide sociale lui est retirée, elle va explorer avec Jocelyn d'autres chemins pour qu'il arrive à ses fins, ainsi qu'une lecture des apprentissages réalisés. Ce faisant, elle revisite également avec lui ce que signifie avoir une « vie normale ».

Jocelyn a obtenu une subvention de retour aux études. Il a eu un réajustement de sa médication. Il a essayé de compléter son 3e secondaire. La barre était haute. Il l'a lui-même mise haute. Mais pourquoi anticiper déjà un échec? Même si on entrevoit qu'il y a un risque d'échec, c'était son désir d'aller à l'école régulière. Finalement, il a dû quitter l'école, car il avait accumulé trop de journées de retard et la subvention lui a été retirée. C'était difficile pour lui, car, de son point de vue, il s'agissait encore d'un échec.

Pour ma part, je ne voyais pas cela comme un échec : il était allé à l'école pendant six mois, il avait progressé dans ses cahiers. Il n'avait échoué qu'à un seul examen. En français, ça allait bien; en mathématiques, c'était plus difficile, car ça exige beaucoup de concentration. Et tout cela, sans compter qu'il avait vécu des difficultés dans d'autres sphères de sa vie, qu'il avait des problèmes financiers. Même une personne qui est stable sur le plan de sa santé mentale, le seul fait d'être en situation de pauvreté rend difficile de faire des études. Et même quand tu n'es pas pauvre, ce n'est pas évident d'aller à l'école à temps plein. Je lui ai dit : « *Tu te souviens des difficultés que tu as eues avant même de faire ta première journée d'école? Te souviens-tu, tu avais dit : j'y vais pour essayer.* »

Mon travail avec Jocelyn consiste à lui permettre de constater par lui-même qu'il y a plusieurs chemins pour arriver à ses fins. Finalement, il s'est inscrit de sa propre initiative à un cours pour obtenir des cartes de conducteur de chariot élévateur et il s'est mis à la recherche d'un emploi pour payer les 600 \$ de frais d'inscription! Je l'ai mis en relation avec une conseillère en adaptation au travail (agente IPS) du projet Chez soi. Ensemble, ils ont fait son CV. Jocelyn a obtenu une entrevue chez un employeur. Il s'est inscrit dans une agence de placement et il a décroché un emploi saisonnier de cueillette de pommes. Il a mis de côté l'argent pour son cours. Il continue de souhaiter terminer sa 3e secondaire dans le futur. En attendant, il a obtenu ses cartes de conducteur de chariot élévateur et il occupe un emploi stable depuis un moment dans une usine. Il a réussi. Il ne travaille pas dans son domaine d'étude et il n'a pas tout à fait le salaire qu'il souhaitait, mais il y a des échelons et il pourra les monter un à la fois. Dans le cadre de ce suivi, j'aurais pu faire de nombreuses choses à la place de Jocelyn, mais en l'accompagnant, il apprenait pour la suite.

À travers le suivi, je discute également avec Jocelyn de ce qu'est une vie normale: « *C'est quoi pour toi être normal, Jocelyn? Parce que tu l'es. Tu n'es pas juste TDAH. Ça fait partie de ton être, mais tu n'es pas que cela.* » Son expérience est qu'il se sent continuellement rejeté, qu'il a un parcours tracé d'avance depuis qu'il est petit : classe spéciale pour trouble d'apprentissage, pour finir en situation d'itinérance. Pour lui, aller à l'école régulière, c'est sortir de cette trajectoire. C'est un beau défi. Il est combattif. Il a

cette belle qualité. J’entends souvent dire au sujet des personnes qui souffrent d’un trouble de personnalité limite qu’elles sabotent, qu’elles manipulent, mais il faut admettre qu’elles ont de l’énergie à revendre. Elles avancent malgré qu’elles reculent souvent, que c’est difficile et qu’elles aient beaucoup de choses à travailler. Elles se font fermer des portes à cause de leur façon de faire des demandes et d’entrer en relation avec autrui, mais elles sont très combattives. Avec cette énergie-là, beaucoup de personnes feraient un sacré bout de chemin!

Oser le rêve... et l’inconfort

L’intervenante rappelle la visée sous-jacente au travail autour du rêve des personnes. Il s’agit moins d’un objectif que d’un moteur pour mettre la personne en marche, pour qu’elle se réapproprie son projet de vie. Il y a tout un travail d’accompagnement pour déconstruire / reconstruire les différentes expériences vécues par les personnes, afin de leur faire voir les succès qu’elles contiennent. L’intervenante raconte également la tension vécue comme intervenante lorsqu’on accompagne les personnes sur un nouveau chemin, où se trouveront certainement des embûches, vraisemblablement des échecs.

Les personnes desservies par le projet se sont fait dire toute leur vie qu’elles étaient inaptes. On a toujours tracé le chemin pour eux : en psychiatrie, en prison, dans les diverses ressources. Nous n’avons pas à décider de la vie des personnes, mais au contraire, à les encourager qu’elles se mobilisent dans le sens de leurs rêves. L’approche du rétablissement consiste à mettre la personne au centre de l’intervention. Mais de quel centre s’agit-il? Faire en sorte que la personne soit mieux placée pour être la cible de tous les intervenants, de toutes les interventions? Ou plutôt qu’elle soit en mesure d’exercer son autonomie? Nous devons d’abord croire dans la capacité des personnes. Le travail des intervenants est d’aider la personne à prendre des risques, de l’accompagner dans la construction d’une meilleure estime de soi à travers l’atteinte de petits objectifs. Aider la personne à sortir de la passivité, à se croire capable, à sortir de la honte.

Dans ce suivi, ce qui a pesé dans la balance, c’est la détermination de Jocelyn. Parce qu’accompagner le rêve peut nous faire vivre un débat interne comme intervenants: « *Suis-je en train de l’accompagner vers un échec?* » Dans le cadre de ce suivi, c’est clairement Jocelyn qui portait le projet d’un retour à l’école et de l’accès au travail. C’est le cheminement qui compte. Ce qui importe, c’est que la personne se mette en marche, qu’elle ait envie de croquer dans la vie. Ainsi, on s’attarde moins à la finalité, à la possibilité ou à l’impossibilité que se réalise le rêve. Qu’importe quel est le rêve. Il sera possible de faire des pas dans cette direction, de soutenir la personne dans les gestes qu’elle pose, de lui faire vivre des succès. À travers cela, les personnes vivront un peu. Et puis, nous ne connaissons pas ce que sera le résultat : il faut oser se laisser surprendre soi-même par ce que cela pourrait donner. Notre but dans l’intervention est de laisser la nouvelle personne émerger.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d’intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

4. La dépendance : travailler l’ambivalence et faire de la réduction des méfaits. Interventions auprès de quatre individus

« Mon travail est de susciter l’ambivalence. »

— RÉSUMÉ —

Dans ce récit, la spécialiste en dépendance de l’équipe SIM raconte diverses interventions pour travailler la dépendance dans le cadre de l’approche du rétablissement et les situe par rapport aux approches classiques en toxicomanie. Au cœur de travail de la spécialiste en dépendances, il s’agira de permettre aux personnes d’explorer quelle est la fonction de la consommation dans leur vie et, dans une optique de réduction des méfaits, d’identifier avec elles comment consommer de la façon la plus sécuritaire possible.

Ce récit illustre comment, concrètement, l’équipe vise la réduction des méfaits dans le cadre d’une approche du rétablissement axée sur les forces des personnes. Il relate les suivis auprès de quatre personnes qui ont un problème de dépendance et qui ont un désir variable d’agir sur lui. Les personnes suivies dans le cadre du projet ne sont pas tenues de reconnaître un éventuel problème de consommation ni de souhaiter l’atténuer. Plusieurs stratégies seront adoptées, selon les circonstances et le profil de la personne, afin de susciter un sentiment d’ambivalence à l’égard de la consommation, d’en réduire les risques et de circonscrire sa fonction dans la vie de la personne. Au fil des différents suivis, l’intervenante identifie les pas franchis avec les personnes et en vient qu’à aborder peu à peu divers symptômes de la maladie mentale dont les personnes n’avaient jamais parlé : anxiété, phobie sociale, symptômes post-traumatiques.

L’approche de la réduction des méfaits

La spécialiste en dépendances explique quels sont les principes d’intervention qui se rapportent à l’approche de la réduction des méfaits, en la situant par rapport à d’autres approches et contextes de travail en dépendance. La consommation est ici d’abord considérée comme une façon de traverser des traumatismes.

Les Alcooliques Anonymes ont aidé de nombreuses personnes qui étaient résolues à cesser de consommer et qui avaient besoin de soutien. Cependant, l’abstinence n’est pas le seul chemin. L’approche de la réduction des méfaits s’inscrit dans la reconnaissance qu’il y a non seulement des pertes, mais également des gains liés à la consommation et que certaines personnes choisissent de continuer de consommer. C’est ce qui m’intéresse dans le travail en dépendance : ce principe d’aller chercher à l’extérieur de soi quelque chose pour surmonter la douleur. C’est aussi de voir la valeur des personnes au-delà du problème de dépendance. Je ne juge jamais ce que les personnes consomment. Qui sommes-nous pour dire que ce n’est pas la bonne façon de faire face à ses difficultés? Quand on travaille avec la réduction des méfaits, on sort de la culpabilité et cela contribue à l’honnêteté dans la relation thérapeutique. Nous cherchons le chemin le plus agréable pour accéder à une meilleure qualité

de vie et nous ne connaissons pas à l'avance la destination. Le travail est de mettre en avant la notion de choix, sans culpabiliser les personnes. La moralisation ne fonctionne pas en dépendance : les personnes connaissent les risques qu'elles courent, mais lorsque, peu à peu, le choix devient responsable et conscient, elles veulent cesser de consommer parce qu'elles utilisaient inadéquatement la consommation pour faire face à une réalité difficile.

Lorsque, en tant qu'intervenants, nous voulons faire naître un questionnement chez la personne au sujet de sa consommation, si nous n'avons rien à proposer pour susciter l'ambivalence, la personne restera sur le chemin qu'elle connaît déjà. Pourquoi arrêterait-elle de consommer si elle est à la rue et qu'elle doit se battre à tous les jours pour les quelques dollars issus de la quête? Pourquoi cesser de consommer lorsqu'il faut vivre avec ses souffrances et qu'on ne sait pas où aller? Ou bien qu'il y a des gens qui offrent de l'aide dans les ressources, mais qu'il faut aller vers eux? Avec le projet Chez soi, nous visons à faire surgir le sentiment d'ambivalence avec l'important levier que constituent l'appartement et le projet de vie. Ce que nous offrons à ces personnes pour faire pencher la balance, c'est un appartement, un suivi, des intervenants, un engagement dans leur projet de vie : elles ne sont donc pas seules dans cet engagement-là.

Explorer la fonction de la consommation

Le suivi auprès d'un homme d'une quarantaine d'années consistera à cerner avec lui la fonction de la consommation d'alcool dans sa vie. Pour ce faire, la spécialiste en dépendance aura recours à la méthode du calendrier et des « feux rouges ». Elle montre ici comment le travail autour de la dépendance permettra d'ouvrir la discussion sur des symptômes de maladie mentale qui n'avaient pas été abordés auparavant avec lui.

Paul est très anxieux. Nous n'avions cependant jamais parlé d'anxiété, tant que nous n'avions pas parlé de consommation. Paul disait : « *tout va bien, je n'ai pas besoin d'arrêter de prendre de la bière* ». Mais, à un moment donné, je me suis dit que Paul ne buvait pas une ou deux grosses bières (soit de 3 à 6 petites bières) par jour pour rien. Il cassait des choses, une table, faisait un trou dans le mur. J'ai essayé de savoir avec lui à quoi lui servait la bière. Sans même parler de consommation, j'ai commencé à lui faire remarquer certaines choses : « *Paul, tu transpires beaucoup, tu as l'air un peu anxieux.* » Puis à un moment donné, c'est sorti :

- La bière me calme.
- Es-tu disposé à ce qu'on regarde d'autres moyens que l'alcool pour te calmer? Tu continues de boire, c'est seulement pour avoir d'autres moyens dans notre coffre.
- Oui.

C'était seulement cela. Nous pouvons faire de l'éducation au sujet de sa consommation, lui dire que l'alcool porte atteinte au foie, à l'estomac, mais il est intelligent : il se sent seulement coupable, car il a l'impression de s'autodétruire consciemment. S'il n'y avait pas un côté positif à la consommation, la personne cesserait. Si elle consomme, c'est qu'elle va y puiser quelque chose de satisfaisant. Trop souvent, nous ne parlons pas de ces bénéfices-là. Nous voulons seulement montrer à quel point la

consommation est terrible. Mais du moment où la personne est en mesure de voir : « *Voici ce que m'apporte la consommation. J'ai besoin de me calmer. Je ne savais pas que j'avais ce besoin-là. Maintenant, est-ce que je pourrais répondre à ce besoin autrement?* » Il n'y a rien qui pose problème avec la bière, c'est le sens que Paul lui donne qui ne fonctionne pas.

Paul m'a dit : « *je ne savais pas que j'étais nerveux.* » Il est tellement anxieux! En discutant, nous avons pu découvrir que l'anxiété l'avait probablement mené à la rue parce que tout devenait une montagne pour lui. S'il n'a pas d'aide pour voir à ses comptes, il boit. Lorsqu'il reçoit son courrier, il se met à transpirer. Ouvrir son courrier, essayer de lire jusqu'à la fin le contenu de la lettre et comprendre tous les mots représentent un effort considérable pour lui. Il voit un chiffre, il pense que c'est une somme due, il lit très vite et il commence à paniquer, puis il ne voit plus rien, il n'arrive plus à ouvrir les autres lettres, il commence à faire du déni, et alors il va boire. Ensuite, il revient à son courrier, mais ce n'est plus une très bonne idée à ce moment-là. Désormais, chaque fois que nous le rencontrons, trois fois par semaine, nous ouvrons son courrier ensemble. Nous faisons également la liste des cinq choses les plus anxiogènes. Par la suite, nous pouvons faire quelque chose d'agréable parce qu'il se sent un peu plus détendu.

Je fais des échelles de 0 à 10 avec tous les participants pour coter à peu près tout : le moral, le goût de consommer, le bonheur, l'anxiété. Le but visé par ces échelles est que les personnes commencent à s'observer elles-mêmes, qu'elles s'approprient leurs humeurs. Nous pouvons ensuite discuter de beaucoup de choses :

- Pourquoi te cotes-tu à 7 et non pas à 2?
- Je ne suis pas à 2 parce que j'ai un appartement, parce que c'est beau, parce que tu es là, parce que j'ai vu ma sœur hier. Dans le fond, je suis peut-être à 8.
- OK, c'est intéressant! Et pourquoi pas 10?
- Parce que le soir, je vais consommer.
- Ah? Pourquoi consommer jouerait sur ton niveau de bonheur?

Cela initie une réflexion : « *pourquoi ça ne me rend pas heureux?* » Mon rôle comme intervenante est d'offrir aux personnes une occasion de réfléchir aux fonctions de la consommation sans que cela constitue une menace.

À la fin d'un mois, Paul a manqué d'argent et d'alcool; il est probablement tombé en sevrage et il est devenu suicidaire. J'avais vu beaucoup d'anxiété chez lui, mais j'avais moins vu l'aspect dépressif. Il a fait une cure de détoxification de dix jours. Je l'ai rencontré au centre de désintoxication et nous avons identifié ensemble ce que j'appelle des « feux rouges ». Il en a identifié trois: le manque d'argent, le manque d'alcool et l'arrêt de ses médicaments. Si ces trois feux rouges sont allumés, Paul ne veut plus vivre. Alors, ce qu'il faut faire en réduction des méfaits, c'est de s'assurer qu'il a de l'argent et de l'alcool jusqu'à la fin du mois et qu'il prend ses médicaments. Il sait que ce sont ses feux rouges : il ne veut pas mourir, mais il est conscient que si ces trois lumières-là s'allument, les pensées suicidaires viendront. Ce sont nos ingrédients; c'est comme une recette. Depuis sa sortie de la cure de désintoxication, Paul a un calendrier où il dresse chaque jour son budget, qu'il gère lui-même.

Paul commence à comprendre son mécanisme. Il a recommencé à consommer un peu. Ce que j'apporte vise à lui permettre de devenir plus autonome et à se connaître, afin qu'il arrive à se dire : *« Je suis très anxieux. Je pense que je devrais prendre une chose à la fois, me faire une liste et cocher. Parce que je vais boire et demain matin je vais me sentir coupable, j'aurai la gueule de bois et je ne ferai rien de ma journée. Par contre, si j'ai tout fait ce que j'avais à faire aujourd'hui, peut-être que je pourrai me permettre une bière, ce sera une récompense, et non pas quelque chose pour geler mon anxiété qui est insupportable. »* Voilà une très bonne intervention en réduction des méfaits. Ça reste une bière, mais la façon dont elle est prise est différente.

Lorsque nous avons trouvé les motifs de la consommation, l'étape suivante consiste à regarder si ça fonctionne. Je demande à Paul d'écrire sur un calendrier combien de bières il a consommées et à quel moment. Je lui demande également de coter son moral de 1 à 10. Il se rend alors compte que son moral est plus haut lorsqu'il ne consomme pas. *« Dimanche, j'ai bu deux grosses bières, mon moral était à 4. Lundi, deux grosses bières, mon moral était à 5. Mardi, une bière mon moral était à 7. Mercredi, je n'ai pas bu, mon moral était à 8.5. Ah oui! C'est vrai, je suis allé magasiner ce jour-là, je me suis acheté un nouveau poisson pour mettre dans mon aquarium. »*

C'est tellement évident! Mais s'il ne le voit pas, c'est qu'il n'est pas prêt à le voir. Selon moi, Paul pense qu'il boit pour améliorer son moral, mais ça ne fonctionne pas. J'aimerais lui proposer un exercice, pour regarder les choses autrement. C'est presque de la thérapie d'impact : *« Tu bois pour te détendre. Cote ton stress avant, puis cote ton stress après. »* Le stress ne diminuera pas. C'est la mauvaise blague de la consommation. La psychiatre a fait une belle intervention à ce propos auprès de lui : elle lui a fait remarquer que lorsqu'il boit, il pense au temps où il vivait à la rue, il ressasse sa vie passée, ça le maintient dans le passé. La consommation est souvent une résistance à aller de l'avant, une façon de reporter la vie à plus tard.

En prévention de la toxicomanie, le calendrier est très important pour garder une trace de ce qui se passe. Ça permet d'être dans la réalité telle qu'elle est maintenant et pas seulement avec ses perceptions, ses peurs, ses impressions. Les athlètes olympiques gardent les traces du temps lorsqu'ils s'entraînent; le coureur peut avoir l'impression que sa course a été plus pénible que la veille, mais en réalité il a fait le même temps. J'aime garder des traces en consommation pour prendre le pouls de ce qui se passe vraiment. Ça permet aux personnes d'amorcer une introspection.

Compter les bières pour dresser un portrait de la consommation

Le suivi auprès d'un autre homme consistera d'abord à établir avec lui le portrait de sa consommation. C'est sur cette base que la réduction des méfaits, les balances décisionnelles et l'amorce d'un projet de vie seront possibles. L'intervenante sera créative dans son intervention pour accompagner cet individu peu en contact avec lui-même et pour faire de l'éducation au sujet de sa consommation. Au fil de cette intervention sur la consommation, commenceront peu à peu à se manifester les symptômes de la maladie mentale et les possibles fonctions de la consommation dans la vie de cet homme.

Thierry, début de la quarantaine, est peu connecté avec ses émotions et il associe encore la consommation au plaisir. Il est compulsif dans ses comportements de consommation : il a beaucoup de plaisir la première semaine du mois, puis il est sévèrement malade la semaine suivante. Thierry fait ce qu'on appelle du « binging » — c'est-à-dire qu'il consomme une grande quantité d'alcool en peu de temps. Certaines personnes prennent deux grosses bières par jour, tous les jours que le Bon Dieu amène. Thierry, pour sa part, boit en grande quantité la première semaine, puis il ne boit pas une seule goutte les trois autres semaines du mois. Il n'a plus d'argent et il ne veut pas retourner à la quête. Ça, c'est son choix qui est vraiment extraordinaire.

J'ai pratiqué l'intervention auprès de Thierry sous un tout autre angle qu'avec Paul. Nous nous sommes mis à compter les bières qu'il boit. La seule chose que je lui demandais était de ne pas retourner les caisses de bière au dépanneur tant que je ne serais pas venue le voir. C'était une démarche un peu étrange, mais c'était intuitif. Nous nous sommes mis à calculer. Le premier mois, nous avons calculé 178 bières bues sur une période de cinq à sept jours. Il était un peu difficile pour Thierry de dire la période de temps sur laquelle s'était échelonnée sa consommation, parce que les journées ne comptent plus vraiment sous l'effet d'autant d'alcool. Cette fois-là, j'ai envisagé sortir de la pièce, car j'avais de la difficulté à rester neutre devant la consommation d'une telle quantité d'alcool. Ce fut un coup de massue pour lui aussi. Il n'avait jamais réalisé cela. En dépendance, souvent les gens hésitent à aller au fond des choses, à regarder le vrai portrait de leur consommation. Tant que la personne est dans le déni, dans la minimisation et dans l'objectif tellement lointain de l'abstinence, elle ne regarde pas la réalité.

Avec Thierry, nous avons vu le portrait de sa consommation et il a commencé par lui-même à faire la balance décisionnelle : *« C'est peut-être pour ça que je vomis autant. C'est peut-être pour ça que j'ai fait des convulsions l'autre jour : j'ai cessé de respirer, c'est mon colocataire qui est venu me secouer. Je me souviens, je me sentais partir. »* C'était touchant, il a constaté qu'il était en train de se tuer. C'était un enjeu de vie ou de mort.

Thierry m'a aussi dit : *« je ne veux pas arrêter de consommer, j'aime ça. »* Avant d'entrer au projet, il se piquait dans la rue et lorsqu'il a emménagé en appartement, il a choisi de changer de quartier et de cesser de se piquer. Il l'a fait par lui-même. Je n'ai jamais vu une telle détermination dans ma carrière. Après une année, il ne s'est jamais réinjecté de la drogue. Pour lui, le projet Chez soi a rendu possible l'ambivalence. Il a cessé de se piquer du jour au lendemain, choisi de garder son appartement propre, de prendre un colocataire, de faire l'épicerie, de faire des promenades à pied, d'écouter la télévision, d'avoir un téléphone, de ne plus quêter. Thierry voulait revoir ses enfants. Son fils sort des centres jeunesse de manière graduelle. Nous avons fait un plan pour lui permettre de l'aider à chercher un appartement. Pour qu'il puisse donner à son fils ce que lui a reçu.

Nous avons commencé à faire de la réduction des méfaits liés à sa consommation. Lorsque Thierry boit, il ne nous laisse pas entrer chez lui. Mais pour pouvoir regarder avec lui quelles étaient ses habitudes, il a promis de m'ouvrir la porte à deux étapes différentes de sa semaine de consommation : au début de la semaine et quelques jours plus tard, après avoir consommé 150 bières. Thierry s'est un peu ouvert, il

m'a laissé entrer dans un moment peu reluisant de sa vie. Il n'aurait pas été possible de faire cela sans un bon lien de confiance. Il m'a donné accès à son intimité et ce fut déterminant dans le suivi au regard de la réduction des méfaits. Lors de ma visite au cours de la seconde étape de sa semaine de consommation, il était très intoxiqué et il m'a dit : « *Là ça ne va plus. Aide-moi maintenant, je ne suis plus bien. Qu'est-ce que je fais?* » J'ai fait appel à la collaboration de son colocataire qui ne boit pas et qui regarde Thierry déraiser pendant une semaine tous les mois. Je me suis rendu compte que Thierry ne mangeait pas du tout pendant cette semaine de consommation et qu'il ne prenait pas non plus ses médicaments. Alors, nous avons commencé à intégrer des petits repas, mais Thierry n'aimait pas ça parce que, quand il mangeait un peu, il n'avait plus soif. Je suis restée chez lui près de trois heures.

- Prendrais-tu une toast Thierry?
- Non, ça ne me tente pas, je vais prendre de la bière.
- Non. Toast.
- OK, toast.
- On va boire de l'eau.

J'ai seulement fait de l'éducation. Et j'ai montré en même temps à son colocataire comment l'inciter à prendre soin de lui. Je lui ai demandé s'il trouvait que c'était une trop grosse responsabilité. Il a dit : « *non, c'est plein de bon sens* ». Le lendemain, l'objectif était que Thierry prenne un repas. Il m'a appelée pour me dire qu'il avait mangé un hamburger. OK, super.

Nous avons ensuite fait un plan de diminution de sa consommation de bière. J'ai pris des bières et je les ai mises dans des sacs : le sac du mardi, le sac du mercredi, le sac du jeudi et j'ai diminué le nombre de bières : 24, 18, 12, 12, 8, 8, 4. Thierry pouvait troquer plus ou moins deux bières d'une journée à l'autre. J'ai fait aussi de l'éducation. Dans la réduction des méfaits, quand quelqu'un manifeste de l'ambivalence, nous faisons beaucoup d'éducation pour faire pencher la balance de l'autre côté : je lui ai expliqué quels étaient les risques de coma éthylique, les risques pour le foie, pour la mémoire. L'objectif de Thierry dans tout cela était de retourner au travail dans quatre mois et que sa consommation soit tel qu'il n'ait pas à manquer des jours de travail.

Après quelques mois, il prend 90 consommations au cours de la première semaine. C'est encore beaucoup, mais il a diminué de moitié. Thierry mange désormais deux repas par jour chaque jour. Si son sevrage durait auparavant six jours, maintenant il ne dure que deux jours et il n'est plus à risque de mourir. Son énergie revient plus rapidement. Il a commencé à faire des activités et des démarches pour ses cartes d'identité, chose qu'il remettait à plus tard depuis des mois. Ce qui se passait avec Thierry, c'était que son foie était en pleine digestion, que son corps se rétablissait.

En suscitant l'ambivalence et la réduction des méfaits, par l'intermédiaire de l'entretien motivationnel, Thierry a réalisé que la paix de l'esprit d'avoir payé ses comptes était plus importante pour lui que la consommation. Il a dit, « *c'est important pour moi; quand les comptes s'accumulent, je suis trop nerveux et je pense à retourner dans la rue.* » Il en va ainsi pour beaucoup de participants. C'est en décortiquant ce qui se passe réellement que la personne a ensuite du pouvoir sur sa situation et qu'il est possible de faire un plan de réduction des méfaits.

Nous avons fait un calendrier, dans lequel sont prévus des repas et qui inclut une diminution de la consommation. De plus, nous fonctionnons maintenant avec un budget. Il établit le montant qu'il a pour consommer au cours du mois et nous répartissons ensemble les consommations dans le calendrier. Après quelques mois d'utilisation du calendrier, Thierry m'a dit: « *Je n'ai pas beaucoup d'argent pour le premier août.* » Il me dit cela comme si je l'incitais à boire!

- D'accord. Tu as combien pour boire ce mois-ci?
- Pas grand-chose, parce que je veux m'acheter un vélo, c'est important. Et il faut que je me rachète un téléphone sans fil. C'est fatigant parler à mes enfants debout à côté de la table.
- C'est sûr. Tu as l'intention d'appeler tes enfants souvent, Thierry?
- Oui. Je vais les inviter à souper.

Il ne se rend pas compte! Lorsque la personne reprend du pouvoir sur sa vie, tout devient possible. La personne prend la vague et elle oublie complètement qu'elle ne savait pas nager avant! La consommation de Thierry s'étale désormais sur trois jours. Nous avons encore quatre mois devant nous, que nous envisageons comme quatre épisodes de consommation, pour arriver à notre objectif qui est de rechercher un emploi en décembre. Avec Thierry, où va-t-on? Il souhaite travailler. Mais est-ce qu'il veut travailler à temps partiel et prendre congé au début du mois? Je ne sais pas. Mais je sais qu'il est en train de s'approprier sa vie, elle n'est plus contrôlée par sa consommation.

En enlevant l'emprise de la consommation, les personnes se reconnectent à elles-mêmes. Le vrai jeu commence quand les personnes accordent moins de poids à leur consommation et qu'elles regardent leur projet de vie. Vouloir travailler, recevoir ses enfants à la maison, avoir une copine un jour, tout cela devient possible. À ce moment-là, elles constatent qu'il y a un petit écart entre la réalité et leurs désirs et elles se sentent partir vers une destination inconnue. Pour Thierry, c'est à ce moment-là dans l'intervention que les symptômes de la maladie mentale sont réapparus. Il n'en avait jamais parlé auparavant. Nous sommes peu à peu en train de découvrir que, derrière cet alcool, Thierry a probablement une phobie sociale. Il est dans le projet Chez soi, mais nous n'avons jamais su son diagnostic. En diminuant la consommation, il y a quelque chose qui remonte à la surface : il y a un peu de paranoïa, quelques phobies – phobie d'être dans le métro, d'être en public, phobie d'avoir mal agi. Thierry est un très bel homme et il est charmant. Le voir chez lui au début de sa semaine de consommation m'a permis de comprendre pourquoi il buvait : il retrouve une confiance en lui, il est capable d'aller vers les filles, il est drôle, il aime tout le monde, la vie est belle. Je comprends que quelqu'un comme Thierry qui est tellement renfermé aime consommer. Au début, le premier du mois il recevait son chèque et il allait au bar.

- Comment se fait-il que tu prennes le métro seulement au début du mois?
- Parce que je suis saoul.
- Et pourquoi ne le prends-tu pas le reste du mois?
- Je n'aime pas tellement prendre le métro, ni aller au bar si je ne suis pas saoul, j'étouffe.
- Hein? Le premier du mois, tu es dans la foule et tu dances. Tu es entouré de gens.
- Mais, je suis saoul.

- OK.

C'est ce que nous travaillerons prochainement. Bientôt, nous allons arriver au cœur de ses problèmes de santé mentale.

En attendant l'ambivalence, faire de la réduction des méfaits

Dans le suivi auprès de certaines personnes, il se passera beaucoup de temps avant que l'intervenant soit en mesure de susciter l'ambivalence. Son rôle consistera alors à miser sur la réduction des méfaits, en accompagnant la personne dans son choix de continuer à consommer, tout en veillant à en limiter les dangers.

Olivier boit beaucoup d'alcool, combiné à des médicaments achetés sur le marché noir. Il était régulièrement hospitalisé pour coma éthylique à son entrée au projet. À une occasion, il est même tombé tête première dans nos locaux, car il était très intoxiqué et nous avons appelé les ambulanciers. Par la suite, nous avons fait une belle intervention de réduction des méfaits avec les infirmières et la psychiatre de l'équipe. Nous avons regardé avec lui quelles étaient les substances les moins dangereuses lorsqu'elles sont combinées à l'alcool et nous avons fait de l'éducation : la cocaïne est déjà mieux que des Benzodiazépines, le mélange des Ativan et de l'alcool mène au coma. Olivier a été très réceptif à cette proposition.

Nous avons ensuite intensifié le travail de réduction des méfaits. Nous lui avons dit que nous craignons qu'il quitte les bureaux avec ses médicaments et qu'il les surconsomme. Nous lui avons proposé de diminuer les doses, mais Olivier n'a pas voulu :

- Non, je ne veux pas que vous diminuiez les médicaments, ça m'aide à dormir, à fonctionner, c'est important pour moi.
- Mais Olivier, que proposes-tu?
- Je vais la prendre devant vous.

C'est de la belle réduction des méfaits. Désormais, Olivier vient chaque matin chercher ses médicaments, nous lui offrons une barre tendre et un jus d'orange et il prend ses médicaments devant nous. Ainsi, nous nous assurons qu'il a quelque chose dans le ventre et que ses médicaments font effet. Il vient tous les jours. Auparavant, il vendait ses médicaments ou il les accumulait et les surconsommait avec de l'alcool; c'était très dangereux pour sa vie. Nous avons également convenu avec Olivier que lorsqu'il serait intoxiqué à l'alcool, nous ne lui donnerions que la moitié de la dose prescrite. Depuis, il n'est plus jamais arrivé qu'il ait pris de l'alcool avant de venir chercher ses médicaments et, depuis plusieurs mois, Olivier n'a pas été hospitalisé pour coma éthylique. Auparavant, c'était une fois par mois.

Alors, nous avons fait cela avec lui. Entre temps, il est retourné à la rue. Il a perdu beaucoup de poids. Il est intoxiqué, mais il est là, il est de bonne humeur, il continue de venir au bureau quotidiennement. Avec Olivier, je n'arrive pas à semer le doute, à susciter une ambivalence à l'égard de sa consommation. Parfois, il faut travailler sur soi comme intervenant, parce que la personne ne désire pas arrêter. Et c'est

nous qui avons du mal à vivre avec l'impuissance à les voir ainsi s'intoxiquer. Nous sommes au tout début de l'intervention au sujet de la consommation avec Olivier bien qu'il soit au projet depuis plus d'une année. Je le vois désormais chaque semaine, ne serait-ce que cinq minutes. Nous tentons d'abord de voir avec lui ce qu'il consomme, car nous ne le savons pas. Ce sont de petits pas.

De la réduction des méfaits au projet de vie

L'intervenante raconte, en conclusion de ce récit, l'accompagnement d'une jeune femme qui a eu un problème de toxicomanie et qui a fait le choix de l'abstinence. Lorsque l'ambivalence fait place au projet de vie, ce sont des outils tels que le plan de gestion de crise et le plan de rechute qui sont utilisés dans l'intervention.

Lorsque nous parlons de projet de vie, nous reconnectons les personnes avec qui elles sont vraiment. Ils ont longtemps gelé leurs émotions et il est affolant d'y faire face à nouveau. La consommation avait jusque-là permis de remettre à plus tard ses rêves, sa vie. Juliane a été dans la rue entre deux conteneurs pendant au moins sept ans : le travail du sexe, une grossesse, des horreurs, de la drogue injectable, de la délinquance, de la prison. Elle a 28 ans. Elle ne sait pas qui elle est, ce qu'elle veut. Dans son cas, non seulement l'ambivalence est là, elle a choisi l'autre chemin. « *Je fais le choix d'être abstinent parce que ce n'est pas cohérent avec ce que je veux dans ma vie. J'ai un amoureux...* » Elle a goûté à la violence qu'elle se faisait. Désormais, elle prend de la méthadone, elle vit en appartement, qu'elle a bien décoré, elle cuisine. Son plan de rétablissement est de se reconnecter avec qui elle est. C'est là que le vrai travail commence.

La croisée des chemins est très anxiogène. Juliane le dit : « *Je ne sais pas comment être avec moi. Je ne sais pas comment je ferai pour gérer ma vie à jeun. Pour moi, c'est insupportable.* » Elle m'a montré ce qui est à la source du malaise de la consommation : « *J'ai peur d'être connectée avec moi parce que tellement de souffrances vont ressortir.* » L'inceste, les mauvais traitements, tellement de traumatismes vont remonter ! Comme intervenante, j'entends cela. Nous avons commencé à apprivoiser un peu ces situations qui éveillent des traumatismes. Il s'agit de regarder quelles sont les situations pour que nous soyons en mesure de faire un plan de crise. Juliane a un problème de bipolarité que nous sommes en train de stabiliser, bien que ce soit difficile avec la consommation. Nous avons commencé à explorer des stratégies de communication avec son conjoint. Comment exprimer que ça va moins bien? À quoi puis-je me raccrocher? Quels sont les moyens que je pourrais prendre pour aller respirer? Il s'agit de commencer à s'accueillir dans ces moments-là, à s'apprivoiser. Juliane prend soin de son apparence physique, ça lui permet de se s'ancrer. Elle peut également nous appeler n'importe quand. Dans l'intensité du suivi et dans la prévention de la rechute, le téléavertisseur est un outil extraordinaire. La personne a accès immédiatement à un intervenant qui peut l'écouter.

Quand la personne a vraiment fait un choix de vie, nous pouvons travailler sur la rechute; nous ne sommes plus tellement dans la réduction des méfaits. Juliane sait que lorsqu'elle rechute, c'est qu'il y a des choses en elle qui sont trop difficiles à vivre. Souvent, les personnes ont une résistance à parler d'un plan de rechute, parce qu'elles ne veulent pas rechuter. C'est comme si elles disaient : « *ne me laisse pas*

là à la croisée des chemins ». Je sais que ce que je propose est inconfortable, parce qu'il faut parler des deux chemins. C'est ça la réduction des méfaits. Les personnes ont peur de l'ambivalence, elles ne veulent pas entrer dans cette zone-là. Je vois deux routes, à l'intersection de laquelle se trouve le projet Chez soi. La route sur laquelle les personnes étaient engagées et la route d'une vie qu'elles ne connaissent pas. Lorsque je prends cette nouvelle route avec elles, je ne sais pas où je vais, car ce sont elles qui disent où l'on va. Je ne suis pas celle qui est là-haut dans l'abstinence et qui dit quoi faire. Je suis en bas avec elles et je ne sais pas où nous allons, mais nous sommes ensemble dans cette aventure.

Il y a un travail à faire sur soi comme intervenant pour accepter l'impuissance et pour dédramatiser la toxicomanie. Les gens que nous accompagnons ne sont pas nécessairement au projet, car ils souhaitent modifier leur consommation. Nous n'avons pas une vision prônant l'abstinence dans l'équipe. Nous n'avons pas non plus le vocabulaire de la toxicomanie. La consommation est d'abord comprise comme le moyen qu'adopte une personne à un moment de sa vie pour survivre. Et nous l'accompagnons là-dedans. Ça demande beaucoup de nuances et de flexibilité.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

5. Une histoire de futon : prendre la parole au sérieux à travers le délire et saisir la balle au bond.

« Ne pas créer de précédent, qu'est-ce que ça veut dire?
Que nous devons continuer de reproduire ce qui ne fonctionne pas? »

— RÉSUMÉ —

Ce récit raconte une intervention auprès d'une femme souffrant de schizophrénie, très habitée par ses symptômes. Elle refuse tout médicament, exprime beaucoup de colère et souffre de problèmes de sommeil. L'objectif sera d'explorer avec elle les solutions pour aller vers un mieux-être. Lors d'une rencontre, elle signale qu'un futon pourrait lui permettre de mieux dormir. Ce futon prend tout son sens par rapport à une histoire de vie où le matelas et la chambre sont associés à des expériences difficiles. Pour l'intervenant, il s'agit de prendre la parole au sérieux dans un contexte où la communication se caractérise surtout par les hauts et les bas dus au délire, par des interruptions et des reprises du lien de confiance dans l'intervention. L'achat de ce futon deviendra un projet s'échelonnant sur plusieurs semaines et favorisera une continuité ancrée dans des gestes concrets, des gestes « ordinaires », avec tout ce que cela implique pour une personne méfiante qui a longtemps vécu à la rue. Ce petit pas que constitue l'achat d'un futon bousculera à la fois les procédures courantes du projet Chez soi et nécessitera de favoriser l'accueil d'une personne délirante dans divers lieux de la société.

En filigrane du récit, il y a le travail fait par l'intervenant pour réparer les relations d'exclusion qu'a vécues la participante dans son parcours de vie. Il contribue à renverser la vapeur, d'une part, en s'inscrivant dans une relation d'intervention fondée sur le respect et l'absence de contrainte et, d'autre part, en sensibilisant divers acteurs au statut de citoyenne de cette dame. L'intervention repose sur l'écoute de ce que vit cette personne et accorde de la crédibilité à sa parole, à son expérience. De l'accompagner aussi dans le processus de deuil de la vie à la rue, où l'appartement suppose plusieurs nouvelles contraintes. Il s'agit de l'accompagner dans une solution qu'elle a évoquée elle-même et que l'intervenant saisira comme un levier de travail. Ce ne sera pas la fin de l'histoire. Le futon ne règlera probablement pas tout, ou même ne règlera rien du tout, mais on aura fait un bout de chemin. On aura cru en elle et marché à ses côtés. Dans tous les cas, le geste est positif. Il s'agit de l'accompagner dans ses gestes du quotidien. Tout simplement.

Portrait d'une femme méfiante, en réaction à l'endroit des services traditionnels

Vivant à la rue depuis plusieurs années, Martine, une femme de 45 ans ayant un diagnostic de schizophrénie, est méfiante à l'égard des services de santé et des services sociaux. Elle a eu quelques expériences en logement où elle a senti que son espace privé n'était pas respecté, expériences qui se sont soldées par un retour à la rue. Sa situation se caractérise par une présence assez importante de délires qui souvent hypothèquent sa capacité à entrer en relation avec autrui et à se sentir bien. Parallèlement à ces difficultés, l'intervenant note ses forces : sa fierté, son courage, sa très grande résilience et sa capacité à voir les injustices.

Le suivi auprès de Martine, c'est beaucoup d'écoute et le respect de son ambivalence. L'équipe n'a jamais cru qu'un logement était la solution à tout. Dans la rue, elle couchait dans une boîte en carton. Elle ne fréquentait pas vraiment les ressources pour femmes en situation d'itinérance. Avec son vécu de victimisation, elle tend beaucoup à s'isoler, elle est très méfiante. Il y a aussi chez elle une composante agressive. Elle est très chargée, très en colère.

Elle vit avec la schizophrénie et refuse tout médicament depuis de nombreuses années. Martine refuse de fréquenter les services traditionnels. Cela est en partie lié à ses délires, aux symptômes qu'elle vit. Elle sent que les gens s'approprient des choses qui lui appartiennent. Cela est en lien avec les incestes dont elle a été victime et qui l'amène à se tenir éloignée des ressources, des services réguliers. Par ailleurs, elle a des qualités incroyables; elle est très résiliente, elle a beaucoup de courage et une capacité à voir l'injustice et à la dénoncer, une force à mobiliser des gens aussi. À certains moments, elle était en première ligne des mobilisations. C'est une personne fière et qui s'est débrouillée jusqu'à ce jour.

Martine ne prend pas de médicaments, mais elle voit un psychiatre depuis plusieurs années. Quand on lui demande pour quelle raison elle voit un psychiatre, ce que ça lui apporte et comment il se fait qu'elle le voit — puisqu'elle ne voit pas d'autre intervenant —, elle répond qu'il ne tente pas de lui imposer de prendre des médicaments. Alors, on comprend que l'absence de contraintes favorise quelque chose, que c'est une manière de s'approcher d'elle et de travailler avec elle. Cette proximité est peut-être ce qui est le plus important, encore plus que notre vision de ce qui pourrait être le mieux pour elle. À force de côtoyer des personnes significatives qui vont bien la traiter, qui vont respecter ses choix, ses décisions, même si les intervenants ne sont pas convaincus que ce sont les meilleurs, elle en viendra peut-être à se reconsidérer elle-même comme ayant de la valeur.

Le défi de vivre en logement

Pour l'intervenant, les visites à domicile fournissent des informations intéressantes pour saisir la manière dont la personne habite son appartement. Dans le cas présent, les réticences de la participante sont fortes et le regard de l'intervenant est au départ perçu comme intrusif. Curieusement, l'espace privé en observation est perçu plus contraignant que l'anonymat de la rue. Être « chez soi » est l'aboutissement d'un long travail qui se manifeste par plusieurs actions qui, a priori, pourraient sembler banales.

Je rencontrais Martine à chaque semaine, toujours très habitée par ses symptômes. À certains moments, ça n'allait vraiment pas bien. Elle se berçait constamment, portait de nombreuses couches de vêtements et avait les yeux gonflés par le manque de sommeil. Ses délires sont amplifiés dans le contexte de l'appartement. Sans ennoblir la vie à la rue, j'ai l'impression que pour Martine, être dans la rue avait un sens. Dans ce mode de vie à l'extérieur, elle ne se sentait pas étouffée. Tout ça est lié aux sévices qu'elle a vécus, aux intrusions que les gens ont faites dans sa vie, au manque de limites et de frontières claires.

Au début du suivi, elle exprimait de la réticence: « *Je n'aime pas tellement l'idée d'un suivi une fois par semaine chez moi. C'est mon intimité, c'est privé, si c'est pour être ça, je ne suis pas certaine que je ne resterai pas à la rue.* » Elle craignait d'être envahie, que son espace privé ne soit pas respecté comme elle l'a souvent vécu dans ses expériences antérieures en logement. Alors, je n'ai rien brusqué, je faisais confiance à sa capacité à bien entretenir son logement. Ça pouvait prendre la forme suivante : je jetais un coup d'œil dans son appartement quand la porte était entrebâillée puis nous allions ailleurs pour la suite de la rencontre. Je suis allé assez peu dans son logement, mais j'en avais de petits aperçus.

Je constate qu'elle est en train de s'approprier son logement. Les changements sont subtils, par exemple deux petites bougies qu'elle a déposées sur la table. Pour certains participants, c'est plus long : ils reçoivent les meubles offerts par le projet et, pendant longtemps, les lieux ont l'air loués, comme s'ils n'y habitaient pas vraiment. Parfois, l'appropriation commence par de petits objets, malgré la difficulté à gérer un budget très limité, pour se nourrir et payer le loyer, comme, par exemple, l'achat de petits chandeliers. Cela parle du désir de Martine d'être mieux chez elle. Des petits papiers collés sur le mur. Ça commence comme ça. Ce sont des choses qui me rassurent. Je pense au moment où Martine m'a dit : « *J'ai vu quelque chose proche de chez nous* », puis elle s'est étonnée elle-même en s'entendant dire cela! « *Je n'aurais jamais cru que je pourrais dire ça un jour.* » J'ai alors compris qu'il y avait un début de sentiment d'être chez elle, un sentiment d'appartenance à un lieu auquel elle s'identifie.

Le projet du futon

Le lent travail d'appropriation de l'espace et de construction de soi se concrétise dans le cadre de ce suivi notamment par le projet d'acquisition d'un futon. L'intervenant saisit cette opportunité qu'il peut directement associer à une action et à un mieux-être. Il faudra travailler à obtenir une autorisation spéciale dans le cadre du projet pour en défrayer les coûts. Il s'agit d'appuyer une idée évoquée par la participante en accompagnant cette dernière à la mettre en œuvre, en prenant le temps de décortiquer le projet du futon en étapes réalisables.

Parfois, être en logement exacerbe la souffrance; les symptômes peuvent être accentués. J'ai exploré avec Martine comment elle peut prendre soin d'elle, répondre à ses besoins. Non pas en la contraignant à prendre un médicament, mais avec des choses simples, comme en réfléchissant avec elle sur la qualité de son sommeil. J'ai appris qu'elle ne dormait pas dans son lit. Pendant ses premiers mois en logement, elle avait dormi sur son divan deux places. Elle évoque de très mauvais souvenirs associés aux matelas et à la chambre, ayant été victime de sévices sexuels. En fait, lorsqu'elle dort dans un lit, elle revoit le visage de la personne qui l'a agressée. J'ai cherché avec elle s'il y avait eu des moments où elle avait mieux dormi. Elle a répondu qu'elle avait déjà dormi sur un futon. Alors, je lui ai dit : « *Qu'est-ce que tu dirais, je ne veux pas te laisser de fausses illusions, mais si on explorait que tu reçoives un futon dans le cadre du projet?* » Mon idée était de miser sur le fait que le futon semble moins menaçant.

J'ai expliqué à Martine que nous n'avions pas la certitude que ça fonctionnerait. Ce n'est pas tant le résultat qui compte, que le processus qui y mène. Il faut que la personne sente qu'on est ouvert à prendre des risques, à essayer des choses différentes.

Je lui ai dit qu'on verrait ce que nous pouvions faire, mais que nous ne sommes pas le père Noël. L'objectif était aussi de l'impliquer dans cette démarche d'acquisition du futon. Elle s'est dite disposée à assumer une partie des frais. Je trouvais intéressant qu'elle exprime son désir d'assumer une partie du coût de l'achat, alors que ce n'est pas facile pour elle financièrement. Vivre en appartement coûte cher et elle semble parfois vivre cela comme une perte lorsqu'elle se rappelle sa vie à la rue. À cette époque, elle pouvait aller au McDo. Ce n'est pas grand-chose, une sortie au McDo, mais pour elle c'était précieux. Et maintenant qu'elle est en logement, il ne lui reste presque plus rien pour y aller.

Pour réaliser ce projet, il a aussi fallu travailler à faire accepter cette demande atypique qu'est l'achat d'un futon. Des démarches ont été faites pour que le projet débourse une partie du prix d'achat. Ça n'allait pas de soi. Il a fallu justifier cet achat comme un levier d'intervention en vue du rétablissement de la personne. La première réponse fut qu'il était préférable de ne pas créer de précédent et que le projet ne pouvait pas déboursier le prix d'une partie du futon. L'équipe ne s'est pas arrêtée à ce refus, on en a discuté. La superviseuse clinique a interpellé la responsable du projet afin de lui expliquer les raisons cliniques de l'achat du futon. Ainsi, une partie des frais d'achat a pu être assumée par le projet; une contribution qui allait même un peu au-delà de nos attentes.

Accompagner l'achat du futon... étape par étape

L'équipe avait donc le feu vert pour procéder à l'achat du futon. Mais il a ensuite fallu attendre que la participante soit également prête à aller de l'avant avec ce projet. Martine était très délirante au moment où l'intervenant va lui apprendre la nouvelle. Lorsque l'équipe discute de cette situation en rencontre hebdomadaire, une réflexion émerge au sujet du sentiment d'impuissance des intervenants à l'égard des personnes très délirantes. Le suivi demande parfois d'accepter que la personne qui délire ait seulement besoin de la présence de l'intervenant, et que ce ne soit pas le moment de tenter de l'ancrer dans la réalité. On se fait la réflexion qu'il est possible que, pour la personne malade, il soit déjà précieux qu'une personne accepte de demeurer auprès d'elle malgré le délire. La suite de l'accompagnement de Martine nécessitera de respecter son rythme pour cheminer dans ce projet qui mettra plusieurs semaines à se concrétiser.

Nous avons l'autorisation de procéder à l'achat du futon, mais l'accompagnement a été reporté à plusieurs reprises parce que Martine était très délirante. Le jour où je lui ai fait part de la réponse positive du projet, Martine était très souffrante, les délires prenaient toute la place. Elle était très envahie par ses voix, la bonne nouvelle a donc été reléguée au second plan, et cela m'a déçu. Il peut être difficile d'aller constamment dans l'irrationalité de Martine, difficile d'entrer en relation avec elle. Il y a souvent peu de place dans ce suivi pour que je joue mon rôle d'intervenant, avec mes outils, mon écoute, dans la mesure où il y a peu d'ouverture de sa part. Ça me demande de me décentrer de moi et d'avoir beaucoup d'humilité au regard de ce que je peux lui apporter.

Il y a eu ensuite une première séance de magasinage afin de voir les futons en vente sur le marché. Puis, Martine a manqué les quelques rendez-vous suivants qui avaient pour objectifs de procéder à l'achat. Il

aura fallu trois rencontres avant que nous allions acheter le futon. Nous nous demandions si elle y croyait plus ou moins. En même temps, il apparaissait clairement qu'elle n'était pas là pour obtenir des choses. Parfois, des personnes qui ont manqué de tout ont tendance à accaparer les choses; ce n'était assurément pas le cas avec Martine.

Comme l'illustre l'histoire du futon, prendre la parole au sérieux, c'est d'abord écouter, saisir une opportunité pour ensuite accompagner la personne dans une activité. Le chemin à parcourir compte davantage que le résultat. Et sur ce chemin, une partie du travail se fera grâce à la rencontre de commerçants, de professionnels qui sauront mettre de côté les manières habituelles de faire. Le rôle d'accompagnement est ici essentiel pour déconstruire les attitudes de rejet et d'exclusion. Ça demandera aux membres de l'équipe de sortir du cadre, d'oser se mouiller comme intervenants.

Finalement, elle est venue au rendez-vous. Le directeur de l'organisme nous a accompagnés, un samedi, en dehors de ses heures de travail, il va sans dire. Nous sommes allés magasiner. Elle était encore très délirante et très réactive, et nous avons pris le temps d'aller marcher. Dans ces moments-là, nous sommes plutôt silencieux, nous restons avec elle, nous ne brusquons rien. Quand la personne délire, la chose à faire c'est d'être présent, tout simplement. Éventuellement on peut proposer de remettre la démarche ou la rencontre à une autre fois. Parfois la personne va souhaiter poursuivre, tout en continuant à délirer. Martine souhaitait aller acheter le futon. Alors, nous y sommes allés et la manière dont elle s'adressait au vendeur était un peu loufoque. Elle n'a pas de filtre, elle s'est mise à parler de ses agressions sexuelles au vendeur, de ses voix; à un moment donné elle disait à voix haute : « *Ce n'est pas normal que telle personne pense que je suis une autre personne* ». Et le vendeur qui embarque un petit peu et qui dit : « *Ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, on pourrait en débattre* ». Je trouvais intéressant qu'il ait cette ouverture d'esprit. C'est certain qu'il voyait que Martine se débattait avec quelque chose de très gros. Par la force des choses, il a dû sortir de son rôle plus traditionnel de vendeur. Quand une personne délirante entre, le réflexe est probablement de lui demander de sortir ou encore de la suivre partout dans le magasin et de ne pas bien répondre à ses questions. Lui a été très accueillant. Dans un accompagnement, on amène les gens à mieux comprendre, à être plus sensibilisés. Nous travaillons aussi au niveau de l'entourage. Les gens voient qu'on est là, qu'on accompagne la personne dans l'achat du futon et qu'on ne s'en fait pas, qu'on n'a pas peur d'elle.

Je suis témoin des drôles de regards que les autres peuvent porter sur Martine : des regards qui excluent, qui méprisent parfois. Je l'ai senti avec plusieurs participants qui ont un profil d'itinérance, qui ont l'air de personnes qui viennent de la rue.

Favoriser l'accueil en société

Divers autres accompagnements dans des gestes ordinaires de citoyens ont été posés par l'intervenant. Il discute de l'importance de l'accompagnement pour ouvrir des portes et favoriser l'accueil d'une personne délirante dans divers lieux de la société.

Martine voulait ouvrir un compte de banque, avec des chèques personnalisés avec son nom et l'image d'un voilier en arrière-plan. En même temps, cette demande venait avec la crainte que la banque utilise la technologie pour faire intrusion dans sa vie puisqu'elle affirme avoir été victime de fraude. Nous sommes allés à la banque, Martine m'a autorisée à d'abord parler un peu du projet sans aller trop dans le détail. L'accueil qu'on a eu par le conseiller financier a été très positif. Il l'a traitée avec la même considération que si c'était Guy Laliberté qui venait ouvrir un compte! « *N'hésitez pas, Madame, à nous appeler si vous avez des questions.* » Et Martine qui répond : « *lâche-moi la Madame!* » Elle est très directe! Ce fut un beau moment. Probablement qu'il a perçu que c'était une personne très malade. L'accompagner a permis d'atténuer ses craintes et de s'engager dans l'action : elle a ouvert le compte et elle a eu ses chèques.

Martine est très habitée par ses symptômes, et j'ai toujours une petite crainte quant à la façon dont les interactions vont se dérouler. À la banque, lors d'une visite ultérieure, la caissière lui a demandé si elle connaissait la signification de son nom de famille. « *Ça veut dire folie.* » Sur le coup, je me suis demandé comment elle allait réagir. Martine a tourné ça à la blague. Il y a parfois des situations qui suscitent des craintes en moi, mais il arrive que Martine prenne les choses avec humour et légèreté.

« Parler psychotique »

Prendre la parole au sérieux est essentiel pour accompagner la personne dans une perspective de rétablissement. Et la prendre au sérieux, c'est d'abord simplement considérer qu'elle existe et qu'il y a une prise de parole qui mérite considération, même si a priori on peut l'interpréter uniquement comme un symptôme d'incohérence et de désorganisation. À partir de cette prise en compte de la parole peut s'installer une complicité, un lien de confiance et de respect.

On n'a pas automatiquement accès à une personne qui est très délirante. C'est à force d'explorer avec elle et de l'entendre nous parler de ses expériences antérieures et de ses aspirations que cela peut advenir. Des attitudes susceptibles d'aider la personne consistent à explorer les solutions avec elle, à ne pas la définir de l'extérieur, mais plutôt à lui donner l'espace pour s'exprimer et pour raconter qui elle est. Il faut prendre la personne où elle est. C'est Martine qui a soulevé par hasard la question du futon, et qu'elle avait déjà réussi à dormir sur un futon à une autre époque. Elle-même a fait le lien avec les sévices qu'elle avait vécu. Au début, elle dormait dans le salon. La chambre aussi est marquée par ce traumatisme.

Il ne faut pas sauter trop hâtivement à la conclusion que ce que dit la personne, ce n'est que du délire. Souvent, il y a un sens. Avec Martine, il faut accepter de « parler psychotique », accepter d'aller dans l'irrationnel avec elle, ne pas en avoir peur sinon nous ne pourrions pas l'aider. Il ne s'agit pas non plus d'alimenter son délire, ni de l'inciter à utiliser les rencontres seulement pour délirer. Il s'agit de garder en tête que la personne se comporte d'une telle façon parce que cela a du sens pour elle et qu'il y a des gains pour elle. Il faut donc être prudent, ne pas rentrer dans le délire avec un bulldozer. Il faut prendre le temps d'explorer avec la personne quel sens elle lui donne. Avec Martine, le fait qu'elle était à la rue,

ça parle d'un besoin d'espace ouvert, de ne pas se sentir étouffée. Quand on regarde ça dans cette perspective, on a une tout autre vision.

Pour le moment, c'est une petite victoire, on constate qu'elle dort sur son futon, de plus en plus souvent. Compte tenu de ses difficultés, le chemin qu'a fait Martine depuis son entrée en appartement, c'est de l'ordre du miracle.

En guise d'épilogue... les prochaines étapes

Ce même travail d'écoute de la souffrance de Martine et d'accompagnement dans les moyens qu'elle préconise pour aller vers un mieux-être, l'intervenant se propose de le renouveler dans le cadre d'une recherche d'emploi où, à nouveau, il aura le rôle d'intermédiaire pour sensibiliser des employeurs à la réalité de la participante. L'équipe lui offrira également un punching bag en guise d'exutoire. Autant de démarches pour reconnaître la souffrance de la personne et qui témoignent de la créativité d'une équipe dans la recherche de solutions de remplacement.

Nous savons que Martine a eu des emplois où elle était souvent en réaction contre l'autorité. Elle ressent beaucoup de colère. Elle dit parfois: « *on croit les autres et moi je ne suis qu'une folle.* » Elle perçoit beaucoup les injustices, elle a une belle intuition, une belle sensibilité, ce qui entraîne aussi beaucoup d'émotivité, de réactions. Elle a mentionné qu'elle aimerait faire de la démolition, que ça lui ferait du bien parce qu'elle a beaucoup de rage et de colère en elle. Elle mesure seulement quatre pieds, mais je suis certain qu'elle est forte. Je l'ai déjà vu en colère, elle peut déplacer des montages! Je suis convaincu qu'elle peut faire de la démolition. Je trouvais intéressant qu'elle fasse le lien entre une activité légitime et l'opportunité d'évacuer un trop-plein. J'en ai discuté avec la chef d'équipe et nous avons convenu de contacter des entreprises en démolition. Nous allons demander à Martine si elle est d'accord pour que nous parlions un peu de sa manière d'entrer en relation avec les autres, parce que ce n'est pas toujours évident: elle parle fort. Peut-être pourrions-nous trouver un entrepreneur en démolition qui est sensibilisé et qui serait prêt à engager quelqu'un pour faire de gros travaux et qui pourrait respecter son besoin d'être seule, de ne pas se sentir envahie. Nous allons approcher des entrepreneurs. Il y en a sûrement. Et s'il n'y en a pas, Martine aura été témoin qu'on aura essayé. Ça prend des choses qui suscitent l'espoir. Je crois que quand on frappe à des portes et qu'on explique les choses, les gens peuvent être plus ouverts et se mettre à prendre des risques, à aller au-delà de leurs peurs, à faire confiance.

Nous sommes concernés par ce que vit Martine. Nous essayons de trouver avec elle des façons d'aller vers un mieux-être, sans essayer de la réprimer, de la juger. Nous reconnaissons sa souffrance. Nous appuyons les personnes dans des choses concrètes qu'elles souhaitent faire et alors, elles trouveront peut-être des moyens pour faire face à leur souffrance. On défait la résistance, on va dans le sens des personnes. Comme intervenants, nous ne connaissons pas les moyens, nous essayons de les découvrir avec les personnes. Nous tentons avec elles de construire des ponts entre la folie et le monde réel.

Un autre exemple : nous allons lui offrir un punching bag, afin qu'elle puisse se défouler. Nous allons également chercher un endroit où elle pourra aller crier, car elle dit qu'elle en a besoin. Avec elle, nous cherchons des moyens pour qu'elle aille mieux à travers, entre autres, le futon, un emploi en construction, un punching bag. Nous essayons d'être créatifs pour aider les personnes à faire un petit bout de chemin. Ce que nous souhaitons, c'est que la personne ne souffre plus toute seule dans son coin, qu'elle cesse de porter seule ses démons. Comme intervenants, nous essayons de porter ses démons avec elle.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

6. De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance

« C'est la première fois que j'ai entendu le terme "retour à l'expéditeur" pour un humain.
C'est la passe *Fedex*. »

« Viens un moment où il faut que tu trouves quelqu'un qui croit en toi comme intervenant.
J'avais besoin que quelqu'un d'autre fasse du poids. »

— RÉSUMÉ —

Ce récit relate diverses stratégies d'intervention qui viseront à réaliser le difficile passage de la rue au CHSLD¹ dans l'accompagnement de deux hommes en situation d'itinérance chronique, qui souffrent de problèmes sévères de toxicomanie et qui présentent vraisemblablement des inaptitudes cognitives. Une intervenante de l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet Chez soi raconte les nombreux mois de suivi au cours desquels l'équipe devra sortir des sentiers battus pour obtenir une évaluation des besoins et des capacités de ces personnes qui ne correspondent à aucune catégorie de service dans le système de santé et qui se butent à divers préjugés. De multiples démarches seront réalisées afin que les acteurs de la santé « tournent leurs yeux vers ces hommes », pour arrimer ces derniers aux services d'évaluation et dénicher des interlocuteurs afin de répondre à leurs besoins. En parallèle, les intervenants vont les accompagner vers une reconnaissance de leur incapacité à prendre soin d'eux-mêmes, afin de les amener à consentir aux soins proposés. Il s'agira d'être présents auprès d'eux à la fois sur la rue et dans les divers séjours en logement, afin de susciter leur collaboration et de réduire les méfaits liés à la rue et à leurs comportements à risque.

Chronicité à la rue, toxicomanie et hauts utilisateurs des urgences : faire le constat de l'inaptitude des personnes

À travers un suivi intensif dans le milieu, l'équipe demeure en lien suffisamment longtemps avec les personnes pour faire la part des choses entre désirs, choix et aptitudes. L'équipe SIM apprendra à connaître Dave et Jocelyn à travers l'accompagnement et les allers-retours entre la rue et le logement. Il s'agit d'hommes âgés de la fin cinquantaine, qui sont affaiblis physiquement et dont le jugement sur leur propre bien-être est vraisemblablement altéré à la suite d'années de forte consommation d'alcool. Les retours à la rue et les décisions que prennent ces deux hommes suscitent des inquiétudes chez les intervenants. Au fil du temps, il est établi au sein de l'équipe qu'il y a un problème de l'ordre de l'inaptitude chez ces deux hommes et qu'il faut les protéger d'eux-mêmes.

Jocelyn, 56 ans, vit à la rue depuis plus de dix ans, sans revenu et sans papier lorsqu'il arrive au projet Chez soi. Il a un problème sévère d'alcoolisme et souffre d'incontinence. Pour sa part, Dave, un homme

¹ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). D'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement les personnes âgées, qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage.

d'origine inuite de 60 ans commence à présenter les séquelles physiques d'une grande consommation d'alcool. L'état de ses jambes témoigne d'une atteinte neurologique, il marche avec difficulté et il a des problèmes de mémoire. Il vit à la rue depuis de nombreuses années en compagnie d'autres personnes d'origine inuite.

Ce sont deux personnes qui suscitent des appels policiers à répétition et pour qui nous avons travaillé en collaboration avec l'équipe EMRII². À leur entrée au projet Chez soi, Jocelyn et Dave comptaient parmi les plus hauts utilisateurs des hôpitaux de Montréal. Souvent ils étaient transportés à l'urgence le soir. Le plus souvent c'était un passant qui appelait le 911. Ils étaient souillés, intoxiqués, gisants ivre sur la voie publique. Il n'y avait pas d'urgence dans l'immédiat, c'était davantage une question humanitaire. Il n'y a pas de centre de dégrisement à Montréal. À l'hôpital, parfois ils leur donnaient des bains, ils changeaient leurs vêtements. Ça arrivait parfois, mais on ne va pas à l'hôpital pour se laver et pour avoir des vêtements.

Pour ces deux hommes, nous recevions plusieurs coups de téléphone par jour : appels de policiers, de passants, du regroupement des commerces du secteur ou de restaurants du centre-ville. Il a beaucoup de pression qui vient de tous les côtés parce que ces personnes-là dérangent dans la rue. Énormément. Avec notre équipe, tous ces acteurs avaient enfin une place centralisée pour parler de l'impuissance qu'ils vivaient. Et moi, ça me permettait d'accumuler des informations.

À la fois pour Dave et pour Jocelyn, nous avons été dans l'accompagnement intensif pendant plus d'une année. Lorsqu'ils acceptaient un toit entre les épisodes à la rue, nous avons mis en œuvre l'artillerie lourde : un suivi intensif de la part de notre équipe, ainsi que la mise en place de divers services pour leur permettre de se stabiliser en logement (soutien à domicile pour l'hygiène corporelle, service d'entretien ménagé, popote roulante). Dave a été environ un an en appartement, par petits bouts. Jocelyn a été logé pendant sept mois. Dans les deux cas, leur motivation à l'égard d'un logement et de leur propre santé fluctue. Nombreux sont les jours où rien ne les intéresse. Et après avoir tout mis en œuvre, il n'a pas été possible qu'ils restent dans un appartement, malgré l'intensité du suivi et les services mis en place pour les accompagner. Tous deux se mettaient en danger en consommant de la nourriture périmée ou en risquant de mettre le feu, sans compter que leurs comportements étaient très dérangeants pour le voisinage.

Dave et Jocelyn souffrent tous deux d'une inaptitude cognitive, mais il était difficile de le départir au départ, parce que tous deux boivent énormément. Et tous les deux étaient à la rue depuis plus de dix ans. Quand tu vis à la rue et que tu es intoxiqué, il se peut que tu ne ressentent pas tes besoins. Ça fait tellement longtemps que tu gèles, que tu te fais battre, que tu es dans la survie, qu'à la fin tu ne reconnais plus certains besoins. Dans les deux cas, il y a un aspect de dépression jamais traitée. Dave et Jocelyn ont tous deux une pensée magique, qui n'est aucunement reliée à la réalité. Ils n'ont pas de recul face à ce qui leur arrive.

² L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) est une équipe d'intervention mixte réunissant policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé à Montréal.

Ce fut l'avantage de notre équipe que d'avoir du temps et des contacts réguliers avec ces deux hommes. Comme équipe, on persévère avec la personne, on offre une intensité de suivi. L'exclusion du projet n'était pas une option. Nous restions là. De voir Dave et Jocelyn quasiment tous les jours nous a permis de constater qu'il n'était pas possible qu'il y ait plus de positif que de négatif dans la situation qu'ils vivaient. Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait un immense écart entre leur évaluation de leurs capacités et leurs capacités réelles. Dans le travail d'accompagnement, avons fait le constat que ce sont deux personnes qui surestiment leurs capacités fonctionnelles. Dans l'approche du rétablissement, nous accompagnons les personnes dans leurs choix. Mais encore faut-il qu'elles soient aptes à faire des choix. Faire un choix, c'est d'accepter les désavantages qui viennent avec une situation; mais eux ne reconnaissent pas les désavantages de leurs choix. Par exemple, je demandais : « *Jocelyn, de 1 à 10 tu dirais que tu es propre à combien?* » Il me répondait « *7 sur 10* », alors qu'il avait des excréments dans ses bas. À un moment donné, on a accumulé assez d'informations pour prouver qu'il y avait des pertes cognitives, à la fois pour Jocelyn et Dave.

Il y avait donc une urgence de notre point de vue clinique. Il y avait aussi une urgence au niveau macrosystémique, où les hôpitaux, les ambulanciers, les policiers ne savaient plus que faire, mais ils devaient agir presque au quotidien avec eux. L'urgence venait également du fait que ni un ni l'autre n'utilisaient les refuges. D'une part, ils n'étaient pas admissibles, l'un étant à mobilité réduite, l'autre incontinent. Mais plus encore, ils ne ressentaient pas le besoin d'aller dans un refuge. Pour eux, manger, dormir au chaud, ce n'est pas important. Ils oubliaient régulièrement qu'ils avaient droit à un chèque d'aide sociale. Ils sont à ce point débranchés d'eux-mêmes qu'ils n'en ressentent pas le besoin. Dans des situations pareilles, tu ne peux pas aller avec le choix de la personne, parce que ce choix occasionne la mort. Donc, il a obligation de les protéger d'eux-mêmes et d'aller vers des ressources adaptées. Et c'est là qu'il y a un hic.

C'est le nerf de la guerre de faire reconnaître la personne que nous desservons. C'était quasi impossible de faire entendre les difficultés de Dave et de Jocelyn auprès du système. Vraiment. Dans les deux cas, nous faisons le constat clinique que nous étions devant une impasse majeure : chronicité au niveau de l'itinérance, chronicité au niveau de la consommation d'alcool et une incapacité notoire à prendre soin d'eux. Ni un ni l'autre n'a un diagnostic de maladie mentale. Le système n'a pas de place pour protéger ces personnes-là d'elles-mêmes. Car, à première vue, elles semblent faire un choix. Lorsqu'on entend parler Dave et Jocelyn, ils semblent aptes. Ils n'entendent pas de voix, leur discours semble cohérent. Ce sont « simplement » des toxicomanes. Mais il vient un moment où les coûts deviennent trop élevés, autant au niveau de la santé de la personne, que des coûts sociétaux.

Il fallait que quelqu'un soit leur voix et dise : « ça ne fonctionne pas, moi je suis inquiète ». Les gens ne prennent pas le temps d'écouter la personne extraordinaire qu'il y a derrière. Alors, j'ai parlé partout en leur nom, auprès de chaque institution. Dans chaque comité sur les hauts utilisateurs des urgences, j'étais là pour les représenter et aussi pour entendre le désarroi de l'institution face à ces cas-là.

Accompagner les personnes à reconnaître leurs besoins

En parallèle d'un important travail de représentation auprès des institutions mandatées, les intervenants vont travailler à susciter la collaboration de Dave et Jocelyn. Le travail d'accompagnement à la fois en logement et dans la rue permettra de faire des pas pour reconnecter, au moins partiellement, ces personnes à elles-mêmes.

Une grosse part du travail avec eux a consisté à assurer un suivi quotidien, là où ils étaient, c'est-à-dire le plus souvent à la rue. Ç'a été un immense travail dans la rue en attendant d'avoir une idée, en attendant que quelque chose débloque. On les voyait tous les jours, on leur donnait leur argent au compte-goutte pour limiter les risques d'être volés. Dave se cachait pour le recevoir parce qu'il était victime de taxage. Il y a eu un gros travail pour rendre la rue un tant soit peu confortable et pour essayer de faire beaucoup de réduction des méfaits. Nous avons fait des paquets qu'ils mettaient dans leur sac à dos, des bas de rechange, des lingettes humides. On veillait à ce qu'ils ne souffrent pas de déshydratation. Jocelyn, avec son problème d'incontinence, on manquait de couches, il avait d'importants problèmes de circulation aux jambes, il fallait découper ses bas souillés. Dave était surtout poussiéreux et très sale, mais il a un problème de mobilité. On lui a fourni un fauteuil roulant, plusieurs marchettes, des cannes, des lunettes, une prothèse, des souliers. Il a tout perdu. Il faisait des infections aux yeux, il prenait de gros coups de soleil, on allait lui porter de la crème solaire.

Il y a également eu énormément d'entretien motivationnel. Le consentement aux soins, ça se travaille. On ne voulait pas aller contre leur gré. Nous avons donc travaillé à susciter leur engagement et leur volontariat. L'analogie du bateau : « *rame avec moi, j'ai besoin que tu rames avec moi. Est-ce qu'en ce moment tu penses que tu es en train de ramer avec moi? C'est quoi pour toi ramer avec moi? Inquiète-toi pas, si tu es fatigué et que tu ne rames plus, je vais continuer. Mais j'ai besoin de savoir qu'on est dans le même bateau.* » À la fois pour Jocelyn et Dave, ç'a été extraordinaire comme intervention. Et les avoir dans le bateau, ça voulait dire : « *lève-toi quand les gens arrivent pour les soins à domicile ou sur la rue, garde ton argent dans ton cou pour ne pas te faire voler.* » Sinon, c'était des loques humaines.

Le fait d'installer Dave et Jocelyn pendant certaines périodes en logement a permis qu'ils soient un peu confrontés à là où ils étaient rendus. Donc, le logement a permis de les accompagner vers une certaine reconnaissance de leur besoin, bien qu'elle demeure partielle jusqu'à aujourd'hui. Jocelyn, la phrase qu'il me répétait le plus souvent en appartement, était : « *je n'ai plus 35 ans* ». « *Quand j'avais 35 ans, je cuisinais.* » « *Si tu m'avais connu à 35 ans, je faisais ça.* » Il en a 56. Il a perdu 20 ans. Dans sa tête, c'est encore comme avant, mais le corps ne répond plus, parce qu'il a trop souffert, il a trop manqué de tout, il n'est plus en contact avec lui-même. À la fois pour Dave et pour Jocelyn, l'expérience du logement a également permis de faire des sevrages progressifs de la rue. Être passés directement de la rue au centre d'hébergement, il y a aurait eu un trop grand écart entre être complètement libres et complètement pris en charge. Il faut dire qu'avec les deux nous avons réussi, après tout ce temps, à les convaincre : tous les deux étaient entièrement d'accord pour aller dans un centre. Ça a pris la rue, les ressources intermédiaires, l'appartement, ça a pris surtout entre les deux un long moment de rue pour qu'ils soient un peu connectés avec ce qui n'allait pas. Dave pleurait sur son coin de rue : *I want a home*. Jocelyn n'en

pouvait plus. Il attendait chaque jour que je lui dise qu’il avait une place. Ils étaient prêts. Mais en parallèle, j’avais besoin du système parce que les besoins restaient là.

Pousser sur le système : trouver des acteurs et des plates-formes d’évaluation

En parallèle de l’accompagnement des personnes pour qu’elles reconnaissent leurs besoins, il y a aura un travail colossal pour faire reconnaître la réalité des personnes auprès des services de santé. À la fois Dave et Jocelyn sont reçus à l’urgence des hôpitaux plusieurs fois par semaine, mais aucun service, aucune plate-forme d’évaluation ne leur sont dédiés. L’équipe va se buter à de nombreuses embûches, aux fins de non-recevoir, aux démarches administratives qui sont très loin de la réalité de l’itinérance, aux préjugés à l’égard d’une clientèle marginale, alcoolique, autochtone et aux comportements agressifs. Bien que l’Agence de santé et des services sociaux de Montréal ait pour mandat de trouver des services pour toutes personnes en perte d’autonomie, sur papier, ni Dave ni Jocelyn ne répondent aux critères d’admission en CHSLD. Des impasses qui vont se dénouer peu à peu grâce à des contacts personnels et à quelques individus qui acceptent de s’intéresser au dossier de personnes qui ne répondent à aucune catégorie de services et à propos de qui les divers professionnels se seront longuement « renvoyé la balle ».

À la fois Dave et Jocelyn ont eu des dizaines de transports hospitaliers. Avec toujours à peu près le même résultat : ils étaient laissés dans la salle d’attente et le personnel attendait au lendemain qu’ils dégrisent pour leur donner leur congé. Ce n’est pas l’urgence qui va évaluer les personnes. Ces deux hommes étaient inaptes, mais personne ne voulait se pencher sur leur inaptitude. Tout le monde était d’accord que ça n’avait pas de bon sens, mais aucun médecin n’a voulu en prendre la responsabilité. On ne savait pas comment arrimer des personnes avec un profil pareil aux services existants. Les itinérants ne sont pas bien vus : ce sont des problèmes perçus comme non réglables, non prioritaires. Le discours est que si la personne arrête de boire, elle ne serait pas aux urgences. La majeure étant l’alcool, personne ne voulait les prendre.

Nous avons pris la voie des demandes en CHSLD. Afin de remplir les différents formulaires permettant d’évaluer les besoins médicaux et sociaux de personnes en perte d’autonomie, nous avons besoin de l’aide des hôpitaux. Puis nous avons fait un important travail de représentation auprès de l’Agence. C’est là que nous avons vu la difficulté de saisir l’Agence pour des clientèles marginales. Les listes d’attente sont déjà longues. On nous disait que ces deux itinérants ne répondaient pas aux conditions d’admission : ils n’ont pas l’âge requis, ils sont capables de marcher (même si Dave a une mobilité réduite), ils sont en situation d’itinérance, souffrent d’alcoolisme et ils ont des comportements agressifs. Règle générale, dans l’évaluation des dossiers à l’Agence, ils ne nous parlent pas à nous comme intervenants, ils ne voient pas les personnes, ils n’ont aucune donnée subjective, émotive. Il a fallu que nous trouvions des voies pour nous faire entendre et que soient reconnues les réalités de Dave et de Jocelyn.

JOCELYN

Dans le cas de Jocelyn, il sera particulièrement difficile de faire valoir auprès de l'Agence l'inaptitude d'un homme qui n'a pas de dossier médical attestant de limitations sévères et qui souffre « simplement d'alcoolisme ». Ce sera un travail de longue haleine pour convaincre suffisamment de professionnels autour de Dave de la nécessité d'une prise en charge.

Pour Jocelyn, ça a commencé avec une demande d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie auprès de l'Agence. Nous avons rempli les deux formulaires pour déterminer les besoins médicaux et sociaux permettant de l'orienter vers les bons services. Dans ces questionnaires, on y évalue le fonctionnement global d'une personne dans le cadre de l'appartement, dont plusieurs choses ne sont pas adaptées pour des gens dont le parcours s'est principalement déroulé dans la rue. Sans compter qu'il n'y a pas de case pour parler de la grande négligence de la condition physique, dont les vers blancs que Jocelyn avait dans ses pieds. Ça revient à la marginalité extrême de ces personnes-là. Nous avons rempli le questionnaire une première fois, lorsque Jocelyn vivait encore en appartement.

Au cours des mois qui ont suivi, la demande à l'Agence est passée d'une main à l'autre et nous n'avions plus eu de nouvelle. Pendant ce temps-là, l'état de Jocelyn se dégradait. Le CLSC a arrêté le suivi à domicile parce que la collaboration de Jocelyn était plus ou moins bonne, au sens où il était intoxiqué lorsqu'ils arrivaient chez lui le matin. Il a perdu son appartement. On s'occupait de gérer l'ici et le maintenant dans la crise sur la rue. On lui remettait de l'argent à la journée, on le voyait deux fois par jour. Il arrivait dans les hôpitaux en hypothermie, en état de choc. On allait lui faire prendre sa douche au CLSC de temps en temps. Mais il y avait tellement d'excréments que pour la salubrité on nous a demandé de ne plus aller là-bas non plus. Jocelyn allait de moins en moins bien et je ne savais pas qui appeler. L'Agence, ça n'a pas de nom, ça n'a pas de numéro de téléphone, seulement un courriel général. Et ça s'appelle l'Agence. C'est un gros savon, même pas, c'est une bulle. C'est un monde parallèle. Dire comment j'ai cherché le nom de quelqu'un à appeler...

Puis, Jocelyn a été logé dans une ressource d'hébergement communautaire long terme pour des personnes ayant des troubles mentaux, où ils sont très tolérants. Là-bas il a eu de bons moments, mais Jocelyn n'est pas schizophrène, il n'a pas de problème de colère, il était très conscient de ce qui se passait autour de lui et ça n'aidait en rien sa motivation et sa dépression. Ça nous a cependant offert une certaine stabilité pour travailler. Nous avons intégré une médication et nous faisions un *med drop* matin et soir. Puis Jocelyn a fait une pneumonie. La première fois qu'il est allé à l'hôpital du secteur de la ressource d'hébergement, où il n'était pas connu, je leur ai demandé de remplir les mêmes formulaires d'évaluation sur la perte d'autonomie que j'avais demandé il y a huit mois et dont je n'avais pas eu de nouvelle. Ils ont rempli les formulaires et ils ont également offert le soutien à domicile (SAD) à la résidence d'hébergement. C'est à ce moment-là que j'ai eu l'occasion de me former une équipe du tonnerre autour de lui avec deux travailleurs sociaux qui se sont impliqués dans le dossier.

À cette époque, l'Agence m'a finalement dit qu'ils avaient étudié neuf fois le dossier de Jocelyn. Son dossier était toujours refusé, faute de services appropriés pour lui. Jocelyn était sur la liste d'attente, classé priorité # 4. Autant dire qu'il attendrait à jamais. Le problème, c'est qu'après l'Agence, il n'y a plus rien. Après un CHSLD, c'est la mort. Si tu n'as même pas accès à ça, est-ce à dire qu'en tant que société,

on pense que tu devrais mourir? En même temps, il faut que tu penses aux personnes Alzheimer qui sont chez elles, dont la famille est épuisée. Tu sais que tu prends une place. Tu en viens même à douter, c'est à tel point ces personnes n'ont pas leur place. Pourtant elles n'ont personne dans la vie.

Les infirmiers du SAD n'arrivaient pas à traiter la pneumonie de Jocelyn à l'externe. Il saturait vraiment très bas. Il avait les lèvres bleues quand j'arrivais le matin. Il avait des trous d'acidité qui creusaient la peau de ses jambes à force d'être souillé. Le SAD ne voulait plus aller donner des soins à Jocelyn à la ressource d'hébergement. À ce moment-là, j'ai dit :

- Je vais porter plainte si vous cessez de donner des soins. Il faut que vous poussiez à l'Agence pour qu'il ait une place en CHSLD. Est-ce qu'on est tous d'accord?
- Ça n'a pas de bon sens, il n'a pas le profil...
- Oui, mais est-ce qu'on est tous d'accord qu'il a les besoins pour y aller?
- Oui.

Jusque-là, il y avait encore eu des gens pour dire que si Jocelyn voulait, il pourrait, qu'il n'y mettait pas du sien. Et là, ça a débloqué pour Jocelyn. Avec les deux travailleurs sociaux de l'hôpital, nous avons réussi à nous faire entendre. Nous avons rencontré l'équipe du CHSLD quelques fois. L'intégration de Jocelyn en centre d'hébergement ne fut pas sans embûche. Il boit et il quête encore. Mais l'équipe là-bas est habituée à lui. Ils l'ont accepté parmi eux. Il est différent, mais ils font avec.

Puis, Jocelyn a repris contact avec sa famille. Je lui ai dit : « *Jocelyn, je m'en vais. Qui pourrait remplacer ma présence?* » Il m'a dit : « *À part ma famille, je ne vois pas qui* ». Il se souvenait du nom de ses enfants, mais il ne savait pas où ils habitaient, il ne savait plus quel âge ils avaient, parce qu'il ne les avait pas vus depuis plus de dix ans. Il m'a donné le nom d'un collègue avec qui il avait travaillé dans l'imprimerie en 1992... En trois jours, j'avais retracé la famille! Quelle belle réussite! La sœur pleurait au téléphone. J'ai eu beaucoup de reconnaissance de leur part; la dernière fois qu'ils avaient vu Jocelyn, c'était sur la rue, souillé, inconscient. Ils étaient certains qu'il était mort. Sa sœur m'a raconté l'enfance de Jocelyn. C'était le pilier de la famille jusqu'à l'âge de 35 ans. Il a élevé ses enfants, il a travaillé dans l'imprimerie pendant 19 ans, c'était un bon collègue de travail, un bon mari, un bon papa, un bon frère. C'est lui qui recevait à Noël, il traînait ses enfants partout, c'était la prunelle de ses yeux. Sa femme l'a trompé, il a fait une dépression psychotique avec tentative de suicide et il n'est jamais remonté de ça. Sa fille, qui a 30 ans, m'a appelée quelques jours plus tard. La famille de Jocelyn le voit toutes les semaines depuis ce temps-là.

DAVE

Dave répond à certains critères pour être admissible à un hébergement en CHSLD, dont des traumatismes crâniens et une mobilité réduite. Mais demeure la difficulté de rendre compte de sa situation sur la base des formulaires standardisés de l'Agence. Son profil d'itinérance, l'alcoolisme, son origine inuite et des comportements agressifs constitueront autant d'obstacles pour qu'il accède aux soins dont il a besoin. Après quelques tentatives infructueuses en CHSLD, la difficulté sera de trouver un lieu d'hébergement qui lui convienne, alors qu'à l'Agence, on dit que toutes les options sont épuisées. En dernière instance, la justice sera saisie comme levier d'intervention.

Pour Dave, a priori, c'aurait dû être un peu plus facile de lui trouver une place en CHSLD. Avec la collaboration du personnel d'un hôpital, on a dit : « *Ça suffit. On a le diagnostic de traumatisme crânien, il se fait battre dans la rue, il se fait voler son argent, il perd constamment ses marchettes, il ne se souvient plus de nos noms, il y a un niveau dépressif qui est apparu.* » Il était de retour à la rue après deux expériences infructueuses en logement, ne faisait plus de dessin, ne sculptait plus la pierre à savon, il était beaucoup plus taciturne, il avait des changements d'humeur drastiques. Sa consommation avait beaucoup augmenté : il consommait cinq bouteilles de 1.18 litre à 10 % d'alcool chaque jour. C'est une quantité d'alcool considérable.

À la même époque, coïncidence extraordinaire, je rencontre un gestionnaire qui siège sur les comités de l'Agence pour les orientations en CHSLD. J'ai créé des liens avec lui. Nous avons convenu d'une forme de partenariat : lui avait des problèmes de consommateurs sur son unité et je me suis proposée de venir bénévolement à son Centre à titre de spécialiste en dépendance; en échange de quoi j'avais besoin d'aide pour un client. C'est ainsi que ce gestionnaire est venu rencontrer Dave sur la rue avec moi et que nous avons rempli les formulaires ensemble, directement sur la rue. Cette journée-là, Dave s'était fait voler sa marchette. Il pleuvait, il ventait, il était sur son coin de rue sans pouvoir bouger jusqu'à ce qu'on arrive. C'était incroyable. Il a fallu que je prenne quelqu'un de l'Agence et que je l'amène dans la rue pour qu'il voie la réalité de mon client.

L'hôpital a fait la demande avec le formulaire que le gestionnaire et moi avions rempli sur la rue. En ajoutant à cela qu'il y avait des rapports de scan des traumatismes crâniens et que Dave a besoin d'une marchette, il a été classé priorité # 1. Nous avons alerté le réseau et ça a déboulé dans les heures qui ont suivi. Cependant, on ne nous a pas appelés pour nous dire qu'il était transféré et nous n'avons pas pu faire la liaison avec la résidence avant, comme nous l'avions prévu. L'hôpital l'a envoyé dans un centre d'hébergement où le personnel n'avait jamais vu quelqu'un comme Dave. Il n'était pas arrivé depuis une heure que déjà ils ne se comprenaient pas. Dave voulait fumer, eux disaient : « non, il faut que tu attendes, on va te montrer ta chambre ». L'anxiété est montée, il se sentait perdu, il ne connaissait pas les visages, il est devenu très agressif.

Ce soir-là, nous avons frappé à la porte de tous les directeurs de l'établissement, nous avons parlé avec tous les membres de l'équipe pour les breffer. Je leur ai fait un carton de coaching : « *quels sont les mots magiques avec Dave, qu'est-ce qui fait diminuer son anxiété, ce que vous pouvez lui dire pour l'aider à se projeter dans le temps : le souper, le soleil, il est autochtone, utilisez les points cardinaux, le temps de la journée; et ce qui est important pour lui, c'est le fumer.* »

De son côté, Dave était content d'avoir un repas et d'être au chaud. Mais il y a eu une crise au sein du personnel, qui craignait de ne pas s'entendre avec lui. S'ils gardent la personne au-delà des trente jours d'essai, il n'y a plus de possibilité qu'elle quitte. Il y a eu un vent de panique, malgré le support que nous leur avons offert pour l'appriivoiser. Le personnel a dit : « *non, il ne correspond pas à la résidence.* » C'est vrai qu'il avait l'air d'un extraterrestre en comparaison des personnes âgées, dont plusieurs grabataires, qui vivaient dans cette unité régulière. Les personnes âgées crient, pincement, ne sont pas orientées, mais

là c'était autre chose : on parlait de quête, d'itinérance et de consommation d'alcool. La ressource l'a mis dehors dès le lendemain matin. C'est la première fois que j'ai entendu le terme « retour à l'expéditeur » pour un humain. C'est la passe *Fedex*. Ils nous ont appelés : on le retourne.

- Où?
- À l'expéditeur.
- Vous le retournez à la rue?
- Ça ne marchera pas ici. On le retourne à l'hôpital, c'est à l'hôpital de s'en occuper.

À l'hôpital, ils ont dit : « on ne peut pas s'en occuper, on n'a pas de programme 68 ». Ça, c'est un programme mis sur pied par l'Agence pour offrir un lit d'urgence à des personnes qui attendent une place en CHSLD et dont le réseau social est épuisé. Il fallait que nous refassions une demande à l'Agence pour accéder au programme 68, avec de nouveaux papiers. Là, Dave ne voulait plus rester à l'hôpital. Il voulait retourner dans la rue parce qu'il s'était convaincu que ce n'était pas une bonne expérience, cette affaire-là. Il s'est sauvé de l'hôpital. De retour à la rue. Il fallait refaire une demande de CHSLD. Et pour cela, il faut attendre trois mois pour voir l'évolution de la personne afin de mieux la réorienter. Autant de mois à vivre à la rue.

Pendant ce temps-là, Dave s'est refait frapper et il a été hospitalisé à nouveau. J'ai fait un profil évolutif. Il fallait le réévaluer pour un programme 68, mais l'hôpital où était Dave n'avait pas ce programme-là. Il y en a juste dans certains hôpitaux de l'île. Et les autres hôpitaux ne le voulaient pas parce qu'il est Inuit. Et que les Inuits, c'est à tel hôpital. J'ai redemandé au gestionnaire de me donner un coup de main. Et à travers lui, j'ai su que la personne responsable d'évaluer les admissions en CHSLD ne voulait plus voir le dossier de Dave sur son bureau.

C'est alors que j'ai visité un CHSLD dans le cadre d'une formation et que j'y ai rencontré la coordonnatrice. Je lui ai expliqué le cas de Dave. Elle m'a dit : « *j'ai une place qui se libère bientôt, je vais appeler à l'Agence.* » L'Agence a accepté. C'était une unité spécifique pour personnes ayant des problèmes de comportements. Il faut dire que j'avais refait le profil suite aux douze heures passées en CHSLD et j'avais écrit qu'il était agressif. Cette fois-là, nous avons fait un gros plan de match avec la résidence, puis nous avons fait une intégration progressive : c'était l'été, il était au chaud, il n'y avait pas d'urgence. Quand Dave est arrivé à la résidence, on en avait tellement parlé que l'équipe avait hâte de le recevoir. Dans sa chambre, on avait mis des photos du Nord sur les murs, des articles de journaux de Dave, on avait acheté un couvre-lit, des crayons à colorer, un radio, une télévision, une brosse à dents, du savon. Quand il est arrivé, il était émerveillé. C'était vraiment chez lui. On a fait un décroissant de bières et un décroissant de rue. On a amené Dave dans son secteur en finissant le soir, puis nous sommes allés le chercher le matin avant d'aller travailler. La troisième fois, il m'a dit : « *bof, je ne veux pas y aller* ». Et il n'a jamais redemandé à y aller. On a fait beaucoup d'interventions au CHSLD. Pendant un temps, on y allait tous les jours. Puis on a fait un décroissant, ça allait bien. L'équipe se sentait à l'aise, solide. Le SIM a arrêté le suivi. Mais ce n'était pas la fin de l'histoire.

Dans la résidence, Dave était autour de gens vulnérables. Il a frappé une personne âgée qui l'avait menacé, alors qu'il était en état de consommation. C'était un samedi soir, sur le plancher il n'y avait que

du personnel remplaçant qui ne connaissait pas Dave. L'équipe a appelé la police et porté plainte. Dave s'est retrouvé en prison pour voie de fait armé (armé d'une marchette). Le CHSLD s'est par la suite excusé d'avoir fait une tempête dans un verre d'eau, parce que Dave avait tassé la dame avec sa marchette. Elle n'avait aucune ecchymose et la famille n'a jamais menacé de porter plainte. Le CSSS avait eu peur de se retrouver dans les journaux avec une nouvelle histoire concernant une personne âgée.

Il n'empêche que Dave s'est retrouvé en prison. Avec un avocat qui remettait toujours la cause. Il a fait plus de six semaines de prison pour un coup de marchette. Pendant ce temps-là, le personnel du CHSLD ne voulait pas qu'il revienne. J'ai tout fait pour qu'il garde sa place, pour leur faire prendre conscience de ce qu'ils faisaient à un être humain. Ils ont refusé et il a fallu refaire une demande en CHSLD. Pour une troisième fois. Et la demande a été refusée. L'Agence a refusé qu'il soit réorienté. Dave tombait en détention illégale, parce que ça faisait trop longtemps qu'il n'était pas passé en cour et il avait déjà purgé sa peine pour le coup de marchette. Puisque l'Agence venait de refuser une réorientation en CHSLD, il ne restait que la rue.

C'est alors que nous avons décidé de saisir le levier judiciaire, bien que Dave n'avait pas fait de délit à mon avis. C'était une décision difficile parce que je lui enlevais sa liberté. Il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise décision, parce que Dave n'avait pas commis de crime. Nous faisons la demande à la cour parce qu'il n'y avait pas d'endroit où l'envoyer pour le protéger de lui-même. Le système judiciaire a été notre allié ici. J'ai travaillé avec le procureur et l'avocat de Dave, pour qu'on l'envoie en évaluation psychiatrique à Pinel, ce qu'ils ont fini par accepter. Quand il est arrivé à Pinel, j'ai tout de suite contacté le psychiatre qui s'en occupait, que je connaissais déjà heureusement. Là-bas, il y a une équipe qui a vu la personne attachante qu'est Dave et comment il fonctionne. Ils ont appris à le connaître. Fait inhabituel, ils m'ont invitée pour l'évaluation de Dave. Et le jugement d'inaptitude est tombé. Donc, Pinel n'était pas en mesure d'évaluer sa responsabilité criminelle. Le psychiatre de Pinel a écrit dans le rapport à la cour: « *entre ce qu'il pense faire et ce qu'il est réellement capable de faire, il y a un fossé qui est presque de l'ordre du délire.* » Finalement, Dave a été mis sous la juridiction du Tribunal administratif du Québec (TAQ) avec ordonnance de traitement et d'hébergement. Il a été logé dans une résidence associée à un hôpital. Le juge a dit: « *tu restes là* », et Dave est bien d'accord avec le juge. Il ne comprend pas trop ce qui lui arrive, mais il y trouve son compte. Il est sobre depuis six mois. L'inaptitude reste. Il y a vraiment une démence qui s'est installée.

De l'intervention de brousse pour se frayer un chemin dans le système de santé

Une curatelle a été mise en place à la fois pour Jocelyn et pour Dave. Mes dernières interventions avec Jocelyn ont consisté à faire faire ses dentiers et ses lunettes. Quand tu as pris quelqu'un de la rue, souillé, intoxiqué et que tu reçois l'appel de l'orthodontiste, c'est vraiment une mission accomplie! Et sa fille qui appelle pour dire: « *ne lui achète pas de bas, j'en ai acheté!* » Dave, c'est la même chose. Il m'a appelée dernièrement pour me dire qu'il a lu un livre sur Paris. Je suis rendue là avec eux. Ils sont installés dans un projet de vie. Ils ne sont plus dans la survie, ni comment rendre la rue confortable.

Il a fallu des centaines d’heures de travail, des appels, des relations. Il a fallu faire de l’intervention de brousse. Savoir lire la situation, identifier ce qui est en train de se passer et bien s’exprimer. De plus, il faut savoir se mettre à la place de l’équipe qui reçoit la personne et se dire qu’il est vrai que c’est impressionnant de voir arriver ces personnes-là. Rien n’allait de soi. Il n’y en avait pas de chemin. Et là, il commence à s’en faire un. Nous avons trouvé les bases pour intervenir dans ce type de situations et comment travailler en réseau. Il faut des faits, des chiffres, tenir des rapports serrés. Et travailler ton réseau. Tout le temps. Même si ça allait bien, j’appelais les policiers et je leur disais : « *c’est une bonne journée aujourd’hui, si vous le voyez, dites-lui que nous avons un rendez-vous à 13 h* ». Il faut de la persévérance. Et ça prend de la direction clinique. Tu coordonnes un système. Au lieu de chercher comment la personne entre dans les catégories de services, il faut tourner les yeux du système vers la personne. C’est comme si j’avais réveillé toute la ville : « *regardez-le! Qu’est-ce qu’on fait? En quoi est-ce que vous pouvez m’aider?* » Il s’agit de responsabiliser tout le monde.

Il faut aussi que tu trouves quelqu’un qui croit en toi, comme intervenant. Quelqu’un qui dit : « *toi tu as assez travaillé, je vais t’aider.* » Et à un moment donné, j’ai rencontré des gens qui ont pris avec moi le sens de la responsabilité, qui ont décidé que c’était à eux ce client-là plutôt que de dire : il ne correspond pas ici. Je commençais à être essoufflée et à perdre de la crédibilité parce que j’avais tellement crié toute seule. J’avais besoin de quelqu’un qui fasse du poids. Ce qui manque avec les cas complexes, chroniques, c’est qu’il n’y a personne qui dit : *I’m the one*. C’est de la direction clinique, mais ça ne veut pas dire que je fais toutes les interventions. Il fallait absolument être une équipe SIM. Étant donné l’intensité requise, je n’aurais pas pu faire de la gestion de cas avec Dave ou Jocelyn.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

7. Faire alliance avec un individu aux prises avec un délire de persécution

« Tout était ouvert. Il connaissait toutes mes inquiétudes et je respectais ses réticences.
Nous avons tous les deux fait un bout de chemin. »

« La gestion des risques est plus confortable quand on fait le suivi auprès d'une personne qui a une adresse et avec qui il y a des contacts réguliers. »

— RÉSUMÉ —

Établir un lien significatif avec une personne qui a un délire de persécution est un important défi de l'intervention. Ce récit relate trois mois de création de lien avec un jeune homme de 26 ans qui est très délirant et qui se sent persécuté. Jean se met en colère quand il perçoit que son interlocuteur ne croit pas ce qu'il dit. Comment faire alliance sans entrer dans le délire d'une personne? Dès les premières rencontres, l'intervenante met en place avec lui des stratégies pour maintenir la communication, tout en délimitant l'espace des propos délirants. Elle va miser sur la constance du lien entretenu avec beaucoup de persévérance, sur des relations franches et exemplaires et sur le respect de son rythme pour accompagner ce jeune homme délirant quand son état nécessite des soins de santé. Rapidement, elle va intervenir afin de le protéger des voisins et de lui-même. Le respect du rythme du participant va signifier rester auprès de lui dans son ambivalence, y compris sur le chemin de l'hôpital.

Ce récit montre comment le délire appréhendé comme condition objective de la relation va permettre à l'intervenante de travailler avec ce jeune homme. Une intervention qui se déroule principalement dans le dialogue, verbal et non verbal, et dans laquelle les démarches avec le participant vont lui offrir un cadre pour s'ancrer dans le concret. L'intervenante discute également ici comment une approche « logement d'abord » peut amener un déplacement du cadre dans l'évaluation des risques.

Première rencontre, faire un pacte de communication

En raison du départ pour quelques mois de l'intervenante principale, une nouvelle intervenante prend le relais du suivi auprès de ce participant. Elle sait déjà qu'il a haussé le ton et fait preuve d'arrogance à l'égard de la première intervenante, probablement parce qu'il s'était senti jugé. Lors d'une première rencontre avec ce jeune homme délirant, très souffrant, très méfiant, elle lui propose d'entrée de jeu des bases de communication.

Quand j'ai rencontré Jean, j'étais déjà au courant qu'il était sensible au non verbal lorsqu'il avait l'impression que les gens ne le croyaient pas. C'était à la fin du mois d'août; il avait emménagé dans un logement depuis deux semaines. Je l'ai d'abord appelé pour l'informer de ma visite. Je suis arrivée dans un appartement propre. Il m'a bien accueillie. Il a dit que ça se passait bien dans le logement, mais que ça se passait déjà moins bien avec les voisins. Il croyait qu'un voisin l'épiait depuis son balcon, au demeurant très près de la fenêtre de son salon. Il faisait beaucoup d'interprétations. Sa perception d'un environnement hostile était probablement alimentée par des faits réels. Il dit des choses un peu invraisemblables, par exemple que des chanteurs-compositeurs connus écrivent des chansons sur sa vie

dans le but de le dénigrer. Alors, quand il raconte cela à ses voisins, c'est tellement bizarre que les voisins doivent réaliser qu'il a un problème de santé mentale. Ils doivent avoir une attitude non verbale assez éloquente et Jean le voit. Il se sent ridiculisé et il réagit.

Lors de cette première rencontre, il a dit fumer plus de pot qu'à l'accoutumée pour diminuer son anxiété. Il devait déjà une bonne somme d'argent à un nouveau *revendeur* de son coin. Il disait qu'il avait augmenté sa consommation. Il n'associait pas la consommation à l'aggravation de son malaise. Jean a eu différents diagnostics : psychose toxique, délire paranoïde et une hypothèse de schizophrénie, ce dernier diagnostic n'ayant pas été confirmé. Dans tout ça, je ne savais pas ce qui pouvait être vrai.

Lors des premières rencontres, nous avons vérifié si ses changements d'adresse avaient été faits, de même que le branchement du téléphone. Nous nous sommes assurés qu'il avait suffisamment de nourriture, qu'il connaissait les banques alimentaires. Je lui ai indiqué où était son CLSC. J'ai exploré avec lui ce qu'avait été sa vie antérieurement. Il a 26 ans, il avait déjà fait du sport, mais il n'en faisait plus, car il était trop envahi. Ses buts et ses objectifs étaient de retourner à l'école, de recommencer à faire du sport et d'avoir une vie normale. Je lui ai dit que c'était de beaux objectifs et que nous allions l'encourager en ce sens. Présentement, il ne s'en sentait pas capable. Déjà il reconnaissait que son anxiété était trop élevée, qu'il avait trop de problèmes, qu'il ne pouvait pas se concentrer sur ces objectifs pour le moment.

Jean est brillant, articulé. Il a un sens de l'autocritique, il parle de son anxiété, de sa souffrance. Il peut parler de son histoire familiale et de sa vie qui allait bien jusqu'à l'âge de 22 ans. Lors de cette première rencontre, il m'a donné divers détails d'une histoire qu'il n'a cependant pas racontée. Il m'a parlé d'une rupture amoureuse et des conflits avec sa famille, mais sans donner le cœur de l'histoire. Je l'ai laissé parler sans creuser et j'ai essayé de le ramener sur les sujets que nous devons discuter. C'était assez difficile.

Lors de cette première rencontre, il m'a également dit que nous ne pourrions pas travailler ensemble si je ne le croyais pas. J'ai répondu que je comprenais qu'il soit important pour lui que je le croie. Mais que pour moi, ce n'était pas tellement important de savoir si ce qu'il me disait était vrai ou non. Ce qui était important, c'était d'être sensible à ce que cela lui faisait vivre, à sa souffrance qui elle était très réelle, très présente, très concrète. Il avait acquiescé.

J'ai eu aussi droit à l'agressivité à laquelle avait fait face l'intervenante précédente. Alors qu'il me parlait, j'ai probablement détaché mon regard et il a senti un désintérêt. Il a dit : « *OK, de toute façon ce n'est pas grave!* » Il était fâché. Si je ne reprenais pas tout de suite en main cette situation, nous n'aurions pas pu continuer l'entrevue. Je lui ai dit :

- *Oups, il vient de se passer quelque chose. Qu'est-ce qui s'est passé pour que tu réagisses ainsi?*
- *J'ai vu que tu ne me crois pas, comme tout le monde. Quand je parle, tout le monde pense que je délire.*

Alors je lui ai expliqué que ça ne lui appartenait pas, que j'étais fatiguée, qu'une rencontre planifiée en fin de journée n'était probablement pas le meilleur moment. « *Quand tu as pensé ça, en réalité c'est probablement une inattention de ma part due à la fatigue.* » Il s'est tout de suite excusé :

- *J'ai l'impression que j'ai des troubles de comportement maintenant. Ça monte vite et je me sens toujours mal ensuite.*
- *Je te comprends, ne te sens pas mal, tu as certainement raison que mon non verbal pouvait porter à confusion, je m'en excuse. En même temps, je veux qu'on mette en place une façon de bien communiquer ensemble. Quand tu notes quelque chose qui te déplaît dans mon non verbal, dis-le-moi. C'est correct que tu exprimes ça et moi je vais t'expliquer s'il y a quelque chose. On va s'en parler tout de suite pour ne pas traîner ça. Je ne veux pas partir d'ici en sachant que toi ou moi terminons une rencontre perturbés. Le but des rencontres c'est de t'aider.*

Il était tout à fait d'accord et on s'est serré la main là-dessus en nous disant que c'était un pacte que nous faisons, que nous allons dire les choses. À partir de ce moment-là, quand il réagirait ainsi, je n'avais pas de crainte; nous nous étions entendus pour en parler. C'est certain qu'avec lui, j'avais en tête qu'il fallait faire attention à mon non verbal, qu'il fallait que j'aie une attitude neutre, qui ne juge pas.

Nous étions près du 1^{er} septembre. Jean disait avoir augmenté sa consommation. Je lui ai demandé s'il aimerait que je l'accompagne pour aller payer son loyer. Il m'a répondu qu'il pouvait le faire seul. Nous avons convenu qu'il allait me donner des nouvelles.

Cette première rencontre a duré 1 heure 45. En sortant de chez lui, où je l'avais trouvé très souffrant, je me demandais comment reprendre la situation, car le délire prenait toute la place dans la conversation. Il était très difficile de le ramener à la réalité. Tout dans son quotidien était relié à son délire, alors il repartait facilement dans ce discours.

Le 1^{er} septembre, je l'ai appelé parce que je n'avais pas eu de ses nouvelles. N'ayant pas réussi à le joindre je suis allée chez lui le 3. Pas de réponse. J'ai laissé d'autres messages téléphoniques. Le 7 il m'a rappelée, il disait qu'il se sentait nerveux, qu'il n'avait pas payé son loyer, qu'il avait passablement consommé et il se sentait persécuté par ses voisins. Il se sentait coupable de ne pas avoir payé son loyer et souhaitait faire une entente de paiement avec son propriétaire pour payer ses arrérages le mois suivant. Il n'était pas allé dans les banques alimentaires et n'avait pas beaucoup de nourriture. Il prenait un repas par jour dans une ressource du centre-ville. Il traversait la ville avec un vélo emprunté à une voisine. Nous avons convenu de faire la planification de son budget à la prochaine rencontre.

Deuxième rencontre, offrir une zone sécuritaire de parole et encadrer le délire

Le délire de Jean prend toute la place dans la discussion. L'intervenante va adopter diverses stratégies pour lui permettre de s'exprimer et de se sentir respecté, tout en encadrant son délire. Les démarches concrètes vont servir de balises aux discussions.

Je suis allée chez lui deux jours plus tard. C'était notre deuxième rencontre. C'est là que j'ai établi un cadre pour les entrevues. Il délirait tout le temps, ça prenait tellement de place, même au téléphone, que c'était difficile d'avancer. J'ai abordé ça sous l'angle de l'anxiété et de son besoin de parler de ce qui lui est arrivé avec cette fille dont il avait été amoureux. Je lui ai aussi dit qu'au fond, je ne savais toujours pas ce qui était arrivé. À partir de là, nous avons commencé à trouver des stratégies lorsqu'il a besoin de parler. D'une part, j'ai proposé que sa préoccupation au sujet des chanteurs qui écrivent sur lui était peut-être d'un sujet à réserver à nos rencontres. Quand il en parlait à un voisin, oui, ça libérait son anxiété, mais ça en créait une nouvelle, car ça suscitait chez l'autre une réaction qu'il n'aimait pas et il réagissait. Alors, je lui ai suggéré qu'il pourrait essayer d'éviter de parler à ses voisins, puisque ce n'était pas une bonne expérience pour lui. Nos rencontres pouvaient lui offrir un espace sécuritaire pour parler. D'autre part, je lui ai proposé de lui apporter des cahiers pour écrire, afin qu'il se libère lorsqu'il avait besoin d'en parler. Quand j'étais là, il m'en parlerait, et quand je n'y serais pas, il pourrait écrire. Il a acquiescé.

J'ai aussi encadré l'espace du délire. J'aurais pu passer des journées entières chez lui et il aurait passé tout le temps à délirer. Il était d'accord pour que nous fixions un cadre. Au début, j'avais dit qu'il avait vingt minutes pour parler de ça et que nous réviserions ce temps à la baisse par la suite. Il savait que nous allions ensuite parler des choses que nous devons faire ensemble pour avancer et que, s'il reparlait de ça, j'allais l'encadrer plus et lui rappeler que nous en avions déjà parlé pendant vingt minutes et qu'il fallait que nous parlions d'autres choses. Il était d'accord. Ainsi, lorsqu'il délirait à nouveau, je me sentais à l'aise, de lui dire « *Jean, nous en avons parlé tout à l'heure, si tu veux, nous allons continuer notre budget, nous allons continuer...* » Il réagissait bien parce qu'il était averti que c'étaient les règles du jeu.

J'ai toujours été très authentique avec lui. Parfois il ne nommait pas les choses et je lui disais : « *Je te sens un peu plus tendu, est-ce que ça va, est-ce que ce dont on discute te convient?* » Parfois il disait : « *Je ne suis pas certain de penser comme toi* ». « *OK, on va en parler.* » J'ai aussi dit à Jean que nous n'étions pas toujours obligés d'être du même avis, que nous pouvons nous respecter avec nos points de vue respectifs. J'avais également convenu qu'après chaque rencontre, étant donné que c'était tellement difficile pour lui — et qu'à moi ça demandait beaucoup de travail — je quitterais toujours en m'assurant que tout allait bien : l'entrevue qu'on venait de faire, l'espace qui lui avait été accordé et qu'à mon départ, je ne le laissais pas chez lui perturbé; que dans le cas contraire, nous puissions en reparler.

Rencontres suivantes : avoir recours aux soins de santé, informer sur la maladie et la consommation

Jean dit consommer pour faire face au sentiment de persécution, mais sa consommation nourrit très probablement son délire. Au fil des discussions, l'intervenante fera un travail d'éducation à la maladie et à la consommation. Elle fera également preuve de persévérance pour garder le lien avec Jean qui manque régulièrement des rencontres.

Lors de la troisième rencontre, nous avons discuté de médicaments. Jean m'a parlé de son anxiété. Il a dit qu'il prenait un antidépresseur et trouvait que ça ne l'aidait pas. J'étais d'accord avec lui que ce n'était pas ce dont il avait besoin. Il avait par ailleurs aimé le médecin qui les lui avait prescrits. C'était la

première fois qu'il se sentait compris. J'ai compris pourquoi. Jean a eu deux hospitalisations dans le passé. À ces occasions, il a eu deux diagnostics différents : psychose toxique et trouble délirant de persécution. Il ne les acceptait pas. Le médecin de la clinique avait, pour sa part, indiqué sur son dossier médical « trouble d'adaptation à l'itinérance ». Comme si Jean avait du mal à s'adapter à sa situation d'itinérance et que c'était la raison pour laquelle il était anxieux et incapable de travailler. Jean a aimé ce diagnostic : il estimait que c'était tout à fait ce qui lui arrivait. Il voulait revoir ce médecin et m'a autorisée à parler avec lui. Nous avons convenu qu'il revisite Jean une ou deux fois, en attendant que je puisse transférer son dossier au secteur desservi par le CLSC de son nouveau quartier.

Cette rencontre chez le médecin n'était pas menaçante pour Jean. Il avait exprimé son désir le revoir. Changer sa médication était quelque chose qu'il voulait. C'était une première étape. Le médecin pouvait le faire et il pouvait également le référer à un psychiatre par la suite.

J'ai avisé Jean qu'il pouvait se présenter aux heures de consultation sans rendez-vous de la clinique et nous nous étions entendus pour que je l'accompagne. Les consultations commencent à 8 h 30. Je suis arrivée tôt au travail et je lui ai proposé d'arriver à temps pour son inscription; comme il demeure loin et se déplace en vélo, il devait arriver à 9 h. Je l'ai inscrit, puis j'ai attendu. Il n'arrivait pas, il n'arrivait toujours pas. Il a finalement appelé pour dire qu'il ne pourrait pas être là, que le technicien du téléphone devait passer dans la même journée. Rendez-vous manqué, mais il avait appelé pour aviser.

Je l'ai rencontré chez lui deux jours plus tard. Il était très fébrile, très volubile. Discours tangentiel. Il s'est dit très souffrant, il a souligné que sa consommation de pot pourrait être la cause. Il m'a apporté cette réflexion sur un plateau d'argent. Je lui ai demandé : « *Pourquoi penses-tu que ça pourrait être ça?* » Il m'a dit qu'il avait eu un diagnostic de psychose toxique. Je lui ai expliqué qu'on ne pouvait pas savoir s'il ne cessait pas de consommer pour un certain temps. Quand, au fil des rencontres, il a ouvert des portes sur sa consommation, sur sa motivation, sur le délire de persécution, j'ai mis de la théorie là-dessus. Sans dire, voilà ce qui t'arrive, je lui demandais plutôt : « *Qu'est-ce que tu comprends du délire de persécution, Jean?* » Alors, il disait ce qu'il en comprenait et je complétais l'information. « *Tu sais, les gens qui ont des délires de persécution, ils sont convaincus que c'est vrai, ils ne sont pas en train d'inventer une histoire volontairement. Pour eux c'est réel.* » Dans la conversation, ça s'est présenté comme un sujet de discussion générale sur différents thèmes. Je lui demandais ce qu'il en comprenait, puis je complétais. Ensuite, lui pouvait laisser mijoter ça dans sa tête.

Ce qu'il suggérait lui-même, c'était qu'il avait un problème psychologique. Il était ambivalent par rapport à sa santé mentale. Il reconnaissait qu'il vivait une anxiété démesurée, que ça l'envahissait et que c'était en train de le rendre fou. C'est ainsi qu'il nommait les choses. Je lui ai suggéré l'idée qu'il semblait pris dans un cercle vicieux et que les mécanismes qu'il avait mis en place depuis quatre ans pour aller mieux ne semblaient pas fonctionner ni lui apporter d'apaisement. Visiblement, il allait moins bien; il fallait peut-être envisager d'autres avenues, d'autres méthodes pour qu'il se sente mieux. Nous avons exploré ensemble les avenues possibles. Les médicaments, c'était peut-être une chose, diminuer le pote pourrait en être une autre, s'occuper, avoir une raison de se lever le matin, encore une autre. Il dormait

beaucoup, en effet. J'ai fait un lien entre la motivation et la consommation de pote qui pouvait venir la miner. Il était d'accord avec ça.

Nous avons organisé un autre rendez-vous avec le médecin, où il devait aller seul. Il ne s'est pas présenté. Je lui ai donné rendez-vous au bureau; il n'est pas venu non plus. Je l'ai rappelé, il s'est dit désolé, et nous avons convenu de nous voir le 1^{er} octobre pour faire son budget, payer le loyer et magasiner. Le 1^{er} du mois, j'ai cogné à la porte à plusieurs reprises. Il a finalement répondu en robe de chambre, disant qu'il était indisponible, car il avait consommé du crack toute la nuit et qu'il allait payer lui-même son loyer dans la journée. Je n'ai pas pu entrer chez lui; ce n'était pas le bon moment. Il m'a rappelé le 4. Il avait payé son loyer, plus une petite partie de sa dette du mois précédent. Il n'avait plus d'argent, ayant beaucoup consommé. Il a dit que la consommation était devenue un problème : cocaïne, crack et pot. Nous avons convenu de discuter, lors d'une prochaine rencontre, de la possibilité d'adhérer à la fiducie volontaire du projet.

Jean a ensuite manqué plusieurs rendez-vous au cours du mois d'octobre, mais il appelait ensuite pour s'excuser, évoquant souvent qu'il avait consommé ou qu'il était trop fatigué. Nous avons gardé le contact. Je l'appelais régulièrement pour prendre de ses nouvelles. Il disait se coucher et dormir de plus en plus tard. Je lui ai fait part de mon inquiétude face à son manque de motivation. Je lui ai dit que je respectais son choix, en lui rappelant, par ailleurs, que nous devions nous voir une fois par semaine, et qu'il manquait régulièrement des rendez-vous.

Écouter la souffrance derrière le délire

Jean était convaincu que les chanteurs écrivaient des chansons pour se moquer de lui, personnellement. Lors des différentes rencontres, mes interventions au sujet de son délire ont visé à lui faire explorer d'autres explications de ce qu'il vivait. Je ne le contrariais pas dans son délire, je lui posais des questions ouvertes et le laissais répondre afin qu'il constate éventuellement par lui-même que ses propos pouvaient être contradictoires. Par exemple, je lui ai demandé : « *Donc, tu as déjà rencontré Arianne Moffat, etc.?* » Il m'a répondu non. « *Explique-moi comment ils peuvent écrire des chansons sur toi sans te connaître.* » Il cherchait. Son explication a été que les chanteurs le connaissaient par l'intermédiaire d'autres gens. Je lui ai demandé aussi : « *Est-ce qu'ils se connaissent entre eux ces gens-là?* » Il a dit non, pas nécessairement. « *Tu penses que tous ces chanteurs ont la même idée d'écrire sur toi, sans te connaître et sans se connaître entre eux?* » Il réfléchissait. Je lui ai dit aussi qu'il nous arrive tous d'écouter des chansons qui nous touchent, qui nous rappellent des choses que nous avons vécues. Il y a des thèmes qui reviennent dans la vie des gens, comme la peine à la suite d'une rupture amoureuse, la perte de quelqu'un, et qui sont utilisés par les chanteurs. Il n'a pas réagi tout de suite, mais ça l'a probablement fait réfléchir sur son délire. Je n'argumentais pas, j'essayais de suggérer ou de lui faire trouver d'autres explications à ce qu'il expliquait de façon rigide.

Au début de novembre, nouvelle visite à domicile. Jean avait fait le ménage avant mon arrivée. Il écoutait de la musique et il était volubile, car il estimait que les paroles de certains chanteurs se rapportaient à lui. Il se sentait très souffrant, il disait souhaiter être cru au sujet des persécutions dont il

était l'objet et que celles-ci étaient réelles. En même temps, il se disait fatigué d'avoir des demi-diagnostic qui diffèrent d'une hospitalisation à l'autre. D'une certaine manière, il se parlait à lui-même, et tentait de soupeser la véracité de ses propos. Je suis restée dans cette ambiguïté sans le contrarier. J'ai mis l'accent sur la souffrance suscitée par ce dilemme et ce combat intérieur. Cette fois-là, je lui ai offert ses vingt minutes pour ventiler. Ensuite, nous avons parlé de l'adhésion à la fiducie comme nous en avons convenu au téléphone.

Évaluer les risques

Lors de cette même rencontre, je lui ai demandé ce qu'il faisait lorsqu'une personne dans la rue faisait des commentaires à son sujet. Envisageait-il de passer à l'acte? Il a répondu qu'il avait parfois le goût de les frapper, mais qu'il avait pu se contrôler jusqu'à présent. Je lui ai demandé s'il pensait qu'il pourrait arriver qu'il ne se contrôle pas. Il a dit oui. Je lui ai dit : *« J'ai envie de travailler avec toi, avec ce que tu veux. Mais, si tu sens que la situation devient hors de contrôle, plutôt qu'il arrive quelque chose de malheureux à toi ou à quelqu'un, il faut qu'on s'en parle absolument. Il faut qu'on mette en place des moyens de prévenir que tu blesses quelqu'un, que tu te blesses toi-même ou que tu te retrouves en prison à la suite d'un moment de colère impulsif. Je pense que tu es d'accord avec moi pour dire qu'en ce moment la vie est suffisamment difficile dans à peu près toutes les sphères, pour ne pas ajouter de problèmes? »* Il était tout à fait d'accord.

Dans les conversations que nous avons eues au cours du mois de novembre, dans ce qu'il disait sur sa colère, sur son sentiment d'envahissement, je sentais qu'il était de plus en plus à risque de passer à l'acte et cela me préoccupait. J'ai songé à faire une requête d'évaluation psychiatrique : Jean représentait un danger potentiel pour les autres étant donné sa paranoïa. Je lui avais proposé de ne pas parler de son délire à d'autres personnes et de garder notre rencontre comme une zone sécuritaire pour exprimer son angoisse. Mais le risque demeurait qu'il se mette en colère contre des personnes qu'il rencontrerait. Il arrive un moment où une personne n'est plus en mesure de faire des choix, elle a alors besoin que nous les fassions pour elle. Nous avons parfois la responsabilité de protéger une personne trop perturbée.

Étant donné que j'avais un bon lien avec Jean, que j'étais en contact régulier avec lui, que je possédais toutes les informations au sujet de ce suivi et que je demeurais disponible pour intervenir à tout moment, j'ai poussé la gestion des risques un peu plus loin que je ne l'aurais fait autrement. Avec l'anxiété que cela créait en moi : j'avais toujours en tête la crainte qu'il passe à l'acte et pose un geste grave. Je m'imaginais qu'il se retrouvait en prison, alors que je savais qu'il n'était pas apte à prendre de bonnes décisions et que je n'étais pas intervenue à temps.

Faire un bilan des trois derniers mois

Après trois mois de suivi, l'intervenante va tabler sur le lien établi avec Jean pour faire un bilan des derniers mois et lui faire part de son inquiétude.

Le retour de l'intervenante principale au dossier a été l'occasion de faire un bilan des trois mois de suivi auprès de Jean. En arrivant chez lui, je lui ai demandé si je pouvais résumer nos derniers mois de travail à l'intervenante pour qu'elle puisse continuer. Il a dit :

- *Oui, pas de problème.*
- *Si je dis des choses qui ne sont pas tout à fait comme tu les as perçues, ne te gêne pas, dis-le-moi. On va les clarifier.*

J'ai fait une rétrospective, je parlais à l'intervenante, je regardais Jean aussi. « *J'ai vu Jean pour la première fois le 25 août. Il était en logement depuis deux semaines. Il avait une bonne dette de consommation de pot, il disait que ce n'était pas encore problématique, mais qu'il consommait un peu plus. Que ça n'allait déjà pas si bien avec ses voisins. Et que ça s'est aggravé, n'est-ce pas Jean?* » J'ai fait une rétrospective en nommant les choses qu'il identifiait comme étant problématiques. Oui, il était d'accord qu'il se sentait de moins en moins bien dans son logement et dans son environnement, que nous avons fait des tentatives pour aller voir le médecin de la clinique à sa demande, mais qu'il avait manqué les rendez-vous. Donc, qu'il n'y avait toujours pas de changement de médication, comme il souhaitait. « *N'est-ce pas, Jean, tu disais que ce médicament-là ne te faisait rien?* » Il a répondu oui.

Devant Jean, j'ai dit à l'intervenante que lui et moi avons aussi vécu une tension lors de notre première rencontre, et que nous avons mis en place des stratégies pour gérer cela de la meilleure façon possible. J'ai profité de ce bilan pour parler des questions médicales, j'ai abordé le sujet de nos apprentissages mutuels, des avis de l'un et de l'autre; tout était ouvert, il connaissait toutes mes inquiétudes et je respectais ses réticences. Nous avons tous les deux fait un bout de chemin.

Lors de la rencontre suivante, j'en étais à dire à Jean que c'était difficile pour moi et nous avons récapitulé toutes les options que nous avons déjà explorées ensemble. « *Je suis de plus en plus mal à l'aise avec la situation. J'ai peur de ce que tu me dis, peur que tu frappes quelqu'un, que tu te blesses, qu'il t'arrive quelque chose. Je sais, parce que tu l'exprimes, que tu es très souffrant. Je m'en voudrais qu'il arrive quelque chose et que je n'aie rien fait pour l'éviter. Ce serait intolérable pour moi. Donc, réfléchis à ce qui peut être fait. Là, c'est moi qui te demande de m'aider à me sentir bien, à me sentir capable de tolérer ce qui se passe. Je vais te rappeler les idées que nous avons déjà identifiées au sujet de ce qui pourrait être fait. Soit nous faisons vraiment en sorte que tu ailles voir le médecin et qu'il y ait un changement de ta médication. Peut-être que ce sera suffisant et que ça se passera bien ensuite. Soit tu me dis que tu veux aller à l'hôpital. Ou encore que tu veux faire un séjour dans un centre de désintoxication. Ce sont les trois possibilités pour lesquelles je crois pouvoir t'aider, mais c'est toi qui vas me le dire. Maintenant, si tu choisis de ne rien faire et que je pense que tu mets ta vie ou celle de quelqu'un d'autre en danger, tu dois savoir que j'ai une responsabilité et que je vais te contraindre, je vais prendre une décision à ta place. J'espère que je n'aurai pas à faire ça, je suis très mal à l'aise avec cette idée, mais ça ne peut plus continuer. Nous sommes rendus au bout d'un chemin, il faut que tu prennes une décision.* » Je lui ai ouvert mon livre, pour ainsi dire.

Le lendemain matin, il avait laissé un message au travail disant : « *Je n'ai pas dormi de la nuit, mon anxiété est hors de contrôle, il faut que j'aille à l'hôpital. J'aimerais que tu m'accompagnes.* » Il a dit aussi

que toute la nuit, il avait voulu s'ouvrir les veines. Je l'ai rappelé : *« Ça va me prendre environ une heure pour me rendre chez toi. En attendant, prépare-toi comme si tu allais être hospitalisé, avec ton linge, ta brosse à dents. »*

Je l'ai retrouvé chez lui, il était prêt, son sac à la porte. On a vérifié son appartement, ses fenêtres. Je lui ai dit que je pensais qu'il prenait une bonne décision.

Hospitalisation volontaire

En route vers l'hôpital, Jean demeurait ambivalent et je l'ai de nouveau rassuré dans son choix de s'y rendre. À l'hôpital, ça s'est bien passé. Il est allé tout de suite au bureau d'accueil pour s'enregistrer. J'étais en arrière et j'ai attendu. Il était très nerveux. Au triage, l'infirmier l'a très bien accueilli. Puis il est sorti et on m'a appelée. Avant d'entrer, j'ai demandé à Jean s'il y avait des choses qu'il ne voulait pas que je dise, des sujets à ne pas aborder. C'était une façon de lui témoigner du respect. Il a dit que je pouvais dire tout ce que je savais. Devant l'infirmier au triage, je n'ai pas eu besoin de parler beaucoup, Jean avait été tellement délirant, l'infirmier l'avait trouvé très malade. Il a été hospitalisé. L'hôpital m'a appelée pour me dire qu'il était mis en garde préventive pour 72 heures – ce qui veut dire que même s'il avait voulu signer un refus de traitement, on ne l'aurait pas laissé partir jusqu'à ce qu'il ait une évaluation psychiatrique. Ça m'indiquait qu'il était très malade. Est-ce que j'avais trop attendu? Au final, j'étais contente du résultat : il y était allé par lui-même. Pendant tout le mois de son hospitalisation, Jean a coopéré, il n'a jamais été contraint de rester. Toutefois, j'ai su que l'hôpital aurait demandé une garde en établissement s'il n'avait pas voulu collaborer.

Vers la fin de son séjour, Jean m'a annoncé qu'il avait désormais un diagnostic officiel de schizophrénie paranoïde. Je lui ai demandé comment il se sentait face à ce diagnostic. Il disait avoir perdu ses repères pour en juger, il était dans la phase d'apprivoisement.

Retour sur une pratique

Pour conclure ce récit, l'intervenante explicite certains des paramètres qui interviennent dans l'évaluation des risques. Où est la ligne? Il n'y a pas de recette. Un lien établi avec beaucoup de persévérance, de constance et d'écoute et le fait que la personne soit domiciliée seront déterminants dans l'accompagnement de cet individu très malade.

J'ai été plus loin dans la prise de risque que je ne l'aurais fait auparavant parce qu'au fil des mois, il y avait eu un très bon lien d'établi avec Jean malgré le délire de persécution. Dans un autre contexte d'intervention, devant l'impossibilité de voir un médecin, devant l'impossibilité de l'accompagner à l'hôpital, j'aurais fait une requête d'évaluation psychiatrique pour un individu tenant des propos semblables à ceux de Jean. Dans un contexte d'interventions ponctuelles auprès d'une population itinérante où le contact est irrégulier, où une situation peut dégénérer et où on risque de perdre la personne de vue, la gestion des risques a une autre couleur. Comme intervenant, nous avons moins de prise pour faire une évaluation et un suivi serrés; nous sommes moins en mesure de gérer le risque. Par

contre, la gestion des risques est plus tolérable quand il s'agit d'un suivi auprès d'une personne domiciliée et que nous sommes en contact régulier avec elle. Jean avait un téléphone, je le voyais régulièrement chez lui, il donnait des nouvelles. Aussi, l'appartement lui procurait un endroit où se réfugier quand il allait moins bien. Tandis qu'une personne en situation d'itinérance, qui n'a pas d'espace privé, vit une stimulation constante et risque davantage un passage à l'acte.

C'est une intervention marquante dans ma vie d'intervenante. Ça demandait d'être très franche et très prudente à la fois; il y avait beaucoup de défis. C'est de la fine intervention sur le relationnel, de la relation d'aide, du non verbal. Pour l'intervenante que j'étais, c'était extrêmement délicat : pour chaque mot qui sortait de ma bouche, il y en avait cent qui se bouscuaient dans ma tête.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

8. Quand l'appartement rime avec ambivalence et augmentation des symptômes de la maladie mentale. Offrir des solutions de rechange

« Il faut que je respecte son rythme, tout en l'aidant à trouver des moyens. Les longs délais ne fonctionnent pas. Les non-délais non plus. Il faut savoir doser. »

— RÉSUMÉ —

De la rue au logement, il y a la dure transition entre deux univers. Il peut être anxiogène de rompre avec la vie de la rue et de se familiariser avec les responsabilités et les contraintes de la vie en logement. L'entrée en logement signifie souvent beaucoup de solitude et peut aussi susciter de l'insécurité financière et alimentaire. Quand elles arrivent en logement, certaines personnes reculent ou rechutent. À travers le projet Chez soi, les intervenants accompagnent les personnes dans cette transition de la vie à la rue à la vie en logement.

Ce récit raconte le travail d'accompagnement auprès d'une femme, Hélène, qui souffre de schizophrénie et dont les symptômes de la maladie mentale sont intimement liés au logement. De plus, la vie en logement présente pour elle des défis de divers ordres, dont ceux liés à l'hygiène corporelle, à l'entretien des lieux et à l'isolement. En collaboration avec l'équipe logement, plusieurs mois s'écouleront à chercher avec Hélène un appartement qui soit le moins anxiogène possible, sans savoir tout à fait quels sont ces critères. L'entrée en logement va rapidement induire une crise et Hélène sera hospitalisée. À sa sortie de l'hôpital, un espace de transition sera aménagé quelque part entre la rue et le logement, en négociant un répit avec une ressource d'hébergement. Puis, on lui donnera le temps nécessaire pour qu'elle décide par elle-même de la forme d'hébergement qui lui convient le mieux.

L'intervention va consister à composer avec l'ambivalence de cette dame à l'égard d'un logement autonome. Il s'agira d'explorer avec elle diverses possibilités, sans présumer de ce qui lui conviendra en matière d'hébergement. Pour ce faire, l'intervenante utilisera divers outils : balances décisionnelles, plans d'intervention, plans de prévention de crise et bilan. Elle fera par-dessus tout preuve de patience et d'écoute pour accompagner à son rythme et soutenir dans ses décisions une personne qui a de la difficulté à se mobiliser. Un récit qui témoigne de la capacité de l'intervenante à danser avec l'ambivalence de la personne et à demeurer sensible à sa souffrance.

Portrait d'une nouvelle participante

Hélène, pour qui les appartements ont par le passé toujours été investis à travers le délire, est passablement anxieuse à l'idée d'y retourner. Étant donné un case load peu chargé au départ de ce suivi, l'intervenante sera en mesure de lui offrir un suivi intensif au cours des premiers mois de son entrée au projet, et ainsi d'apprendre à la connaître.

J'ai passé beaucoup de temps avec Hélène au début du suivi. Je l'ai vu trois fois par semaine pendant longtemps et deux fois par semaines pendant plusieurs autres mois. Elle a 52 ans, elle est assez corpulente et elle a d'importants problèmes d'hygiène. Ça remonte à loin. Elle nous l'a dit dès le départ. À son entrée au projet, elle était dans les ressources d'hébergement depuis une bonne année. Elle a un suivi en psychiatrie. Au début, elle disait que le diagnostic était « psychose paranoïde avec trouble obsessionnel compulsif ». Elle ne prenait que des antidépresseurs. Elle m'a parlé d'agressions sexuelles par son père qui ont duré plusieurs années. Elle est mère d'une fille de 22 ans, qu'elle a eue à sa charge jusqu'à l'âge de 8 ou 9 ans. Puis, elle en a perdu la garde à cause de l'insalubrité de son logement et de problèmes d'hygiène. Elle a eu cette enfant à la suite d'une agression à l'âge de 28 ans. Elle était dans un hôpital psychiatrique durant sa grossesse.

Hélène a vécu une alternance d'épisodes de vie en appartement et de vie à la rue. Elle a eu plusieurs expériences en logement et, chaque fois, le même scénario s'est reproduit : les voisins « l'écoutaient » avec des instruments à travers les murs et lui demandaient de partir. Sa paranoïa était très reliée au fait de se retrouver en logement. Dans son dernier appartement, elle m'a raconté qu'elle s'était isolée dans sa chambre pendant une longue période, parce qu'elle se sentait persécutée par les voisins qui l'épiaient. Elle avait cessé de payer son loyer, puis elle a été amenée en psychiatrie et elle s'est retrouvée à la rue une fois de plus.

Tout mettre en œuvre dans la recherche d'un appartement

L'intervenante va accompagner Hélène pendant plusieurs mois dans la recherche d'un appartement qui lui convienne, sans savoir précisément quels sont les critères les plus importants pour elle. Différentes stratégies seront mises en œuvre pour trouver le bon logement, dans une collaboration étroite avec l'équipe logement, alors que visite après visite, Hélène refuse les endroits visités. Ce sera à force d'explorer avec elle, et notamment en cherchant ensemble le logement, que se préciseront les critères à partir desquels elle évalue les logements visités. Au bout du compte, il devient clair que les attentes ne concernent pas uniquement les lieux physiques, mais aussi la qualité de la relation et le rapport de confiance possible avec le propriétaire.

À son arrivée au projet, Hélène voulait habiter sur le Plateau; elle s'y sentait bien, en connaissait les ressources. Nous avons visité plusieurs logements, mais il y avait toujours plusieurs petites choses qui ne lui convenaient pas. Je pensais que c'était en lien avec son trouble obsessionnel compulsif. Dans le premier logement visité, elle voyait de la poussière dans les fentes du plancher, c'est pourquoi elle n'a pas voulu y emménager. Il y a eu deux autres visites et les lieux ne lui convenaient pas pour des raisons similaires : par exemple, l'intérieur du réfrigérateur était sale. Par la suite, il a été convenu avec l'équipe logement de faire un nettoyage en profondeur des logements que nous lui faisons visiter. Malgré cela, il y avait tout de même des choses qui accrochaient. Visiblement, les visites de logement la rendaient très anxieuse.

Cette participante nous a permis de changer les règles du jeu et d'innover en matière de recherche de logement. Quelques mois après son entrée au projet, on voyait que la démarche était infructueuse et

qu'il n'y avait pas de logement lui convenant parmi ceux proposés par l'équipe logement. Aucun appartement ne la satisfaisait. Nous avons donc convenu qu'il serait préférable qu'elle se mette elle-même en quête de son propre logement. Nous nous sommes fait la réflexion que si elle sabotait le travail de l'équipe logement, cela signifiait peut-être qu'elle n'était pas prête à vivre en logement. Et si elle était effectivement intéressée par un logement, en l'accompagnant à chercher elle-même, peut-être que ses critères de sélection se préciseraient et diminueraient au fil du temps.

Alors, nous nous sommes mises à faire des recherches ensemble. Nous avons pris rendez-vous à deux endroits. Le propriétaire du premier appartement visité ne souhaitait pas participer au projet. La seconde visite, par contre, s'est très bien passée. Le propriétaire nous a fait voir deux logements. Hélène a préféré le plus petit, mais il a été loué avant que ne soit conclue une entente entre le propriétaire et le projet Chez soi.

Elle était ambivalente pendant l'attente et nous lui avons proposé de revisiter le plus grand appartement, un trois et demi. Nous avons pensé qu'un trouble obsessionnel compulsif l'empêchait d'apprécier les lieux visités. C'est pourquoi nous avons eu l'idée de meubler l'appartement et de faire un ménage en profondeur avant qu'elle ne le visite à nouveau. Nous avons eu cette idée avec l'équipe logement pour mettre le logement en valeur. Le propriétaire et l'équipe logement ont vu aux petites rénovations à faire dans le logement : la peinture, le nettoyage, etc. Et nous avons meublé les lieux avant qu'elle le visite. Finalement, elle y a emménagé. Après coup, on se rencontre que le fait qu'elle ait aimé le propriétaire a probablement également été déterminant. Aux autres endroits, elle n'avait pas aimé les propriétaires.

Un premier plan de prévention de la crise

Dès les premières rencontres, les intervenants préparent un plan de prévention de crise avec les personnes qui bénéficient d'un suivi. Il s'agit d'un outil clinique important pour connaître la personne, mieux intervenir auprès d'elle et l'amener à être l'auteure de la solution. Qu'est-ce qu'une crise pour elle? Comment la vit-elle? Quels sont ses moyens pour y faire face? À quoi s'attend-elle de l'équipe à ce moment-là? Dès le départ de la relation d'aide, la personne est appelée à s'approprier son suivi. Ce plan de prévention de crise permet également de bien définir le rôle de l'intervenante dans le cadre du suivi.

J'ai fait des plans de crise avec Hélène. La première fois, elle disait ne pas avoir de problème de santé mentale. Ce qu'elle définissait comme une crise était le fait de ne pas avoir d'argent; elle se disait très dépensière. Elle a elle-même trouvé une solution en demandant à sa fille de 22 ans de payer son loyer pour elle chaque mois. Et ce qui pouvait la stresser, c'était lorsque sa fille ne voulait pas la voir ou lui parler. Au début du suivi, elle broyait du noir. Un moyen qu'elle se donnait d'en sortir était la foi. Ses délires aussi sont beaucoup en lien avec la religion. Comme façon de l'aider, elle proposait de contacter sa fille si elle n'allait pas bien. Elle me disait également de l'écouter et de la soutenir, que c'était ce qui l'aidait.

Emménagement et réapparition précipitée des symptômes de schizophrénie

L'entrée en logement va être source d'anxiété et rapidement induire une crise. S'en suivra l'hospitalisation d'Hélène, pendant quelques mois, au cours desquels l'intervenante continue de la visiter toutes les semaines. Les options d'habitation sont alors explorées avec la participante, sa fille et le psychiatre qui assure un suivi auprès d'elle depuis de nombreuses années.

La vie en logement s'est bien déroulée lors des premières semaines. Puis, Hélène a commencé à entendre sa voisine. Elle disait que cette dernière soupirait chaque fois qu'elle faisait couler l'eau dans la salle de bain. Ça l'empêchait de se laver. Elle n'a presque jamais pris sa douche au cours des trois premiers mois en logement. J'ai eu l'occasion de la voir agir, elle a un blocage avant d'aller sous la douche. Elle se balance et devient très anxieuse.

Puis, elle s'est mise à aller très mal. Elle pleurait beaucoup, disait qu'elle s'était éloignée de la religion et que ça la rendait triste. Elle a vu des démons dans son appartement. Elle avait une plaque rouge sur sa peau et était convaincue que le diable l'avait mordue. Des idées paranoïdes se sont également installées au sujet de son propriétaire. Elle avait vu le propriétaire avec son camion tard dans la nuit et elle pensait qu'il était là pour recueillir sa dépouille. Elle a eu très peur. Cette nuit-là, elle a appelé une ambulance, mais elle n'a finalement pas attendu et s'est rendue dans une ressource d'hébergement. Là-bas, on l'a envoyée à l'hôpital. Elle y a fait un séjour de plusieurs mois. Sa fille nous a contactés pour nous informer qu'elle était hospitalisée.

Durant toute l'hospitalisation d'Hélène, j'ai été en contact avec sa fille et son psychiatre. Nous avons appris qu'elle avait cessé graduellement de prendre ses médicaments au cours des semaines précédant son hospitalisation. Lors des rencontres qui ont eu lieu avec le psychiatre pour faire le point sur la situation, ce dernier a fait valoir que cette femme était schizophrène depuis plus de vingt ans et que sa paranoïa avait toujours été reliée au logement. Elle avait eu d'autres expériences en logement et d'autres épisodes d'itinérance par le passé. C'était toujours le même scénario : les voisins « l'écoutaient » et lui demandaient de partir. Par ailleurs, le psychiatre avait pu constater que lorsqu'Hélène était en ressource d'hébergement, ça se passait relativement bien. Il y avait un certain cadre. Donc, il estimait que l'appartement était trop anxiogène pour elle, puisque la même situation se reproduisait chaque fois, et qu'il serait préférable qu'elle résidât dans une ressource supervisée. Nous avons gardé cela en tête. Et nous avons exploré avec Hélène ce qu'elle souhaitait faire.

L'ambivalence quant au retour en logement et la recherche d'alternatives

Vu l'ambivalence d'Hélène au regard d'un retour en logement, une collaboration sera développée avec une ressource d'hébergement afin de lui permettre de faire la transition entre la rue et l'appartement. Pendant de nombreuses semaines, Hélène va vivre un pied dans une ressource d'hébergement et un pied dans son appartement. Pendant ce temps, les différentes options resteront ouvertes, afin de donner à la participante le temps de prendre sa décision.

Au cours des semaines qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, Hélène vivait beaucoup d'ambivalence entre vivre dans son logement ou retourner dans la ressource d'hébergement. Parfois elle voulait quitter le logement, car il était hanté, mais elle jonglait avec le fait que sa fille l'encourageait à le conserver. À d'autres moments, elle disait ne plus vouloir aller dans la ressource d'hébergement, car elle était contrainte d'y prendre des douches.

Ainsi, nous avons fait une entente avec l'hébergement d'urgence où elle avait l'habitude d'aller : elle pourrait s'y rendre quand elle ne se sentirait pas bien. C'est un beau travail de collaboration avec le personnel de la ressource. Nous savions que ça allait bien pour elle là-bas. Elle a peu d'idées paranoïdes quand elle est dans cette ressource d'hébergement. Parfois, ses relations avec les autres femmes étaient un peu difficiles, elle ne se sentait pas toujours à l'aise en groupe. Malgré cela, elle se portait relativement bien dans cette ressource.

Au début, l'entente avec la ressource était qu'Hélène pouvait y aller chaque fois qu'elle le désirait. Mais il y eût une période où elle n'allait plus du tout à son appartement, et elle passait toutes ses nuits à l'accueil de nuit tout en gardant son appartement. Puisqu'elle se présentait à l'accueil de nuit, il arrivait qu'il n'y ait pas de place, et elle passait alors la nuit éveillée dans un café, craignant de se faire voler son sac. Le personnel de la ressource d'hébergement a dû tracer une limite. Ils ont fait valoir qu'ils devaient refuser trop de femmes qui, elles, n'avaient pas d'appartement. Ils souhaitaient aider Hélène, mais ne pouvaient pas prétendre qu'elle n'avait pas d'appartement. Il lui a donc accordé un maximum de deux nuits par semaine. À partir de ce moment-là, Hélène n'est plus retournée à la ressource pour y dormir. Elle est restée dans son appartement.

Après la règle du deux jours par semaine à l'accueil de nuit, une place d'hébergement à long terme pour une année s'est libérée dans la ressource d'hébergement. Ils ont alors pensé à elle et m'ont appelée. Nous en avons parlé avec Hélène. Elle pouvait résilier son bail et s'y installer pour une année à temps complet. L'année suivante, elle pourrait tenter de nouveau l'expérience en appartement si elle le souhaitait. Au début, elle trouvait que c'était une très bonne idée. Pendant plusieurs semaines, elle a hésité. À la ressource, on me disait qu'on ne pourrait pas garder sa place indéfiniment. Puis, son domicile a été infesté de punaises et ce fut pour elle une grande source d'anxiété. Elle n'arrivait pas à prendre une décision, à faire ses sacs, à nettoyer ses vêtements et ses draps. Avec l'équipe logement, nous avons dû mettre un peu de pression pour qu'elle le fasse. Sur les entrefaites, elle a décidé de ne pas quitter son logement.

Nous lui avons toujours offert le choix, chaque fois qu'il y a eu des difficultés. Nous lui avons proposé des solutions et avons attendu qu'elle accroche à quelque chose, sans présumer de ce que ce serait. Puis, nous avons essayé de comprendre ce à quoi elle avait accroché. On peut dire qu'elle a aussi chaque fois vécu l'inconfort jusqu'au bout. Nous ne tentions pas de la sauver, de lui éviter les contraintes liées à un choix ou un autre. Nous lui avons proposé un choix. Et ça revenait à dire : « *qu'est-ce qui est le plus difficile pour toi : l'isolement du logement ou la douche?* » C'est elle qui a choisi le moins pire. Et l'on comprend après coup que, pour elle, prendre une douche représente des difficultés plus grandes que celles liées au logement. Nous ne le savions pas.

Faire un deuxième plan de prévention de crise, un plan d'intervention et un bilan

Cette fois-ci l'élaboration d'un plan de crise va s'établir à la lumière des expériences qu'Hélène aura faites lors de ses premiers mois en appartement. L'intervenante va l'aider à identifier les sphères de vie qu'elle souhaite améliorer et l'accompagner dans la recherche de moyens pour y arriver. Elle fera également un bilan avec Hélène après six mois de suivi sur ses objectifs, préoccupations et sphères de vie insatisfaisantes à son entrée au projet et sur les moyens mis en oeuvre pour aller vers un mieux-être.

Après six mois dans le projet, c'est un bilan positif qu'a fait Hélène. Le seul fait de rester en logement est positif pour elle. Il y a toujours eu de la paranoïa associée au logement. Cette fois-ci, elle est demeurée en logement. Depuis quelques mois, elle dort seulement chez elle; c'est un grand pas de franchi. Elle prend ses médicaments régulièrement. C'est la première fois. Elle accepte mieux sa maladie mentale et elle semble désormais associer davantage médication et mieux-être. Elle n'a pas reparlé des démons. Lorsqu'elle parle du propriétaire, c'est au sujet des rénovations à faire; elle est dans quelque chose de plus rationnel. Elle parle encore un peu de sa voisine, mais c'est toujours pour dire que cette dernière soupire lorsqu'elle va dans sa salle de bain.

J'ai fait un second plan de crise avec elle et le résultat a été très différent de la première fois. Désormais, sa définition d'une crise est la suivante : une crise cardiaque, les démons ou les cauchemars. Avant sa psychose elle faisait beaucoup de cauchemars, où son père l'agressait. Elle était capable de faire le lien entre l'arrêt des médicaments et les cauchemars. Ce qu'elle identifiait comme manière de l'aider : que je la visite et que l'on sorte de chez elle. Elle vit dans un grand isolement, elle s'ennuie beaucoup et passe ses journées dans un café. Elle n'a pas vraiment d'amis. Il n'y a pratiquement que moi qui la vois une fois par semaine. Elle m'a donné des leviers d'intervention concrets. C'était surprenant, et en accord avec ce que j'avais pour ma part identifié.

Par ailleurs, j'ai fait une entente avec son psychiatre : si elle ne va pas à ses rendez-vous, il m'appellera. Je souhaitais être capable de prévenir les périodes où elle irait moins bien, puisque c'est souvent consécutif à l'arrêt de la prise de ses médicaments.

Puis, nous avons fait son plan d'intervention quelque temps après son retour en appartement. Nous avons consacré trois rencontres à l'élaboration de ce plan d'intervention. Depuis qu'Hélène a une nouvelle médication, il y a parfois de longs moments de silence. C'est aussi quelqu'un qui ne se décide pas facilement à agir. Il faut que je respecte son rythme, mais quand même, il faut que je l'aide à trouver des solutions. Souvent, elle en trouve par elle-même.

Ses objectifs étaient de se débarrasser des punaises, d'entretenir les planchers de son logement et d'arrêter de fumer. Il y avait aussi un objectif concernant l'hygiène. Comme tâche, elle voulait prendre une douche avant Noël parce qu'il y avait des activités auxquelles elle souhaitait participer. Elle est mal à l'aise quand elle est dans un groupe et qu'elle n'a pas une bonne hygiène; elle sait que ça peut être déplaisant pour les autres. Nous avons discuté en équipe de la question de son hygiène et du fait que

l'arrivée de Noël était pour elle une source d'anxiété. Comment était-il possible de l'aider? Il s'agissait de ne rien lui imposer, mais de rendre l'action plus attrayante. J'ai fait un travail d'exploration avec elle à propos de ce qui la bloque, quelles seraient des conditions idéales pour prendre une douche, quelles sont les autres possibilités? D'une part, nous avons convenu qu'elle n'était pas obligée de tout laver en même temps. Qu'elle pouvait commencer par quelque chose, ses cheveux notamment. Quand je lui ai proposé qu'elle s'offre une coupe de cheveux pour Noël, elle a dit que c'était une bonne idée. Elle est allée au coiffeur et elle a adoré son expérience. Au dîner de Noël de l'équipe, elle était présente et avait réussi à prendre soin de son hygiène.

Cela dit, quelques mois plus tard, le problème d'hygiène est encore là. C'est encore difficile pour elle de prendre une douche. Pour ma part, je n'ai pas à lui mettre des limites fermes : « *il faut absolument que tu prennes ta douche, sinon je ne te rencontre plus* ». Elle doit le faire pour elle. Le contexte de l'appartement n'est pas celui des ressources d'hébergement où les personnes sont tenues de prendre des douches. Elle vit déjà beaucoup de rejet à cause de son problème d'hygiène. Elle a beaucoup de gêne. Elle en est très consciente. C'est un bon levier. Mais, en même temps, il ne faut pas que cela serve à la culpabiliser. C'est déjà difficile pour elle. Il s'agit plutôt d'enlever la pression.

Un suivi réussi? Soutenir la personne dans ses choix

Pour conclure, l'intervenante propose une réflexion sur les apprentissages réalisés au cours de ce suivi pour accompagner une personne très ambivalente dans la transition de la rue au logement. Elle note le travail à faire sur soi pour respecter le rythme et soutenir les décisions des personnes. Le cœur de son intervention va consister à outiller Hélène afin que cette dernière soit en mesure de prendre des décisions éclairées, en lui offrant différents choix, sans présumer de ce que sera la bonne option pour elle. Il s'agira de lui redonner le pouvoir sur sa vie, d'une façon très concrète. Après plusieurs mois de suivi, elle fait un bilan à la lumière de l'histoire de la participante et du développement de sa capacité d'autodétermination. Elle rappelle le temps nécessaire pour apprendre à la connaître, à l'écouter, à la soutenir et les diverses tentatives pour explorer ce qui convient à cette dame et les petits pas réalisés, un à la fois.

Nous avons laissé toute la latitude nécessaire pour qu'Hélène choisisse elle-même. Nous ne pouvons pas présumer de ce qui conviendra à une personne. Chaque fois, nous sommes surpris comme intervenant. Et à travers ça, Hélène a vu qu'elle était capable de faire des choix, bien qu'il n'y ait pas de choix idéal. Comme intervenant, il ne faut pas prendre sur soi l'inconfort de la personne. Il s'agit de lui montrer les pour et les contres et de prendre le temps de l'écouter vraiment, sans arriver avec la pilule magique. Le plus souvent, nous n'avons pas la réponse. Nous la cherchons avec les personnes. Qui sommes-nous pour dire à une personne ce qu'est la bonne solution pour elle?

Et en tant qu'intervenante, notre rôle est de reconnaître et de mettre en évidence les progrès, même s'ils arrivent au compte-gouttes : elle demeure dans son logement, elle s'implique dans les activités du projet, elle se mobilise un peu plus, elle reconnaît sa maladie, pour la première fois de sa vie elle parle de trouver un emploi. Nous avons un bon lien. Et les progrès, je les évalue avec elle, en fonction de son

histoire, de ses difficultés, de ses aptitudes. Parfois, nous pouvons avoir tendance à appliquer nos propres valeurs aux situations des personnes, entre autres, en ce qui concerne l'hygiène. Il faut savoir se décentrer de soi.

Mon rôle est de l'accompagner et de la soutenir dans ce qu'elle fait. Je l'accompagne dans sa recherche de solutions aussi. Mais lorsque je lui propose des moyens, ce ne sont pas toujours ceux qui sont efficaces. Souvent, c'est difficile; j'ai vécu des moments de découragement : « *comment ce fait-il qu'elle ne se mette pas dans l'action?* » Je me suis sentie parfois à court de moyens. Je lui offrais de nombreuses options et elle les refusait. J'ai appris à lui proposer des choix sans rien imposer, à respecter son rythme et à soutenir ses propres décisions. Les courts délais ne fonctionnent pas. Les non-délais non plus. Il faut savoir doser. J'ai appris à ne pas trop la pousser. Il faut que ça vienne d'elle. Et à travers tout ça, nous voyons qu'elle apprend à mieux s'affirmer.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

9. Une psychiatre à domicile

« L'état mental s'inscrit dans un cadre, dans une communauté, dans un environnement. Ce sont tous des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation d'une bonne santé mentale. »

—RÉSUMÉ—

L'Équipe SIM est une équipe multidisciplinaire centrée sur les activités quotidiennes en collaboration étroite avec la psychiatrie. Les divers professionnels de cette équipe interviennent dans des cadres plus souples et moins définis que le veut généralement leur formation et ils sont appelés à se déplacer dans le milieu des personnes, à amener les services là où elles se trouvent.

Ce récit relate diverses visites à domicile effectuées par la psychiatre de l'équipe. Ces visites sont l'occasion d'initier et de développer la relation thérapeutique hors des bureaux et de l'institution, et de découvrir l'univers physique, social et communautaire dans lequel évoluent les personnes. Une vision positive du sujet est au fondement de la pratique des visites à domicile : les personnes qui ont un parcours d'itinérance et souffrent de troubles mentaux peuvent, moyennant l'accueil et l'accompagnement adéquat, s'inscrire dans une relation thérapeutique. Ces visites permettent de faire des pas de plus dans la compréhension de leur dynamique, dans l'évaluation de leur état mental, dans l'établissement d'un diagnostic et, plus généralement, dans le suivi offert par l'équipe. Si cette pratique existe également dans les équipes SIM hospitalières, elle revêt une importance toute particulière au projet Chez soi.

POSER LES BASES D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE

Alors que certaines approches psychiatriques mettent de l'avant que les personnes ayant un parcours d'itinérance sont de mauvais historiens, compte tenu de l'état de désorganisation et d'immédiateté dans lequel elles se trouvent, la psychiatre de l'équipe SIM les envisage en tant qu'acteurs capables de revenir sur leur histoire personnelle et sur leur vie souvent marginale. La visite à domicile est ici envisagée comme une occasion privilégiée d'entrer en relation avec les personnes et de construire les conditions d'une relation thérapeutique. La clinicienne raconte la nature des entretiens avec les personnes suivies dans le cadre du projet Chez soi : des entretiens axés sur des éléments concrets et sur le quotidien, des entretiens plus familiers et chaleureux que la distance respectée habituellement par les psychiatres.

Connaître les lieux physiques qu'occupent les personnes permet d'obtenir des éléments uniques à l'établissement d'une relation. Les visites à domicile sont l'occasion d'échanger au sujet de choses concrètes avec des personnes souvent peu en lien avec elles-mêmes. Lorsque je vais à domicile, je suis aux aguets de ce qui pourrait me servir à débiter et à entretenir une communication active et ouverte. Non seulement je me rends sur les lieux, mais je m'en souviens par la suite et je peux en discuter avec les personnes lors des rencontres suivantes. Je peux relier les personnes à un aspect de leur vie et de leur habitat qui leur appartient en propre. Ce sont des gens qui viennent de très loin; il faut trouver d'autres moyens de communiquer avec eux que les moyens classiques, rejoindre les personnes là où elles sont. C'est pourquoi il m'importe de pouvoir dire lors d'une prochaine rencontre : « Sur votre réfrigérateur,

vous aviez mis telle photo ou telle image, vous en souvenez-vous? » Ça me donne des moyens très différents de travailler. Ce sont des gens qui ont longtemps été invisibles en vivant à la rue. Pour les sortir de cet anonymat, il faut s'appuyer sur des choses concrètes et significatives pour eux.

Je ne travaille plus totalement comme on me l'a enseigné. Je ne suis plus la personne neutre et inaccessible. Je suis une personne humaine, vivante, très près d'eux, très affective. Ce sont des personnes avec qui j'ai non pas une entrevue, mais une conversation. C'est chaleureux, les gens se sentent à l'aise. Je me préoccupe également davantage de leurs besoins de base qu'en psychiatrie conventionnelle : « *Avez-vous mangé trois fois par jour, avez-vous de bons vêtements, êtes-vous préparé pour l'hiver?* » Quand arrive la période des Fêtes, j'en parle ouvertement. Nos patients habituels, nous les laissons venir. Mais avec les personnes qui ont vécu l'itinérance, j'aborde cette question dès la mi-novembre, en sachant que, très souvent, les personnes n'ont pas de famille, qu'elles n'auront pas préparé le temps des Fêtes ou qu'elles vont fuir cette période. J'assure également un suivi de leur santé physique. J'invite la personne à rencontrer un omnipraticien, à être assidue à l'égard de ses tests de diabète, à consulter un gynécologue. Il faut dire et redire, faire de l'éducation au sujet de leur santé trop longtemps négligée. Les autres intervenants de l'équipe y voient également, mais l'impact est autre lorsque le médecin le rappelle.

Sortir de l'isolement

La psychiatre visite chez lui un participant qui a longtemps vécu à la rue, afin d'initier une relation thérapeutique et recueillir des éléments concrets pour entrer en dialogue avec lui. La relation qui s'établit lors de cette visite va susciter chez cet homme une disposition à raconter son histoire.

Nous avons visité M. Aubut à son domicile. Il a longtemps vécu à la rue et il éprouve des difficultés majeures; il souffre d'un diabète sévère et de limitations physiques. Lors de cette visite, la propreté de son appartement combinée à la nudité des lieux m'avait frappée. L'appartement était bien tenu. L'ami qu'il hébergeait quelques jours par semaine prenait soin de lui : il faisait ses commissions puisqu'il éprouve des difficultés à marcher. J'étais étonnée aussi de voir que ce lieu de vie était très vide. Quand je vais dans les appartements, ça me frappe toujours de voir la nudité des murs, qui représente la nudité intérieure, l'oisiveté, la solitude et le manque de sens. L'autre aspect qui m'avait frappée était que le seul passe-temps de M. Aubut consistait à s'installer sur son balcon et à parler avec les passants et les commerçants du coin. Tout le monde semblait le connaître. Il avait donc une certaine vie sociale en été, mais l'automne venu, il faudrait penser à une autre forme de socialisation. Ce sont des observations que retient un psychiatre lors d'une visite à domicile.

Quand je revois M. Aubut trois mois plus tard, la belle saison est terminée et il ne peut plus sortir sur le balcon pour parler avec les gens. En le revoyant, j'avais l'appartement en tête tout au long de notre entretien. La visite à son appartement me donne toutes sortes d'éléments; je suis capable de le situer dans un milieu. Je lui ai posé des questions. L'homme qui habitait chez lui était parti récemment. Alors il s'était remis à faire la cuisine et une dame logeant au même étage l'aidait pour les courses. Et lui, à sa façon, s'occupait du grand garçon de cette voisine. Cette dernière lui avait, d'ailleurs, promis deux

tourtières pour Noël. Ce sont de petits gestes. Mais, comme il a dit, « *pour moi qui ai couché dehors, c'est déjà beaucoup.* » Ce sont autant d'éléments reliés à une vie plus stable en appartement. Je le questionnais et j'ai eu l'impression qu'il commençait à habiter son appartement, à le rendre plus vivant. Il s'était procuré un petit chat.

Il s'est passé quelque chose d'émouvant lors de cette rencontre à l'automne, au cours de laquelle M. Aubut nous a parlé de son lourd passé, de l'abandon par ses parents, de l'alcoolisme, des années de prison, de la vente de drogue. Il s'est mis à nous parler de son enfance et aussi, qu'à son âge, il lui serait agréable d'avoir une compagne. Il a dit : « *j'ai payé pendant dix ans, maintenant je veux être tranquille. Il faut maintenant que je sorte de moi-même et que j'aille vers les autres si je veux avoir de la joie dans ma vie.* » Nous le voyons se transformer tranquillement. Entre ce que j'ai vu chez lui et ce que j'ai vu au bureau trois mois plus tard, je trouve cette transformation extraordinaire, et je peux le saisir, lui, davantage parce que j'ai bien visualisé son environnement.

Habiter son logement pour habiter son corps

La visite à domicile va permettre d'entrer en relation avec Mme Lacourse et à mieux saisir sa dynamique. La psychiatre établit des parallèles entre l'intérieur de l'appartement et la vie psychique de la personne. C'est une fois qu'elle sera stabilisée en logement que cette dame va entamer des démarches concernant sa santé physique.

Mme Lacourse est une personne difficile à aider. À son entrée au projet, de nombreuses ressources d'aide à Montréal l'avaient laissée tomber. Il fallait créer un lien avec elle et c'est pourquoi je me suis rendue à son domicile. Elle n'a pas reçu de diagnostic précis. Peut-être souffre-t-elle d'une maladie bipolaire qui n'a jamais été traitée. Nous ne pouvons pas la traiter ni établir un diagnostic tant et aussi longtemps qu'elle consommera régulièrement des amphétamines.

J'ai visité Mme Lacourse dans son deuxième appartement offert dans le cadre du projet. J'avais plaisir à la voir tout nous présenter avec une grande fierté son appartement très bien organisé, très féminin. « *Venez que je vous montre! J'ai fait ça et ça. J'ai tel projet, quand j'aurai un peu de sous, j'ajouterai ceci.* » Elle a pris possession de son appartement. Cette visite était pour elle l'occasion de nous montrer ce dont elle était capable : sa discipline, son sens artistique. Elle avait décoré les lieux avec presque rien : des bouts de ruban, de dentelle, une fleur séchée. Elle avait aménagé son intérieur et, moi, ça me donnait la chance de comprendre comment elle aménage son intérieur à elle. La façon dont c'est aménagé dans sa tête. Mme Lacourse allait bien ce jour-là, elle n'était pas intoxiquée.

Par la suite, l'appartement de Mme Lacourse a été vandalisé. Quelqu'un est entré chez elle et a lacéré son manteau et son divan. C'est arrivé dans trois appartements de son immeuble. On a brisé ses choses, le décor qu'elle avait aménagé. Elle était très triste. La blessure intérieure était inscrite dans l'appartement. Elle avait peur de dormir chez elle et elle voulait que les serrures soient changées. C'était comme si son monde s'écroulait. Ce qu'elle s'était bâti avait été violé. Il semble, cependant, que ça lui ait donné l'élan pour prendre soin de sa santé physique. L'intérieur de l'appartement avait été abîmé, donc

elle ne laisserait plus son intérieur à elle être endommagé de la même façon. Elle a commencé à s'occuper de son corps et de son intérieur. L'équipe s'est occupée de l'intérieur de l'appartement et nous l'avons aidé à mettre de l'harmonie dans tout ça. Mme Lacourse ne faisait rien pour sa santé physique avant son entrée au projet Chez soi, six mois auparavant et, désormais, elle commençait à agir. Elle a pris beaucoup de cocaïne et elle présente une perforation nasale complète et des atteintes sinusales; elle saigne du nez continuellement et souffre de maux de tête. Elle a pris rendez-vous pour son nez, ainsi que pour la résection d'une tumeur au bras droit qui l'handicapait dans ses mouvements.

Nous avons dernièrement épluché avec elle son dossier médical. Nous avons pu démystifier certaines choses, nous détenons désormais des informations précises sur sa santé. Il sera donc possible d'aller plus loin avec la patiente désormais, car il y a de nombreuses confusions chez Mme Lacourse à propos de sa santé physique. Par ailleurs, j'avais beaucoup d'inquiétudes au sujet d'un éventuel delirium sévère postopératoire à cause de sa forte consommation d'amphétamine. Les personnes deviennent alors complètement désorganisées, comme dans le cas d'une psychose hallucinatoire. Je l'en ai avertie. Elle est articulée et elle est aussi informée, mais allait-elle s'en souvenir? J'ai insisté auprès de l'équipe pour qu'elle soit accompagnée chez le chirurgien. Avec cette visite à domicile et la préparation efficace, Mme Lacourse a bien collaboré et la chirurgie fut un succès et a permis de diminuer sa peur panique de l'anesthésie. Il y aura encore des hauts et des bas, mais nous faisons de petits pas.

ÉVALUER L'ÉTAT MENTAL DES PERSONNES

Si tous les membres de l'équipe visitent les personnes à domicile, il arrive que la demande soit spécifiquement faite à la psychiatre de se déplacer chez les personnes pour faire une évaluation de leur état mental, établir un diagnostic ou réviser la médication. À domicile, le regard de la psychiatre se caractérise notamment par un travail d'aller-retour entre l'appartement en tant que reflet des dynamiques de la personne et en tant que condition d'une bonne santé mentale. Il s'agira notamment de s'intéresser aux éléments témoignant de symptômes psychiatriques, à la fois dans le discours, les comportements et dans l'aménagement des lieux.

Lors des visites, la psychiatre prend connaissance de ce qu'est la vie de la personne, comment elle aménage son espace et comment elle s'y comporte en toute liberté. Ces visites permettent d'obtenir des informations sur les personnes qui permettront ensuite de contribuer aux évaluations psychiatriques, notamment en collaboration avec d'autres équipes traitantes.

L'équipe me demande de faire des visites à domicile pour établir un premier contact avec une personne, pour en avoir une connaissance plus approfondie ou encore pour vérifier des choses que les intervenants ont vues et qui les stupéfient. La demande d'aller faire des visites à domicile vient souvent de la part de l'équipe, mais elle peut également venir directement des participants ou de mon propre désir d'éclaircir des points nébuleux dans l'évaluation de l'état mental d'une personne ou encore de comprendre sa résistance à venir aux rendez-vous.

Dans l'appartement, j'observe des choses dont les personnes ne parleront pas, mais qui recèlent des informations importantes. Les rideaux sont-ils ouverts ou non? Le logement est-il ouvert à tous venants? La personne préserve-t-elle son intimité? Est-elle complètement isolée? Certains patients vont spontanément offrir à boire. D'autres non. Cela est révélateur : chez tous les peuples, on accueille d'une façon ou d'une autre. Est-ce une lacune au niveau de l'éducation? La personne est-elle trop confuse? Trop intoxiquée?

Pour moi, l'appartement témoigne de la vie psychique, de ce qui se passe à l'intérieur. Parfois, j'entre dans un appartement et, en quelques secondes, le tableau de la désorganisation de la personne est sous mes yeux, reflétant l'état intérieur de morcellement ou encore le détachement face à son appartement. Je tente de faire des rapprochements : qu'est-ce l'aménagement de l'appartement peut signifier à l'interne, dans leur vie, dans leur dynamique? Quand nous arrivons à faire un lien, nous pouvons faire un pas considérable dans l'intervention. Ce sont des moyens de travailler. Je vais chercher dans le dit et le non-dit s'il y a des symptômes psychiatriques qui m'éveillent à une pathologie.

Des cris dans l'appartement : élaborer des stratégies d'intervention

La psychiatre se rend chez un jeune homme qui souffre de schizophrénie et dont le voisin a signalé qu'il crie régulièrement dans son appartement. Si l'hypothèse de départ est qu'il faut ajuster la médication de M. Ross pour traverser un probable épisode psychotique, la visite à domicile permet d'ajouter de nombreux éléments de contexte pour comprendre la situation et intervenir auprès de lui adéquatement.

La visite chez M. Ross m'a permis de me rendre compte à quel point il y avait de l'écho dans l'appartement, en plus d'être situé sur un coin de rue très passant et très bruyant, y compris la nuit. Il s'agissait d'un environnement inadéquat pour une personne qui souffre de schizophrénie. Le logement était pathogène, il n'était pas propice au repos. Et M. Ross était d'accord pour dire que le lieu ne lui convenait pas.

Après la visite à domicile, l'enquête a continué et nous nous sommes rendu compte que le locataire de l'étage au-dessus travaillait la nuit. Quand ce dernier rentrait chez lui, il faisait du bruit, et M. Ross se réveillait et il interprétait ce bruit d'une autre façon. Il criait, car cet environnement le rendait très anxieux. Dans cet immense espace écho, il était très inquiet. À l'époque, nous ne savions pas que le voisin avait cet horaire et que tous les bruits étaient répercutés chez M. Ross en pleine nuit, en plein sommeil. Une autre chose que nous avons apprise est que M. Ross prenait ses médicaments pour dormir très tôt. Il s'endormait donc tôt et vers trois ou quatre heures du matin son sommeil était très léger. Tous ces facteurs, il ne nous les aurait pas racontés de lui-même, mais avec la visite à domicile et en recoupant les informations, nous avons pu mieux comprendre le vécu de ce jeune homme.

J'ai modifié la médication, et il en était satisfait. M. Ross nous a demandé un médicament à prendre au besoin et nous avons vu qu'il en faisait bon usage. Quand il se sent trop anxieux, il prend son médicament. Cela lui a permis de diminuer les cris.

Selon ce que j'ai pu apprendre à la lecture de son dossier, M. Ross avait l'habitude de crier; c'était devenu une façon de vivre. Il l'explique très bien : « *Quand je suis mal, je me libère en criant* ». Il demeure que les cris libérateurs, ce n'est pas toujours ce qui est le plus acceptable en société. L'équipe a exploré avec lui d'autres moyens de se libérer, de comprendre ce qui l'envahissait et de diminuer son angoisse. Rapidement, M. Ross a été relogé dans un autre environnement.

Des pas vers un diagnostic

La psychiatre ira à domicile pour évaluer l'état mental d'un jeune homme pyromane et qui n'a pas encore de diagnostic précis à ce jour. Cette visite lui permettra de contribuer, par la suite, à l'établissement d'un diagnostic en collaboration avec une autre équipe traitante.

Personne n'était arrivé à établir le diagnostic de M. Vallières, un jeune homme aux comportements plutôt particuliers. Je me suis rendue à domicile avec un intervenant afin de recueillir davantage d'éléments sur son état mental et tenter d'établir un diagnostic plus précis. L'objectif de cette rencontre était d'évaluer la situation réelle : comment M. Vallières s'organise en appartement, comment il répond à une visite et comment il se comporte dans les interactions. Nous avons rencontré son père précédemment, mais il nous manquait des informations pertinentes sur son état et nous souhaitions recueillir le point de vue du participant.

Quand nous sommes allés à son domicile, nous avons rapidement remarqué les traces de petits feux qui avaient été allumés çà et là sur son plancher. Les lieux étaient très en désordre, nous avons dû déplacer objets et vêtements pour nous asseoir. M. Vallières était très anxieux. Il bougeait et fumait sans arrêt, changeant de sujet constamment, ne terminant pas ses phrases. Il dépose ses cigarettes dans des sacs de plastique dans lesquels il met ses déchets. Nous lui demandons de les éteindre dans une assiette sur la table, mais il ne semble pas en mesure de retenir ce que nous lui disons. Alors que nous avons beaucoup de difficultés à structurer un discours cohérent avec lui, il se dit organisé, drôle, en forme, de bonne humeur, mais l'appartement révèle un laisser-aller très important et un mépris des règles de sécurité de base. Il n'est pas psychotique, mais il a un discours pauvre, il n'arrive pas à organiser son histoire et il ne fait preuve d'aucune autocritique de ce qui vient de ce passer lors de cette visite.

Nous avons pu aller chercher beaucoup d'éléments lors de cette visite. Hyperactivité, grande nervosité, incapacité de concentration et de retenue de ce qu'on vient de lui dire et éparpillement du discours. J'ai diagnostiqué un trouble de l'attention et prescrit un médicament qu'il avait cessé de prendre depuis son adolescence. Si je n'étais pas beaucoup plus avancée au niveau du diagnostic, je connaissais désormais plusieurs éléments de sa vie quotidienne dans leur cadre réel.

Peu de temps après, M. Vallières a comparu en cour pour plusieurs causes pendantes. De la prison, il a rapidement été transféré dans un hôpital pour personnes judiciairisées. Après un mois sous supervision, l'équipe traitante n'arrivait toujours pas à établir un diagnostic. Nous avons été en lien avec les psychiatres pour leur permettre de saisir le portrait de la situation en leur exposant, entre autres, comment M. Vallières se comporte chez lui. L'ajout de nos observations faites à domicile a permis de

contribuer à l'orientation du diagnostic et du traitement. M. Vallières est sorti de l'hôpital avec un diagnostic pluriel : trouble schizoaffectif, traits de trouble de personnalité antisociale, trouble de l'attention et hyperactivité.

Aller à la rencontre d'une dame qui demande de l'aide

La psychiatre raconte comment l'aménagement de l'appartement, ainsi que l'accueil qui lui est réservé recèlent des informations importantes dans l'évaluation de la santé mentale d'une dame qui n'a pas de diagnostic. La visite à domicile permet, par ailleurs, d'accorder de l'attention à cette personne qui a besoin de reconnaissance et d'attention.

Mme Shiva disait souhaiter me rencontrer, mais elle ne venait jamais à ses rendez-vous. Depuis son emménagement en appartement et la perte du contact significatif avec une ressource d'hébergement, les intervenants notaient qu'elle semblait dépressive, déracinée, craintive. Elle craignait de dormir chez elle, mangeait très peu, elle fumait, buvait du café à longueur de journée et ruminait des idées négatives. C'est pourquoi, à la demande de l'équipe, je me suis rendue à son domicile.

Mme Shiva, originaire du Bangladesh, nous reçoit habillée en noir, sans son voile. La pièce du demi-sous-sol où nous nous installons est très sombre. Elle ne nous invite pas à la cuisine bien que le soleil entre dans cette pièce. Mme Shiva est volubile et parle sans arrêt pendant l'heure que dure la rencontre. Je l'ai laissée s'exprimer. Elle dit souhaiter être traitée comme une jeune fille riche, elle aimerait avoir un homme dans sa vie et connaître une ascension sociale. Elle n'aime pas son logement. Elle raconte également la blessure de rejet vécu avec une femme d'une ressource d'hébergement et la grande colère qui l'habite à la suite de cela.

Lors de la visite à domicile, je m'arrête à ce que la personne dit, mais je m'intéresse aussi à la mise en forme du discours. Il ne s'agit pas de nier que Mme Shiva trouve sa vie difficile, mais le tableau n'était pas celui de la dépression : il est rare qu'une personne déprimée soit aussi volubile. Elle présente un discours victimaire, mais concernant une personne en particulier qui l'aurait amenée à se sous-estimer. Dans son discours, le problème se situe toujours chez les autres. La visite à domicile nous a permis de dresser les grandes lignes de sa pathologie et de sa personnalité. Je constate qu'il y a une détresse intérieure évidente. Je fais l'hypothèse d'une dysthymie, d'un trouble de personnalité limite et peut-être aussi d'éléments délirants. La rencontre chez elle a permis de répondre à son besoin d'être un objet d'attention et à la reconforter sur les buts de telles rencontres. Cette visite m'a également permis de voir les lieux et de voir comment cette dame s'organise. De toute évidence, elle est tout à fait en mesure de vivre en appartement. À la fin de la visite, de nombreux éléments du discours de Mme Shiva nous amènent à nous interroger.

J'ai revu Mme Shiva à mon bureau deux semaines plus tard. À la suite de cette visite à domicile, elle a accepté de venir me rencontrer. Elle était habillée en rose, voilée, très jolie, très souriante. Je sentais que cette visite au bureau permettait de combler d'autres besoins. Elle était heureuse que nous fassions attention à elle. Cette fois-ci, j'ai pu poser des questions précises sur son enfance, la vie au Québec, au

Bangladesh, sa famille, l'immigration. Nous avons ainsi pu reconstruire des pans de son histoire. Mme Shiva est très méfiante à l'égard de l'autorité. Nous avons pu constater que la visite à domicile avait permis de baisser son niveau de méfiance à l'égard de toute l'équipe.

Quelques semaines plus tard, Mme Shiva a fait une tentative de suicide aux comprimés d'acétaminophène et elle a été hospitalisée. Le psychiatre de l'hôpital a diagnostiqué un trouble de personnalité limite, histrionique et infantile, sans psychose ni dépression. Mais les traits et difficultés culturels sont à travailler avec elle, de même que sa tristesse et son estime d'elle-même. Mme Shiva a accepté de me revoir à l'hôpital et de poursuivre le suivi.

Démystifier la psychiatrie et aller à la rencontre de l'autre

La psychiatre explique sa pratique auprès d'une population qui sort des sentiers battus, auprès de laquelle elle a développé d'autres manières d'entrer en relation. La visite à domicile permet de démystifier et rendre accessible la psychiatrie dans un contexte moins menaçant qui est le milieu de vie de la personne, plutôt que dans le cadre distant du bureau du psychiatre.

En arrivant au projet Chez soi, j'étais déjà sensibilisée à l'importance de connaître le milieu de vie quotidien des personnes. C'est une valeur de la psychiatrie communautaire. L'état mental s'inscrit dans un cadre, dans une communauté, dans un environnement. Ce sont tous des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation d'une bonne santé mentale. Lorsque nous nous intéressons à la vie sociale de nos clientèles, il est important d'en saisir tout le contexte. Quand, ensuite, il se produit un incident avec un patient, je sais de qui on parle, comment est l'endroit où demeure la personne. Tous les patients qui l'acceptent devraient être visités à domicile dans le cadre d'un projet comme le nôtre, afin que le psychiatre puisse mieux saisir la réalité de la personne, son environnement, la communauté dans laquelle elle tente de s'insérer, les différents acteurs autour d'elle, sa sécurité, l'influence du milieu social et la progression vers l'atteinte d'un sens personnel à sa vie.

La visite à domicile permet d'apporter la psychiatrie à la personne et de la rendre accessible. Le fait de se déplacer, de s'asseoir dans le lieu intime de la personne lui permet de voir que ce n'est pas menaçant. Et il y a certaines choses que nous pouvons travailler plus facilement dans l'intimité de la personne que dans un bureau impersonnel. Si certaines personnes sont rassurées de venir me consulter au bureau, d'autres y sont très mal à l'aise. À domicile, il peut parfois se développer un lien particulier et s'y faire des confidences qu'on ne reçoit pas autrement. Je remarque que les personnes que j'ai visitées chez elles viennent plus facilement à l'hôpital par la suite. Le fait de me déplacer les encourage à se déplacer plus facilement.

Bien sûr, les participants au projet savent qu'il y a une hiérarchie dans la société. Le psychiatre à domicile peut être à la fois menaçant et réconfortant. La personne se dit qu'elle est assez importante pour que nous déplaçons pour elle ou qu'elle se porte assez mal pour que nous intervenions. Ça dépend comment chacun le prend. Il faut être attentif à ce que cela ne devienne pas menaçant. Je ne perds jamais de vue que je suis chez la personne, qu'elle m'accueille dans son environnement.

9. Une psychiatre à domicile – *Équipe SIM CSSSIM*

L'appartement fait partie intégrante de la santé mentale. C'est ainsi qu'une psychiatre urbaine structure son intervention et que des pressions pourraient notamment être exercées afin que soient assainis les milieux de vie. Le psychiatre a son mot à dire avec la personne sur la qualité de vie qu'elle souhaite et il peut intervenir de façon positive sur certains choix et éviter des contraintes inutiles, voire nocives pour la santé mentale des personnes.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

10. Après le décès. Préserver le droit à la dignité et rester à l'écoute des proches.

« Il a été marginalisé dans sa vie, mais il n'est pas parti dans l'anonymat. »

« Lorsqu'on apprend qu'une personne est décédée, il ne faut pas se demander de passer une journée d'intervention comme les autres. »

— RÉSUMÉ —

À la suite du décès d'un participant que l'on croyait ne plus avoir de famille, l'équipe SIV Diogène va entamer les démarches pour lui offrir des funérailles. Pour les intervenants, il s'agit d'accompagner cet homme jusqu'au bout et de lui rendre hommage. Les funérailles visent également à offrir un espace pour que les gens autour de lui puissent faire un deuil. L'équipe offre ainsi un témoignage aux amis du défunt, dont plusieurs ont vécu l'itinérance : bien qu'ils aient eu une vie difficile et qu'ils n'aient pas ou peu de famille, ils ne seront peut-être pas oubliés à leur décès. La célébration vise également à offrir aux membres de l'équipe la possibilité de faire un deuil et de reconnaître l'affection qui peut se développer entre un usager et les cliniciens d'une équipe.

En cours de démarche, on apprend que Richard a un frère avec qui il était resté en relation. L'intervenante apportera également un appui à ce frère très troublé par le décès. L'équipe trouvera important de rendre hommage à cette personne décédée, d'y consacrer temps et énergie, dans un contexte de travail pourtant fort chargé.

En conclusion de ce récit, un intervenant qui a fait l'expérience du décès de quelques personnes à qui il offrait un suivi au cours des deux dernières années, propose une réflexion générale sur la posture de l'intervenant dans ces situations délicates, afin d'en tirer des leçons sur de bonnes pratiques pour prendre soin de soi tout en demeurant dans son rôle d'intervenant.

En l'absence de la famille, offrir des funérailles

Un voisin de Richard nous a informés que ce dernier avait été retrouvé sans vie la veille par les policiers. Il avait un problème au cœur et une crise cardiaque l'a emporté.

Au départ, nous ne savions pas que Richard avait des frères. Il nous avait dit que toute sa famille était décédée. Cela dit, il y avait souvent de l'ambiguïté dans le discours de Richard et nous ne savions pas ce qui était vrai et ce qui ne l'était pas. Quand nous avons appris que Richard était décédé, nous nous sommes dit qu'il fallait nous en occuper. Étant sans famille, il irait soit dans une fausse commune, soit il servirait de cobaye dans des départements de médecine ou au cégep dans les cours pour les embaumeurs. Pour nous, il n'en était pas question. Nous l'avions connu. Et, d'une certaine manière, ces personnes que nous desservons, nous sommes un peu leur propre famille, surtout celles qui n'en ont

pas. Souvent, nous sommes plus intimes avec les personnes qu’elles ne le sont avec leur famille, nous les connaissons mieux. C’était une question de valeur. Il faut être cohérent jusqu’au bout.

Nous avons cherché le corps pendant près de deux semaines après le décès. Premièrement, il a fallu insister auprès des policiers pour obtenir de l’information et nous faire une place dans ce contexte; c’est plus difficile lorsque nous ne sommes pas des membres de la famille. Puis, les policiers nous ont dit qu’ils ne savaient pas où était le corps de Richard; il pouvait se trouver dans différents salons funéraires. On m’a informée par ailleurs que seul le gouvernement pouvait disposer d’un corps non réclamé. J’ai alors appelé au Ministère pour retrouver le corps. J’ai expliqué que nous suivions Richard, que nous étions ses travailleurs sociaux, que bien qu’il n’ait pas de famille, il y avait des gens qui tenaient à lui, entre autres ses voisins, et qui souhaitaient faire un deuil.

La dame du Ministère a compris la situation. Elle a envoyé un fax aux deux salons funéraires où les policiers envoient les corps non réclamés. Elle leur a demandé de nous informer de la réception de tous les corps des personnes ayant fait partie du projet Chez soi. Il a été convenu que nous ferions les démarches nécessaires auprès des policiers et que, dans certains cas, nous allions nous occuper des funérailles. Il faut du temps pour faire les démarches, mais ça ne nous coûte pas un sou.

Pour la petite anecdote, quand le salon funéraire où était le corps de Richard a reçu l’information, son corps était déjà en route pour le crématorium; le conducteur a été appelé pour qu’il ramène le corps au salon. C’était une question de quelques heures. L’homme du salon funéraire nous a dit : « Richard a fait un tour de char! » Dans l’équipe, nous avons bien ri de cela; ça ressemblait aux péripéties de Richard jusqu’à la fin!

Organiser une célébration

Au salon, on nous a aidés dans toutes les démarches. Entre temps, nous avons reçu de la part des policiers l’information que Richard avait deux frères. Un premier refusait toute implication, mais le second avait gardé des liens avec Richard. J’ai appelé ce deuxième frère et je lui ai parlé des démarches en cours. Il aurait pu être le demandeur du corps et prendre le relais de la célébration. Aussi, j’ai tenu à ce qu’il soit directement renseigné par le salon funéraire au sujet des démarches autour de la cérémonie avant de prendre une décision. En se renseignant auprès du salon funéraire, il a estimé qu’il n’était pas en mesure de prendre en charge la cérémonie puisqu’il était très ébranlé. Il faut dire que le salon exige davantage de la famille que de notre équipe. La famille doit s’occuper de certificats de ceci, de cela, des assurances, etc. Sinon, c’est le gouvernement qui s’en occupe. En tant qu’équipe clinique, nous ne nous occupons que du corps. À partir de là, le frère de Richard a dit qu’il nous laissait voir à l’organisation des funérailles. Il a fallu tout de même créer une relation de confiance avec lui. Il pleurait, il se sentait coupable de prendre la décision de ne pas organiser la célébration; il était important de le soutenir.

Le frère de Richard nous a raconté une partie de la vie de ce dernier. C’était touchant de connaître une autre partie de cette vie, notamment d’apprendre qu’il avait été mis à la porte de la maison à l’âge de 13 ans. Que sa mère était une femme qui avait vécu des agressions sexuelles, qu’elle avait un mal-être vis-à-

vis des hommes et qu'elle avait eu cinq garçons. Quand Richard est né, sa mère a fait une dépression post-partum et il a été envoyé chez une tante quelconque qui n'avait pas d'enfant et qui n'en voulait pas vraiment. Son père ne le reconnaissait pas comme son fils. Telle a été son arrivée au monde : il est né dans le rejet.

Il m'a raconté qu'il y a de nombreuses années, la femme de Richard était morte dans ses bras à l'hôpital peu de temps après leur mariage. Elle aussi avait un problème de consommation. Richard avait appelé son frère à ce moment-là. Ainsi, il était quelqu'un à qui il faisait appel dans les moments difficiles. Après le décès de sa conjointe, Richard se releva difficilement; il avait énormément aimé sa femme et il s'est laissé tomber dans la consommation.

Ce frère m'a dit qu'il avait été en contact avec Richard dernièrement, il était allé le visiter dans son logement. Il pleurait, il disait : *« mon frère avait enfin un endroit décent. Je l'ai visité dans des endroits épouvantables. La dernière fois que je l'ai vu, il était tellement fier de lui. »* Dans son processus de deuil, le frère avait besoin d'en savoir le plus possible sur qui était Richard. Je lui ai dit : *« les derniers temps, je pense que ça allait bien pour lui. Richard a juste manqué de temps. »* Il est mort en ayant connu autre chose que la rue.

Nous nous sommes parlé à quelques reprises au téléphone. Peu avant les funérailles, il disait ne pas être certain de pouvoir être présent à la cérémonie. Et je l'ai assuré que nous serions là pour le soutenir lui aussi.

Offrir un espace pour honorer et pour faire le deuil

Nous avons prévu une célébration pour traiter Richard avec dignité jusqu'au bout. C'était une belle personne qui avait eu un mauvais départ. Il a peut-être trouvé une façon de survivre à tout ça à travers la consommation, laquelle a fini par le tuer. Mais en même temps, il avait commencé à réparer des ordinateurs. Il était très intelligent. Il avait un grand désir d'aider les autres. Richard avait créé une petite communauté à l'intérieur de son immeuble avec d'autres participants au projet Chez soi. Il y comptait des amis avec qui il échangeait des services. Il nous avait appelés à quelques reprises pour signaler des situations où des personnes avaient besoin d'aide.

Toute l'équipe était présente aux funérailles, ainsi que ses voisins, son frère, le directeur de l'organisme et la coordonnatrice du site du projet Chez soi à Montréal. Nous avons déboursé 100 \$ pour avoir un célébrant. Nous souhaitions mettre un peu d'ambiance! Nous n'avions pas choisi de prêtre, car nous ne savions pas ce que Richard en pensait. Ensuite, nous avons remis les cendres à son frère. Pendant la cérémonie, le frère du défunt tenait la main de l'intervenante qui avait bien connu Richard. Tous ont pu échanger des souvenirs au sujet de Richard. C'était un moment touchant pour l'intervenante, le frère, ainsi que les voisins et les amis.

Cette célébration visait aussi à prendre soin de nos participants qui sont en vie. Ceux qui le connaissaient ont besoin de faire un deuil. Richard avait plusieurs amis parmi les autres locataires de son immeuble. Il

connaissait notamment un de ses voisins depuis des années; ils s'étaient connus à la rue. Cet homme a écrit un témoignage dans le petit bulletin des participants de l'équipe, qui est publié tous les mois.

L'intervenante va rester là pour un moment, afin d'accompagner le frère du défunt dans son deuil. Par ailleurs, bien que Richard soit décédé, nous allons continuer de le traiter avec dignité et nous garderons confidentiel ce qu'il ne souhaitait pas divulguer à sa famille.

Nous essayons de traiter les autres de la même façon que nous aimerions être traités. La personne à la rue, ça peut être n'importe qui. Nous étions heureux de pouvoir offrir cela à Richard, pour qu'il ait une belle fin. Il a été marginalisé dans sa vie, mais il n'est pas parti dans l'anonymat.

Présence aux funérailles

Après le décès de ce premier participant, d'autres personnes perdront la vie au cours des deux années suivantes. L'équipe tire ici certaines lignes de conduite dans le travail d'intervention, à la fois pour prendre soin des personnes et de leur entourage.

Être présent aux funérailles est une façon de boucler l'intervention et c'est aussi une marque de respect. C'est important de rencontrer la famille. Au cours des deux dernières années, lorsque des personnes suivies par l'équipe sont décédées, nous avons toujours demandé à leur famille s'ils souhaitaient que nous soyons présents au moment des funérailles. Et on nous a toujours dit oui. Pour la famille, il est souvent important de connaître les derniers jours, les dernières semaines de la vie de la personne décédée. Ils souhaitent qu'on leur raconte comment nous l'avons rencontrée, ses bons coups, des anecdotes. Plusieurs personnes que nous desservons n'étaient pas très près des membres de leur famille.

Bien sûr, ce faisant, il y a la crainte de se faire blâmer par les proches qui pourraient nous accuser de n'avoir rien fait, d'avoir laissé mourir la personne. Mais notre expérience des dernières années va dans le sens inverse. La famille apprécie le support que nous leur avons offert. Et à chaque funérailles, il y avait un intervenant et la chef d'équipe ou le directeur qui sont là pour représenter l'équipe.

Prendre soin de l'intervenant et de l'équipe

Le décès de participants affecte aussi les intervenants d'une équipe. Ces événements difficiles peuvent notamment semer un doute quant à la qualité du travail d'intervention réalisé dans le cadre d'un suivi. Un intervenant raconte l'importance de créer un espace pour faire les démarches liées au décès, pour en parler et faire le point sans tomber dans la culpabilité.

Comme intervenant, il faut se donner le droit de vivre un deuil, c'est normal de se sentir un peu comme si l'on perdait un membre de notre famille. Nous avons été dans la vie de la personne pendant plusieurs mois de suivi, parfois pendant plusieurs années. Nous offrons souvent une plus grande présence que ce qu'une famille pouvait apporter. Ce n'est pas une personne de ta famille qui est décédée, mais c'est tout

de même un choc en tant qu'intervenant. C'est très aidant que ce soit reconnu par l'équipe comme un moment difficile.

Lorsqu'on apprend qu'une personne est décédée, il ne faut pas se demander de passer une journée d'intervention comme les autres. Je trouve important d'annuler les rencontres qui étaient prévues cette journée-là. C'est une journée pour faire les diverses démarches liées au décès de la personne et pour prendre du recul. Il s'agira de contacter les policiers, d'essayer d'obtenir le numéro de l'évènement, de parler à l'enquêteur si possible pour savoir ce qui s'est passé, de s'assurer que la famille a été contactée, d'offrir à la famille notre soutien et aussi de rédiger le rapport d'évènement. Ce ne sont pas des démarches qui se font aisément entre deux rencontres et il est préférable de pouvoir s'y concentrer. Consacrer la journée à la personne décédée permet de prendre soin de soi aussi, en ayant moins de pression de tout faire en même temps. Sans compter que ce ne serait pas très respectueux de rencontrer d'autres personnes en ayant la tête un peu ailleurs.

C'est également aidant de réserver un moment de cette journée-là pour échanger avec la chef d'équipe. De créer un espace pour en parler d'une manière intime, avant de faire un retour en équipe. Ventiler en équipe la semaine suivante est aussi important. Parce qu'il y a toujours une petite voix qui te dit : « *est-ce que tu aurais pu en faire plus?* » Oui, peut-être. Mais nous ne sommes pas avec la personne 24 h sur 24. Nous la voyons en général une heure par semaine. Les gens meurent. Ce sont des choses qui arrivent. On fait le maximum pour le prévenir, mais quand ça arrive, oui il y a une culpabilité naturelle, mais il faut ensuite passer à l'acceptation. Je crois qu'il faut garder une certaine humilité. Nous ne sommes pas l'unique responsable du fait que la personne ne soit pas mieux portée. Il y a plusieurs paramètres que nous ne connaissons pas, et plusieurs autres que nous ne contrôlons pas.

Il est utile de faire un retour suite au décès d'une personne, pour ne pas laisser le doute nous gruger. On se demande franchement si on a fait tout ce qu'on pouvait faire, sans tomber dans la prise en charge. Et si nous doutons de ne pas avoir tout fait ce qui était en notre pouvoir, alors on cherche à identifier ce qu'on aurait pu faire de mieux. On se pose la question non pas pour se blâmer, mais pour apprendre pour la suite. Il faut avoir le courage de faire ce retour pour ensuite passer à autre chose.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

11. Partir de zéro dans l'intervention. Accompagner la sortie de la rue d'un homme psychotique dont on ne connaît ni l'identité, ni l'histoire

« Après une année de suivi, nous en savons peu sur lui, mais nous en savons plus que des intervenants n'en ont jamais su. »

« Il est passé de la vie sous un arbre à la vie en logement. C'est presque un miracle! Parfois, nous oublions de respecter le rythme de la personne, tout à notre élan d'intervenant, mais avec Michel, force est de constater que nous avons fait énormément seulement en l'écoutant. »

— RÉSUMÉ —

Michel vit dans un parc, sous un arbre, lorsqu'il est dirigé vers l'équipe SIM du projet Chez Soi. Ce récit relate une année de suivi pour créer un lien avec un homme souffrant d'un trouble psychotique, apprendre à le connaître et l'accompagner vers un mieux-être et une sortie de la rue. Le temps d'approvisionnement sera long. Ce suivi témoigne de la flexibilité d'une équipe SIM-itinérance où l'on va résolument sortir des bureaux et partir à zéro dans l'intervention auprès d'un individu qui vit sous un arbre, dont on ne connaît ni l'histoire, ni l'identité. Michel a des symptômes psychotiques et il est attaché à la routine qu'il a établie dans la rue. Il n'a pas de demande et refuse de signer des papiers qui autoriseraient les intervenants à faire des pas de plus dans l'intervention. C'est toute une équipe qui ira vers lui, dans la rue, pendant de nombreux mois.

Il s'agit d'un suivi où l'on avance là où c'est possible, au fil de rencontres et de démarches discontinues, en misant sur les petits pas qui permettront de reconnecter cet homme à la réalité. En conclusion du récit, l'équipe note qu'après une année de suivi à tableur sur la création du lien, en restant là sans insister et en se situant en dehors d'une recherche de résultats, on constate que de grands pas ont été accomplis par cet homme très psychotique avec qui aucun intervenant n'avait pu établir de lien de confiance au cours des années passées et qui est passé de la vie sous un arbre et à la vie en logement.

Créer un lien avec un homme sans identité, sans demande

Âgé d'une cinquantaine d'années, Michel vit dans un parc lorsqu'il est dirigé vers l'équipe SIM. On détient très peu d'information sur lui, pas même un nom. Son discours est décousu, il répond rarement aux questions. C'est en le visitant toutes les semaines pendant plusieurs mois que les intervenants vont croiser diverses observations relatives à sa sécurité, à son organisation et à ses interactions avec l'entourage. Michel n'a pas de demande. Pendant plus de six mois, le principal but de l'intervention va consister à créer un lien avec cet homme délirant. Une intervenante raconte notamment comment elle « parle psychotique » avec Michel pour entrer en lien avec lui. Peu à peu, une relation se construira avec Michel et l'équipe SIM va acquérir une meilleure compréhension de la réalité de cet homme. Si l'équipe a accès à peu d'informations, elles seront par ailleurs suffisantes pour faire l'évaluation des risques encourus par Michel, pour connaître ses habitudes de vie à la rue et garder le contact avec lui.

Michel est recruté par le projet Chez soi au mois de juin. Pendant tout l'été, il vit sous un arbre dans un parc de la ville. Nous avons tenté de connaître son identité, mais les deux noms de famille et les dates de naissance qu'il fournit ne concordent pas dans les registres du Québec. La plupart des gens auprès desquels nous intervenons ont eu des suivis au cours de leur vie, mais en ne connaissant pas l'identité de Michel, nous n'avons pas accès à son dossier médical. Michel nous a dit recevoir un chèque d'aide social, mais il ne nous montre aucun papier d'identité. Nous ne connaissons pas non plus son histoire : depuis combien de temps est-il à la rue? Vraisemblablement depuis longtemps puisqu'il a de nombreux comportements adaptés à la vie dans la rue. Sous son arbre, divers biens sont accumulés, dont plusieurs articles de cuisine et un barbecue. Nous avons approché les policiers du parc : ces derniers ne connaissent pas son identité. Ils ne sont jamais intervenus auprès de lui et ils constatent qu'il y a une bonne cohabitation avec les gens du voisinage qui lui offrent à l'occasion de la nourriture et des vêtements.

Au cours des premiers mois de suivi, Michel refuse tous les accompagnements proposés : aller au centre local d'emploi pour connaître son identité, faire un bilan de santé ou visiter un appartement. Nous avons continué de le visiter pendant des mois sans connaître son nom. Lorsqu'au cours de l'automne le temps se refroidit, Michel se rend régulièrement dans un restaurant ouvert 24 h qui est situé près du parc où il a passé l'été. En novembre, il recouvre d'une toile ses effets disposés sous l'arbre et s'installe en permanence au restaurant. Il y est toléré par le personnel et les clients du restaurant qui lui offrent café et nourriture. Son hygiène est généralement adéquate. Lorsque nous lui rendons visite, il nous accueille. Il ne demande rien. Il est là. Il sait que nous le visiterons à l'occasion, bien qu'il ne sache pas à quel moment, parce qu'il n'est pas suffisamment situé dans le temps. Pendant toute la saison froide, nous le trouverons au restaurant où il somnole une partie du jour et de la nuit.

Il est difficile d'interpeller Michel sur des questions concrètes. Ce dernier a peu de repères temporels. Il dit vivre à la rue depuis plusieurs années. Il dit également avoir possédé des maisons, occupé des emplois, être père de trois ou quatre enfants, avoir été marié quelques fois, puis divorcé. Cependant, son discours est le plus souvent délirant; il parle du système, des taxes, de l'adversaire, du camp adverse. Il est toujours très poli, souriant, mais que comprend-il de nos questions?

Lorsque nous réfléchissons avec Michel à la possibilité d'emménager en appartement, parfois il exprime un désir d'être en logement, parfois il ne semble pas intéressé. Il ne semble pas comprendre que notre rôle est de chercher pour lui. Ou alors, il est plus ou moins prêt et il nous répond : « *je m'y mets, je regarde les logements dans les journaux.* » Puis il ne dit plus rien. Nous attendons et nous réessayons lors d'une prochaine visite. À la fin de l'automne, Michel visite un premier appartement, mais il ne le retient pas sans que nous sachions pourquoi. Ce n'est que quelques mois plus tard qu'un second appartement se libère dans le secteur où il souhaite habiter. La visite du logement est prévue, mais au moment convenu, il décline l'offre de s'y rendre.

Pendant des mois, nous avons été dans un processus de création de lien. Nous sommes allés le voir plusieurs fois par semaine, soit dans le parc sous son arbre, soit au restaurant. Nous n'étions pas à la recherche de ce que nous allions faire avec lui, à quel besoin nous allions répondre. Michel est peu

concret lorsqu'il parle, il est désorganisé dans sa pensée, mais il parle à sa façon, avec ses idées. Le délire est sa réalité, c'est ce qu'il vit, nous devons en prendre acte. Pour entrer en relation avec Michel, nous avons pris des cafés, nous avons ri quand il riait, même si parfois nous ne comprenions pas de quoi il s'agissait. La rencontre lui offrait une heure pour délirer, être écouté, reconnu. Nous l'avons abordé comme un être humain digne d'être écouté. Nous nous sommes intéressés à lui, ne serait-ce que de lui dire, tout simplement, à la fin de chaque rencontre : « *Il était agréable de vous voir. Nous reviendrons dans x jours.* » Il y a eu des rencontres sans queue ni tête. Mais l'important était de passer du temps avec lui, d'essayer de le comprendre. Le temps allait jouer en notre faveur.

Saisir la santé physique comme levier d'intervention

Diverses démarches seront entreprises pour reconstruire, petit à petit, quelques bribes de l'histoire de Michel. Pendant longtemps l'équipe sera en attente d'une démarche à entreprendre, respectant le rythme de cet homme qui n'exprime pas de besoin. Plusieurs mois après le début du suivi, une préoccupation d'ordre physique de la part de Michel constituera un premier levier d'intervention pour l'accompagner vers une intégration en logement et faire un bilan de sa santé physique. Le psychiatre de l'équipe saisit l'expression d'un trouble du sommeil pour lui rendre une première visite au restaurant.

Après des mois de rencontres, Michel a dit qu'il dormait mal et avait mal au dos. Il a aussi dit que ça roulait vite dans sa tête. Nous avons vu sa demande comme un levier. « *Dans l'équipe, nous avons des professionnels de la santé. Voudriez-vous rencontrer un médecin? Votre santé m'inquiète.* » Michel a accepté cette invitation. À cette occasion, il a écrit son numéro d'assurance sociale sur un papier pour que nous puissions faire les démarches nécessaires. Cependant, le numéro fourni n'était pas valide. Lors de la visite suivante, nous lui avons redemandé d'inscrire son numéro d'assurance sociale. Il a noté un second numéro qui ne correspondait à aucun dossier.

Un psychiatre de l'équipe est allé visiter Michel au restaurant pour faire une évaluation de son état mental. Michel s'est montré ouvert. Il disait vivre dans le secteur depuis dix ans et manquer de chance dans sa recherche de logement. Il parlait beaucoup des adversaires qui détruisent les choses autour de lui, du système. Le psychiatre a évalué que sa pensée était désorganisée et qu'il y avait beaucoup de relâchement associatif. Il a émis deux hypothèses : trouble psychotique ou possibilité de démence.

Pour faire une ordonnance de médicaments, nous devons connaître l'identité d'une personne, sans quoi la pharmacie n'a aucune base légale pour fournir des médicaments. Puisque Michel s'était montré disposé à prendre des médicaments, une intervenante lui a proposé de signer une autorisation de communiquer avec son centre local d'emploi (CLE) qui émettait son chèque d'aide sociale, afin de connaître son numéro d'assurance sociale. Michel a accepté; c'était la première fois qu'il signait quelque chose. L'agent du CLE nous a fourni son nom, son numéro d'assurance sociale, sa date de naissance, ainsi que les noms de sa mère et de son père. Cela faisait plus de huit mois que nous le visitions.

Plusieurs autres mois se sont écoulés avant que Michel nous autorise à entamer une autre démarche. Puis un troisième appartement est offert à Michel à la fin de l'hiver, alors que son état de santé se

détériorer. Il toussait beaucoup et dormait peu. Sa santé physique l'a peut-être incité à accepter. Lors de la visite, il a longuement hésité, puis il a finalement accepté : « *Je vais devoir en prendre un.* » Michel s'est installé le jour même. Il ne possédait à peu près rien. Ses biens dans le parc avaient été retirés par la ville.

Faire des pas de plus en logement

Les premiers mois en appartement demandent beaucoup de soutien, à divers points de vue. La personne fait face à des questions, des inquiétudes, beaucoup de solitude. L'emménagement en logement peut constituer un stress considérable et accentuer les symptômes de la maladie mentale. Sortir de la rue peut également enlever certains facteurs de protection pour les personnes les plus vulnérables. C'est cette évaluation qui sera faite à l'entrée en logement de Michel. C'est aussi à ce moment que l'équipe décide qu'une seule intervenante le visite régulièrement, pour favoriser un lien de confiance. Cette dernière raconte différentes interventions réalisées pour identifier ses forces et l'accompagner dans ses apprentissages en logement, alors qu'il a vraisemblablement vécu à la rue pendant longtemps. Le cadre du logement va s'avérer propice pour apprendre à mieux connaître Michel et faire des démarches avec lui.

Quelque temps après l'emménagement, Michel était plus délirant, il criait dans la rue, il ne prenait pas les médicaments prescrits. Cependant, il s'alimentait, il s'habillait convenablement pour la saison, il avait une hygiène adéquate. Était-ce la perte de certains repères, était-ce la solitude qui avaient entraîné une augmentation du délire? Le psychiatre est venu visiter Michel à domicile quelque temps après son emménagement, afin de voir l'environnement dans lequel il vivait et de continuer l'évaluation de sa santé mentale. Il a fait un mini-mental avec lui, qui est un petit test pour voir quels sont les repères de la personne, si elle est bien située dans le temps et dans l'espace. Michel a très bien répondu. Il était bien orienté, il était là où nous étions, il répétait des mots du petit test. Nous avons ensuite commencé à parler de la possibilité de faire une numérisation cérébrale – puisqu'il y avait toujours l'hypothèse d'une démence - et son discours est devenu incohérent; il a commencé à parler de carré de sable et de différentes choses incompréhensibles. C'est alors que nous avons constaté que Michel est présent pendant de longs moments et que son discours devient décousu lorsque nous lui parlons de choses qui l'indisposent. Cela semble être une façon pour lui de contrôler le stress. Nous lui avons dit : « *oups, l'idée du scan, ce n'est peut-être pas quelque chose qui vous plaît?* » Il a répondu : « *Non, effectivement* ». Nous lui avons aussi dit : « *lorsque nous vous parlons d'une chose qui vous rend mal à l'aise, vous nous parlez d'une manière que nous ne comprenons pas et ça semble être un moyen de ne pas en discuter, d'évacuer l'anxiété.* » Il n'a rien répondu, mais nous lui en avons parlé.

Dans les semaines qui suivent, il est rarement présent au moment de nos visites à domicile. Après des mois de suivi, nous avons sommes toute peu de lien avec Michel. C'est pourquoi nous avons convenu qu'une personne le voit régulièrement, pour gagner sa confiance. J'ai donc commencé à le visiter à 8 heures 30, deux fois par semaine étant donné qu'après 9 heures, il arrivait souvent qu'il ne soit plus chez lui. Je le réveillais parfois, mais il était content de me voir.

Après quelques mois en appartement, nous avons identifié quels étaient ses besoins pour l'organisation du quotidien et quelles étaient ses sphères d'autonomie. Nous ne devons pas présumer que la personne a besoin d'aide pour tout. En ce qui concerne la nourriture, Michel se débrouille bien sans nous. Il n'a pas d'argent jusqu'à la fin du mois, mais il a du pain, du café, du beurre d'arachide. Il est débrouillard et il y a un petit restaurant où il mange à crédit. Cependant, son hygiène est négligée, ses vêtements sont plus ou moins propres. Il sait qu'il y a une laveuse au sous-sol de l'immeuble, mais sait-il comment elle fonctionne? A-t-il du savon à lessive? Ce sont des choses à vérifier avec lui. L'appartement, cependant, n'est pas particulièrement sale. Sa chambre est relativement mieux entretenue que le reste de l'appartement. Cela dit, Michel a encore des habitudes de vie à la rue : il fouille dans les poubelles devant chez lui et il amasse différents objets dans la rue, il cherche des mégots de cigarettes à fumer. Il vit sans argent une bonne partie du mois.

Nous savons peu de choses sur Michel. Nous apprenons de petites bribes ici et là, nous avançons avec lui où nous le pouvons dans les démarches et les apprentissages. Au cours de la journée, il semble qu'il se promène : il va à un petit restaurant, il joue dans les machines à sous lorsqu'il a de l'argent. Le jeu est une nouvelle information que nous ne connaissions pas. Il dit qu'il joue pour se désennuyer. Il n'a pas de réseau. Il voit beaucoup de gens, mais sans nécessairement avoir d'interaction avec eux. Je lui ai demandé à quelques reprises : *« y a-t-il des choses que vous aimeriez faire? »* Il répond : *« bonne question »*, mais il ne donne pas de réponse. Je lui ai suggéré d'y penser et je lui ai aussi demandé l'autorisation de lui faire une proposition s'il ne trouvait rien. Il a accepté. Je sais qu'il aime beaucoup les voitures, alors je lui ai offert d'aller visiter le Salon de l'auto qui se tiendra dans quelques mois. Il était d'accord. Ce sera également l'occasion de lui proposer de faire quelques économies pour payer l'entrée du salon.

Après de nombreux mois en logement, Michel a accepté que le compte d'électricité soit mis à son nom. C'est un petit pas. Ça semble lui plaire de voir que les choses avancent. Il a attendu avec impatience de recevoir son premier compte. Comme je le croisais par hasard sur la rue et il a sorti son compte de sa poche : *« ça n'a pas de bon sens, il va falloir qu'on paye ça! »* Il ne savait pas que faire du compte, il était désemparé. Pour lui, l'aide sociale, le projet Chez soi et Hydro-Québec, c'est une seule et même chose. Pour lui expliquer comment s'y prendre, le premier du mois, nous sommes allés ensemble chercher son chèque et payer le compte. Entre temps, il avait accepté de signer une procuration pour Hydro-Québec, qui me permet de préciser des choses si jamais les conversations ne sont pas claires entre lui et Hydro-Québec, et pour obtenir des clarifications en son absence. Chaque fois que je vais chez lui, il me montre les lettres qu'il a reçues. Il les a lues, les a comprises et il sait me résumer de quoi il s'agit, mais il me les montre quand même.

Michel a refusé d'adhérer à la fiducie volontaire. Il joue son argent, mais il a tellement l'habitude de ne pas avoir d'argent, qu'il ne semble pas s'en rendre compte. Il sait se débrouiller autrement. Le jour où il reçoit son chèque, il paye son compte, son loyer est retiré à la source et il joue l'argent qu'il lui reste. Il s'arrange bien pour manger et se vêtir sans argent, ça ne semble pas lui poser de problèmes.

Raccrocher à la réalité

L'intervenante principale au dossier note l'importance de s'inscrire dans des démarches concrètes dans le suivi auprès de Michel. Elle aura notamment pour objectif de l'amener peu à peu vers les soins, en aménageant les conditions pour lui faire vivre une expérience positive de l'univers hospitalier. Ces différentes démarches sont également autant d'occasions pour apprendre à mieux le connaître. L'intervenante elle restera par ailleurs à l'écoute de ses réticences, qu'il exprime à sa manière.

Je suis allée à l'hôpital avec Michel pour faire des prises de sang. C'était, dans un premier temps, un moyen de l'amener à l'hôpital et de faire des pas vers une éventuelle numérisation cérébrale. Mon objectif, en le faisant sortir de chez lui et en l'amenant à l'hôpital, était aussi de lui montrer qu'aller à l'hôpital n'est pas nécessairement une expérience négative. En échange, je lui avais proposé d'aller ensuite chercher son chèque d'aide sociale avec lui. Il a longuement hésité avant d'accepter.

Nous avons passé une belle demi-journée, de 8 heures 30 à 13 heures. J'ai dû insister auprès du personnel hospitalier pour que Michel reçoive des services, bien qu'il n'ait pas de carte d'assurance-maladie. Il était très calme pendant l'heure et demie d'attente. Il est intéressant de voir les aptitudes et les habiletés de la personne lorsqu'elle n'est pas dans son environnement familial. Ça s'est très bien passé : il regardait autour de lui, il regardait la télévision, me faisait signe lorsqu'il y avait des choses intéressantes à regarder. Au bout d'une heure, il commençait à avoir hâte de s'en aller et il parlait plus fort. Je lui ai dit : « *On ne va pas parler trop fort parce que nous allons déranger les gens. Nous sommes à l'hôpital, vaut mieux ne pas parler fort.* » « *Ah, oui, c'est vrai.* » À certains moments, son discours était décousu. Je lui ai dit : « *je ne comprends pas tout ce que vous me dites Michel, mais je vous écoute. J'essaie de comprendre.* » Et il m'a répondu : « *Bah, vous êtes peut-être aussi bien de ne pas tout comprendre!* »

Nous sommes ensuite allés chercher son chèque. À la fin de cette journée, Michel m'a fait un *High five*, parce que nous avons passé une bonne journée! Il était content. Il m'a invitée à dîner au restaurant. Je n'avais pas le temps, mais j'aurais aimé y aller. Il a de belles initiatives.

Nous sommes retournés à l'hôpital la semaine suivante pour obtenir les résultats des prises de sang. J'avais appris que c'était de bonnes nouvelles — malgré les années à la rue, Michel a une bonne santé — et je voulais saisir l'occasion pour que l'hôpital soit vu positivement, qu'il n'y aille pas seulement lorsqu'il est en crise. Il était très content des résultats. Il a aimé faire ces différentes démarches. Il faut le garder en action. Je lui ai montré nos bureaux alors que nous passions devant l'immeuble en taxi. Ensuite, nous sommes allés ensemble au bureau. Maintenant, lorsque je lui dis que je retourne au bureau, il répond : « *ah oui, le gros immeuble au coin de la rue* ». Une prochaine étape consistera à faire la demande de ses cartes d'identité. Pour le moment, Michel a deux identités au CLSC, avec deux noms de famille et des dates de naissance différentes. Il dit qu'il a été adopté; peut-être qu'il donne parfois son nom de naissance, parfois son nom d'adoption. Il y a tout cela à démêler.

À petits pas

L'équipe ne connaît pas l'histoire de cet individu au départ du suivi. Il faut le prendre ici et maintenant, et travailler sur la base de ce qui a été construit avec lui. En conclusion de ce récit, l'équipe SIM note qu'en travaillant là où c'est possible avec Michel, en allant le voir sans nourrir d'attente quant aux démarches à entreprendre, cet homme a fait de grands pas. L'équipe SIM-itinérance résume ici ce que sont de bonnes interventions dans un contexte de travail où on part de zéro dans l'intervention.

Ce sont de petits pas. Même avec le psychiatre qui s'est déplacé à plusieurs reprises, ce sont vraiment de petits pas. Michel est très changeant. Sa motivation et son intérêt à faire des démarches fluctuent d'une rencontre à l'autre. Nous devons le visiter sans avoir d'attente, tout en gardant le plan d'intervention pour balise. Lorsqu'il ne souhaite pas faire de démarche, le fait de passer un moment ensemble est déjà significatif. Prendre des cafés, faire de petites sorties, ce ne sont pas des choses que nous faisons régulièrement avec les personnes qui nous autorisent à entreprendre d'autres démarches ou qui expriment d'autres besoins. Mais, parfois, comme dans le suivi après de Michel, l'important est de partager l'univers de la personne et de rire un peu avec elle.

Le suivi auprès de Michel demande de la flexibilité : il faut être chez lui tôt le matin pour le voir, il faut parfois passer plus de temps si nous voulons faire un peu plus. Quand j'ai passé l'avant-midi avec lui pour les prises de sang et son chèque, c'était nécessaire et c'était une démarche significative. Il y a un bout de chemin de fait, je pense que notre lien de confiance est là, bien que ce soit fragile. Il faut continuer à faire des démarches lorsque c'est possible, ça lui permet de s'ancrer davantage dans la réalité. Je pense que nous sommes sur une voie agréable pour lui.

Parfois, nous oublions de respecter le rythme de la personne, tout à notre élan d'intervenant, mais avec Michel, force est de constater que nous avons fait énormément seulement en l'écoutant. Il était très méfiant et nous avons fait de grands pas depuis. Nous avançons : à notre connaissance, il n'a jamais eu un réel lien avec des intervenants. Au projet, nous avons eu quelque chose à lui offrir; il se peut que l'opportunité d'avoir un appartement ait été déterminante, bien qu'il ait fallu beaucoup de temps d'appropriation.

Comme équipe, il nous faut reconnaître les pas que fait un individu. Nous n'avions pas réalisé l'évolution de Michel jusqu'à ce qu'une intervenante de CLSC qui avait tenté de travailler avec lui pendant quelques années, le voit et ait peine à le reconnaître. Elle était abasourdie de le voir aussi bien. Bien qu'il soit encore souvent délirant, Michel est de plus en plus cohérent et il prend soin de lui. Cet homme vivait depuis des années sous un arbre. Ça frôle le miracle! Alors, comment pourrions-nous aller plus loin avec lui? Nous ne le savons pas. Nous avons beaucoup travaillé le lien, la confiance, il sait que nous restons là. Avec lui, nous ne pouvons pas aller plus vite que cela.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

12. Aux limites de l'intervention. Se positionner en regard de comportements violents

« Il a fait un passage éclair dans le projet, mais nous avons travaillé fort! »

« Lorsque nous sommes à l'affût de notre intégrité physique et psychique, nous ne sommes pas dans une relation d'aide. »

— RÉSUMÉ —

Certaines personnes auxquelles s'adresse le projet Chez soi se sont vues exclues de diverses ressources compte tenu de leur agressivité. Dans le cadre du projet, on espère que l'approche du rétablissement pourra apporter une réponse différente à ces personnes. Demeure néanmoins la nécessité de ne pas compromettre la sécurité des intervenants. Si le projet Chez soi se définit d'abord par l'inclusion, c'est en faisant l'expérience de cas exceptionnels que ses acteurs se verront dans l'obligation de baliser leur offre de services.

Ce récit relate le suivi auprès d'un homme très judiciairisé et qui présente des traits de personnalité antisociale. Ce dernier peut être très agressif lorsqu'il est intoxiqué par l'alcool. Dès les premières semaines du suivi, M. Lemire va s'en prendre aux intervenants par diverses agressions verbales et physiques. L'équipe va explorer différentes stratégies pour travailler auprès de lui, soucieuse de porter assistance à un individu qui a besoin d'aide. Il y aura, notamment, une conférence de cas organisée avec des acteurs du milieu pour faire le point et réfléchir aux façons de s'inscrire dans une relation d'aide auprès de M. Lemire. À travers ce suivi, on portera une attention particulière au soutien à offrir à l'organisme partenaire qui loge le participant.

Il peut être difficile de tracer la ligne d'arrêt des services : jusqu'où va-t-on? Quelle est la limite de l'intervention? De nombreuses avenues ont été explorées pour maintenir le suivi, avant de statuer sur l'impossibilité d'offrir des services à cet homme. Le suivi ne durera que six semaines, au cours desquelles il y aura de nombreux acting out et des menaces de mort de la part de M. Lemire, ainsi que plusieurs interventions policières. Devant autant d'agressivité, on ne pourra pas intervenir auprès de cette personne pour qui il semble que la seule voie possible soit, pour le moment, la voie judiciaire.

Portrait d'un homme fortement judiciairisé

Lorsqu'il arrive au projet, M. Lemire n'est plus admis dans la plupart des ressources qu'il a fréquentées à Montréal. Rapidement au début du suivi se dessine le portrait d'un homme souffrant d'une personnalité antisociale. Si M. Lemire a un comportement adéquat lorsqu'il est à jeun, il lui arrive d'être très violent quand il consomme.

M. Lemire a 46 ans et il a passé la majeure partie de sa vie adulte en prison : depuis l'âge de 17 ans, il a vécu 28 années en prison. Il a des traits de personnalité antisociale et on ne lui connaît pas de diagnostic

en santé mentale. Partout où il passe, il cumule les actes criminels : menaces de mort, violence, voies de fait. Son comportement témoigne d'une violence chronique polymorphe. Lorsque cet homme consomme de l'alcool, il peut être très agressif, voire dangereux, et bon nombre de ressources à Montréal lui interdisent désormais l'accès à leurs services à la suite de divers incidents.

Nous savons que l'enfance de M. Lemire a baigné dans la violence conjugale, dans la peur de son père et la dépression de sa mère. Il n'a probablement pas appris d'autres modes relationnels et il semble que la culture carcérale soit fortement ancrée en lui.

Un bref séjour en logement

M. Lemire est recruté au projet Chez soi en décembre. On ne le rencontre cependant pour la première fois que deux mois plus tard, puisqu'il séjourne en prison entre temps. À sa sortie de prison, il est rapidement logé dans une résidence communautaire supervisée du centre-ville. Les jours suivants son emménagement, les policiers doivent intervenir chez lui, puis de nombreuses interventions policières se succèdent dans les semaines qui suivent. L'équipe va tenter de travailler auprès de M. Lemire en collaboration avec la ressource d'hébergement et de le référer au service psychiatrique de l'urgence, mais le participant met en échec toutes ces tentatives.

Au début du suivi, M. Lemire disait souhaiter mettre fin au cycle des emprisonnements à répétition. C'était un bon levier d'intervention. Par ailleurs, nous avons vite constaté qu'il en allait autrement en logement. Il était agressif envers ses voisins et les policiers ont été appelés à intervenir à plusieurs reprises. Quelques semaines après qu'il eût été logé, l'intervenante de la résidence d'hébergement m'a appelée : « *Peux-tu venir tout de suite?* » À sa voix, j'entendais que ça n'allait pas et qu'elle essayait de me dire : « *C'est urgent, j'ai besoin d'aide et je ne peux pas faire autre chose que de t'attendre.* » Je m'y suis rendue immédiatement en compagnie de la chef d'équipe.

À notre arrivée, M. Lemire était intoxiqué, mais il était calme et il parlait avec l'intervenante de la résidence. Nous avons tout de suite constaté que le bureau n'était pas sécuritaire : il était situé au fond d'un couloir et il comptait divers objets potentiellement dangereux. Au cours de l'entretien, M. Lemire a haussé le ton et il s'est dirigé brusquement vers l'intervenante. Je lui ai dit : « *Jules, on s'est entendu que tu ne voulais plus retourner en prison; alors, assieds-toi tout de suite sur tes mains et on ne veut plus revoir tes poings.* » La veille, nous avions convenu lui et moi que j'allais le soutenir dans son désir de ne plus retourner en prison. Il a bien répondu à mon intervention, il s'est rassis, en disant : « *D'accord, je suis calme* ». À ce moment-là, la chef d'équipe s'est éloignée discrètement de quelques pas pour appeler les policiers, tout en demeurant à l'affût de ce qui se passait dans le bureau. Cinq policiers se sont présentés à la résidence. Lorsqu'il a vu les policiers, il s'est mis en colère contre la chef d'équipe et l'a menacée de mort. Les policiers ont dû le menotter.

À la suite de cette intervention policière, M. Lemire a été amené à l'hôpital. Il y avait séjourné à plusieurs reprises récemment après divers *acting out*. Il obtenait toujours son congé le lendemain, sans qu'une évaluation de sa santé mentale soit faite. Comme il avait toujours été convenable avec moi, il a été

décidé avec la chef d'équipe que je l'accompagne jusqu'à l'hôpital en compagnie des policiers. Nous souhaitons faire un rapport à l'urgentologue et demander une évaluation psychiatrique pour nous assurer que Monsieur n'avait pas de problème de santé mentale, puisque, à l'occasion, il disait entendre des voix. Le schème chez M. Lemire est toujours un peu le même : il fait des *acting out*, les policiers sont appelés sur les lieux, et comme il n'y a pas de plaintes de la part des personnes agressées — qui craignent les représailles — les policiers n'ont pas de leviers juridiques. La seule option, étant donné son potentiel de dangerosité, est de l'emmener à l'hôpital afin qu'il dégrise. Il entre et sort donc rapidement des hôpitaux; il ne reste jamais suffisamment longtemps pour être soumis à des évaluations médicales. Sans compter que très souvent, dès qu'une personne est évaluée comme ayant un trouble de personnalité antisociale, le système de santé ne poussera pas plus loin l'investigation.

M. Lemire était d'accord pour que je parle avec l'urgentologue, mais quand j'ai fait part au médecin des préoccupations que nous avions et de notre souhait d'avoir une évaluation psychiatrique, M. Lemire est devenu très agressif. Il a dit : « *Tu me disais que je ne retournerais pas en prison si je t'écoutais. Là, je suis attaché comme un chien sur le lit d'hôpital. Tu ne penses pas que c'est humiliant?* » Je faisais de la gestion de crise, en restant sur le registre de l'émotion pour lui permettre de ventiler. Cela a fonctionné un moment, mais comme il n'a pas appris à s'exprimer, lorsqu'il n'arrive plus à maîtriser ses émotions, il sort les poings. C'est alors qu'il a fait un passage à l'acte : il a essayé de m'invectiver, or comme il était attaché sur son lit, c'est tout le lit qui a bougé et je me suis retrouvée coincée entre le mur et le lit.

J'ai vu en M. Lemire un homme qui craint d'être humilié et qui ne comprend pas que ce sont ses comportements qui font en sorte qu'il soit mis sous contention. À l'hôpital, je lui disais : « *Jules, si tu restes tranquille, ils vont te détacher.* » Mais il perdait patience et il oubliait que s'il était calme, on le détacherait. Il a peu d'autocritique. Aussitôt qu'il éprouve un sentiment d'impuissance, qu'il se sent dénigré, il sort ses poings.

Pour la suite, j'ai été retirée du dossier pour des raisons de sécurité et afin de préserver le lien qu'il y avait entre M. Lemire et moi, si jamais le suivi se poursuivait. La chef d'équipe a fait les prochaines rencontres en duo avec la chef de programme dans le but de le recadrer et de lui annoncer les décisions prises par l'équipe compte tenu de ses comportements agressifs.

Retirer les divers services offerts au nom de la sécurité des intervenants

Diverses stratégies seront mises en œuvre afin de maintenir les services auprès de M. Lemire, tout en assurant la sécurité des intervenants. Mais divers incidents viendront compromettre l'intégrité de plusieurs intervenants. Faute de collaboration de sa part, il faudra mettre fin à l'offre d'hébergement et prendre une pause dans le suivi clinique, jusqu'à ce qu'une nouvelle stratégie soit établie. Dans cette situation, l'équipe va soutenir l'organisme partenaire où est logé M. Lemire.

Le comité sécurité du projet Chez soi a été convoqué d'urgence pour déterminer l'attitude à adopter dans cette situation de menace de mort proférée à l'endroit de la chef d'équipe et du passage à l'acte contre l'intervenante. Il a été convenu que, dans un premier temps, la chef d'équipe ne porterait pas

plainte. On saisisait plutôt cette occasion pour redire à M. Lemire ce qu'il doit respecter en tant que participant au projet. Il a été décidé qu'un contrat de collaboration soit établi avec lui pour qu'il sache clairement quels sont les comportements qui ne sont pas permis dans le cadre du suivi. Dans ce contrat, il était statué qu'au prochain délit, les intervenants porteraient plainte. M. Lemire l'a signé.

Ce contrat de collaboration n'a cependant pas même été respecté une semaine. Quelques jours plus tard, il s'est présenté aux locaux du CSSS, très intoxiqué par l'alcool. À son arrivée, il a menacé de mort un recruteur du projet qui se trouvait à l'extérieur de l'édifice. Puis, il est monté à l'étage et il a tapé à coups de poings et de pieds dans la porte du bureau avec insistance. Nous ne lui avons pas ouvert la porte, mais les intervenants se sont momentanément trouvés pris en otage à l'intérieur des locaux. Le climat était chargé de violence cette journée-là. Toutes les personnes travaillant dans nos locaux se sont senties en danger.

M. Lemire est reparti avant l'arrivée des policiers et il s'est dirigé vers son appartement, en renversant du mobilier urbain sur son chemin. Nous avons appelé l'intervenante de la résidence d'hébergement pour l'aviser de se mettre en sécurité. Ce qu'elle a fait, évitant ainsi une potentielle agression. Quelques minutes plus tard, M. Lemire est arrivé à son bureau et a frappé violemment dans la porte. La même journée, il a menacé et frappé son voisin de palier et la résidence d'hébergement a décidé de l'évincer.

Le jour de l'éviction, la chef d'équipe et la chef de programme sont allées rencontrer M. Lemire, accompagnées des policiers. L'intention était de faire savoir que, comme projet, nous soutenons la décision de la résidence. Autant nous soutenons un participant lorsque nous estimons qu'il a raison dans un litige avec un propriétaire, autant dans cette situation-là, nous avons soutenu le partenaire. Nous étions là pour dire : « *Nous sommes d'accord avec la décision de la ressource d'hébergement. Jules, ce que tu as fait est inacceptable.* »

À cette occasion, la chef d'équipe a également donné un congé de service d'un mois à M. Lemire, puisqu'il mettait la vie des intervenants du projet en danger et qu'il n'avait pas respecté le contrat de collaboration récemment signé. Il a été également informé qu'il n'était plus autorisé à se présenter à nos locaux. Dans ces conditions, il perdait son logement. Cependant, on lui remettait 900 \$ placés par lui en fiducie. Ça lui donnait la possibilité de louer une chambre d'hôtel et de s'organiser. Ce qu'il a fait. Toutefois, en moins d'un mois, il a été évincé de sa chambre pour avoir à nouveau frappé un voisin.

M. Lemire est très intimidant et il faisait peur à toutes les personnes travaillant au projet Chez soi. Le choix de cesser d'offrir un suivi clinique à cet homme ne reposait pas seulement sur les considérations concernant la sécurité d'une intervenante et la possibilité ou non d'offrir des services à un participant au projet. Il fallait mettre une limite pour protéger tous les intervenants; c'est de tout l'environnement de travail dont il fallait tenir compte. Au cours de ces semaines-là, nombreuses sont les personnes qui ne se sentaient plus en sécurité dans nos locaux.

Entre-temps, une rencontre des équipes des cinq sites du projet Chez soi au Canada s'est tenue à Vancouver. La chef d'équipe a saisi l'occasion pour explorer avec d'autres cliniciens du projet leurs

façons de faire face aux comportements de violence et de menaces. Plusieurs cliniciens ont discuté ensemble cette question. La stratégie d'établir un contrat avec le participant avait été employée ailleurs avec succès. Les personnes autour de la table estimaient aussi que la pause d'un mois était une bonne stratégie. Tous ont convenu, par ailleurs, que si rien ne changeait, il fallait mettre fin à la participation de la personne au projet avant de compromettre la sécurité des intervenants.

Rallier divers acteurs autour d'une réflexion

Une conférence de cas est convoquée par la chef d'équipe, afin d'échanger au sujet des comportements de M. Lemire. Ce dernier est avisé de la tenue de cette rencontre. L'objectif de la rencontre était de voir s'il est possible de continuer d'intervenir auprès de cet homme sans contrevenir à la sécurité des intervenants. Sont convoqués à cette rencontre des intervenants de trois ressources communautaires fréquentées par M. Lemire au cours des derniers mois (hébergement, centre de jour, soupe populaire), une intervenante d'un service d'urgence psychosociale, des représentants des trois équipes du projet Chez soi (équipe clinique, équipe logement et équipe recherche) et un criminologue consultant spécialisé dans les personnalités criminelles. Onze personnes sont assises autour de la table.

Devant cette impasse dans l'intervention, une conférence de cas a été convoquée pour faire le point sur la situation avec des partenaires du milieu qui avaient travaillé avec M. Lemire. La chef d'équipe a invité les partenaires du réseau à discuter au sujet du suivi auprès de M. Lemire. Plusieurs ressources travaillent avec ce même individu. Nous avons abordé, entre autres, les questions suivantes : est-il possible de l'aider? Y a-t-il des formes d'intervention qui fonctionnent? M. Lemire a-t-il des forces? Y a-t-il des choses qui le motivent? N'est-il pas plus dangereux pour la population si les ressources coupent les ponts avec lui? Doit-on le reloger après l'expérience infructueuse en résidence d'hébergement?

Nous avons d'abord fait un premier tour de table au cours duquel les intervenants des différentes ressources – hébergement, centre de jour, soupe populaire – ont dressé le portrait de cet homme. Un intervenant le connaît depuis une vingtaine d'années, du temps où il vivait à Québec. Il semble qu'il ait déménagé à Montréal après s'être vu refuser l'accès à la plupart des ressources de la capitale. D'autres intervenants le connaissent depuis son arrivée à Montréal, il y a trois ou quatre ans. Les trois intervenants disent avoir toujours connu M. Lemire dans une dynamique de violence. Quand il ne consomme pas, il est timide, doux, mais lorsqu'il consomme, il peut avoir des comportements très violents. Un intervenant note : « *Nous sommes toujours un peu plus nerveux quand Jules entre dans la ressource.* »

De nombreuses stratégies ont été tentées par les intervenants autour de la table pour travailler avec lui son problème de consommation et son agressivité. Des stratégies qui n'ont été efficaces que pendant une période relativement courte : mettre un cadre, faire des contrats, explorer avec lui : « *Qu'est-ce qu'on peut faire pour te faciliter la vie? Comment peut-on t'aider à passer une journée sans être trop intoxiqué?* » L'intervenant du centre de jour note cependant que le renforcement positif et lui refléter son comportement ont constitué de bonnes façons d'intervenir auprès de M. Lemire : « *Tu vas devoir quitter, car tu te magasines une intervention policière, mais tu es le bienvenu demain, tu fais du bon travail.* » En général, il devenait plus calme et quittait les lieux. Mettre M. Lemire à la tâche fut

également une bonne stratégie. Il aime travailler. Au centre de jour, il a été responsable de la buanderie et de certaines tâches d'entretien ménager.

Faire le bilan de la situation

Lors de cette discussion, les intervenants font le bilan du suivi auprès de M. Lemire dans le cadre du projet. Les acteurs autour de la table statuent qu'il présente un danger pour les intervenants et qu'il faut cesser de lui offrir des services.

La réflexion des intervenants convoqués à cette conférence de cas va porter essentiellement sur la question suivante : M. Lemire est-il demandeur de service? Les intervenants estiment que non. Cet homme n'est pas en démarche, il n'est pas en train de changer; il utilise les ressources et il s'y défoule. S'il a dit avoir pour objectif de ne plus être incarcéré lors de son entrée au projet, concrètement il ne semble pas être en mesure de se projeter ailleurs.

Le criminologue consultant se dit préoccupé de la sécurité des intervenants. « *Nous avons affaire à un individu qui cumule les actes criminels. Nous parlons d'une violence avérée. Il est en acting out constamment, il n'est pas en mesure de recevoir de l'aide. Par ailleurs, il n'est pas possible d'offrir des services à quelqu'un qui a commis des actes criminels contre les membres d'une équipe. Lorsque nous sommes à l'affût de notre intégrité physique et psychique, nous ne sommes pas dans une relation d'aide.* »

Tous conviennent que beaucoup a déjà été tenté pour offrir des services à M. Lemire. La conférence de cas visait à établir ce qu'il était possible d'offrir à cet individu tout en assurant la sécurité des intervenants. La réponse à laquelle nous sommes arrivés est que nous n'avons rien à lui offrir à cause de son comportement. Un intervenant résume : « *M. Lemire pratique la politique de la terre brûlée. Il a un type de personnalité criminelle. Il ne peut pas tenir sa personnalité par lui-même et le pénitencier fait probablement office d'auxiliaire.* »

Le lendemain de la rencontre, la chef d'équipe et la chef de programme sont allées le rencontrer pour lui dire que la décision du congé de service était maintenue.

L'hôpital ou la prison

Par définition, un nouveau projet se caractérise par l'inclusion. Les limites se déterminent en cheminant. La sécurité des intervenants n'étant pas négociable, il est décidé que le projet ne peut plus offrir de service à M. Lemire et que la seule voie envisageable à l'heure actuelle pour cet homme est probablement la judiciarisation.

Il y a eu un mois et demi de suivi auprès de M. Lemire et sept interventions policières chez lui au cours de ces six semaines. Cet individu est incapable d'autocritique lorsqu'il est intoxiqué et il ne reconnaît pas ses actes, car, une fois à jeun, il ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Il est difficile d'amorcer avec

M. Lemire une réflexion sur un changement d'habitudes, de mode de vie. Ce n'était jamais de sa faute. Ce sont toujours les autres qui le provoquent. On peut difficilement toucher sa souffrance et il a une faible sensibilité envers autrui. Tout se passe comme si nous avions affaire à deux individus différents. Lorsqu'il est à jeun, il a un comportement adéquat et nous pouvons alors envisager de travailler des choses avec lui, mais lorsqu'il est intoxiqué, c'est une autre personne et il est très difficile de travailler avec lui. Certains comportements sont bien ancrés chez lui. De son point de vue, menacer de mort et sortir les poings sont des façons usuelles et acceptables de s'exprimer. Il ne reconnaît pas que ses comportements le mettent en échec partout.

Souvent, lorsqu'il y a ce genre de situation, c'est l'hôpital ou la prison. Dans le cas de M. Lemire, les soins ne sont pas une option puisque nous ne sommes pas devant quelqu'un souffrant d'une maladie mentale. Nous avons appris par la suite que lorsque M. Lemire disait entendre des voix, c'était une stratégie pour avoir des médicaments et pour éviter la prison. Nous sommes devant une personne qui a des troubles de comportement, qui a des traits de personnalité antisociale et qui n'a ni remords ni capacité d'autocritique à l'égard de ses gestes. Il n'existe pas de médication ni de thérapie pour les personnalités antisociales. Souvent, ça s'estompe avec l'âge. Mais M. Lemire est encore très agressif malgré la fin quarantaine. L'hôpital n'étant pas une option, que faire? Ce sont des comportements criminels, alors c'est la judiciarisation qui doit être préconisée. Bien que, visiblement, ce soit un cercle vicieux. Plus de 25 ans de prison n'ont rien changé à son comportement. D'un autre côté, il est tellement judiciarisé, qu'il est possible que la prison soit pour lui un endroit sécurisant. C'est un milieu qu'il connaît, comparativement à la jungle de la société.

Retour sur un suivi difficile

La chef d'équipe fait un retour sur ce suivi difficile et sur le malaise d'exclure un participant du projet. L'équipe aurait souhaité trouver une stratégie d'intervention qui permette de cheminer avec lui.

Je demeure partagée. Je suis inquiète qu'un projet comme le nôtre ne puisse pas faire une différence pour un individu et que ce dernier demeure seul dans la société. M. Lemire est une bombe; je me soucie qu'il erre dans les rues avec tout ce potentiel de violence — et il n'est pas le seul — et à l'égard de qui les gens craignent de porter plainte. Il va peut-être falloir qu'il se passe quelque chose de grave avant que quelqu'un puisse intervenir adéquatement. Par ailleurs, cet homme a eu, de toute évidence, une vie très difficile. Il m'attriste de voir que M. Lemire a eu une chance et qu'étant donné ses difficultés, ses limites, il n'a pas pu la saisir pour donner un nouveau souffle à sa vie.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

13. « Suivre » une dame qui refuse de bouger. Accompagner une personne souffrant d'un trouble de personnalité

« Elle nous teste et ça prend des nerfs solides! »

— RÉSUMÉ —

Accompagner des personnes qui ont un trouble de personnalité limite vers le rétablissement représente de nombreux défis cliniques. Il s'agit d'accompagner vers l'autodétermination des personnes qui s'estiment incapables de faire des choix et de décider pour elles-mêmes. Cela induit des façons d'intervenir en travaillant à responsabiliser sans culpabiliser, à offrir des moyens et à redonner aux personnes du pouvoir sur leur vie. La ligne est mince : ne pas trop se mobiliser afin de ne pas reproduire une relation où la personne s'attend à ce que d'autres trouvent des solutions à sa place, mais se mobiliser suffisamment, proposer des solutions et ne pas la laisser tomber.

Dans le cadre de ce récit, un intervenant relate les interventions auprès de Johanne, une dame souffrant d'un trouble de personnalité limite et qui, après quelques mois de vie en appartement, cessera de se déplacer et se laissera déprimer. L'intervenant la trouvera chez elle, nue, disant ne plus pouvoir bouger, couverte d'excréments. Vont s'ensuivre plusieurs mois d'hospitalisation, au cours desquels elle refusera de collaborer bien qu'il ait été établi qu'elle n'a pas de graves problèmes de motricité. L'équipe devra se positionner dans son rôle auprès de cette dame aux passages à l'acte spectaculaires sans tomber dans l'exaspération manifestée par le personnel d'autres ressources. Différentes situations du quotidien sont saisies par l'intervenant pour accompagner la personne et faire des pas avec elle.

L'intervenant mettra sur la constance auprès de la personne à travers le temps, malgré tout, en veillant à garder de la souplesse et du recul. Il s'agira d'apprendre à connaître Johanne pour être en mesure de l'accompagner sans lui nuire. L'intervenant saura voir la personne dans tout ce qu'elle est, au-delà de ses nombreux problèmes et du personnage peu attirant, voire repoussant, qu'elle donne à voir.

Apprendre à se connaître

Il peut s'écouler un certain temps avant qu'un intervenant et un participant apprennent à se connaître, à s'approprier et à développer une sympathie mutuelle. Le travail auprès de Johanne consistera notamment à miser sur une meilleure connaissance de cette dame qui présente des troubles de comportement et à chercher dans son histoire de vie des éléments pouvant susciter l'empathie de l'intervenant afin d'être en mesure de s'inscrire dans une relation thérapeutique.

Johanne a 55 ans et elle souffre d'un trouble de personnalité limite. Elle a occupé plusieurs emplois au cours de sa vie, mais désormais elle ne souhaite plus travailler. Elle reçoit une prestation d'aide sociale pour personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi, en raison d'un important surplus de poids qui limite ses déplacements et entraîne certains problèmes de santé. Johanne souffre également

d'incontinence; quand elle est irritée, le problème s'accroît. Elle ne consomme pas et elle n'a pas de problème financier. À son entrée au projet, son rêve était d'avoir un plant de tomates sur son balcon.

Au début du suivi, Johanne m'est apparue un peu antipathique. Il a fallu quelques rencontres pour nous amadouer. Et ce fut long avant que nous développions un lien. Il y avait un volet plus clinique à nos rencontres, mais ce n'était jamais ce qui prenait le plus de place. J'ai tablé sur ses champs intérêts et sur nos points communs : elle lit beaucoup, regarde des films. J'ai toujours été très gentil, très respectueux. J'ai bâti un lien à travers tout ça. Je pense que des conversations normales ont leur place dans un suivi comme celui que je fais. Si la personne est entourée d'intervenants à longueur de journée, il vient un moment où elle en a assez. Johanne m'a déjà dit : « *ça fait du bien d'avoir une conversation normale.* » C'est ainsi que j'ai abordé ce suivi-là au début. Heureusement.

Une femme qui ne bouge plus

L'intervention va consister à se tenir sur une ligne fine, où l'objectif est de remettre à cette dame le pouvoir sur sa vie : il s'agit de ne pas succomber à la prise en charge ni de tomber dans l'antipathie à l'égard d'une personne qui se laissera déprimer.

Dès le départ, Johanne craignait de s'ennuyer en appartement. Elle y a vécu les deux premiers mois sans trop de problèmes. Je l'ai accompagnée une fois pour faire son marché, puis elle se débrouillait. Elle a de la difficulté à se déplacer, mais elle est tout de même en mesure de voir à la gestion du quotidien. Cependant, son niveau de motivation peut baisser rapidement et lorsqu'elle éprouve de la frustration, elle tend à se laisser aller. C'est ce que nous avons vu.

Les voisins de Johanne faisaient du bruit et ça l'empêchait de dormir. Je lui avais dit : « *parles-en au propriétaire* ». Elle ne l'a pas fait. J'ai peut-être surestimé sa débrouillardise, du moins au niveau relationnel. Le bruit des voisins, les différents éléments de stress ont peut-être été un déclencheur de sa désorganisation.

Johanne avait annulé une de nos rencontres et lors de la rencontre suivante elle ne voulait pas que nous allions chez elle. J'ai ensuite compris pourquoi : les lieux devenaient de moins en moins habitables. À la rencontre suivante, je cogne à sa porte et je l'entends gémir dans l'appartement. J'essaie d'ouvrir, la porte est verrouillée. Je lui ai demandé : « *es-tu OK?* » et je l'entendais crier. Au bout de quelques minutes, j'ai contourné l'appartement, j'ai ouvert la fenêtre du salon. Là, j'ai été assailli par une forte odeur d'excréments. Je l'ai vue, elle était nue, dos à moi, et disait ne plus pouvoir bouger. Il y avait des excréments un peu partout. J'ai appelé l'ambulance. Le propriétaire est venu ouvrir la porte et ils ont sorti Johanne sur une civière pour l'amener à l'hôpital.

Lors de ce premier séjour à l'hôpital, le personnel hospitalier a établi que Johanne n'avait pas de problème de motricité, ni de problème physique sérieux. Il a été jugé qu'elle était apte à se déplacer. Simplement, elle ne voulait pas. Elle est retournée chez elle après quelques jours.

Entre temps, le projet a payé pour faire nettoyer les lieux. Au cours de la semaine qui a suivi cette hospitalisation, j'ai fait des démarches pour obtenir l'évaluation par un ergothérapeute des aptitudes de Johanne à vivre seule en logement. Or, lorsque le spécialiste est venu à son domicile, elle ne lui a pas ouvert la porte. J'ai aussi ouvert un dossier et obtenu un bon prix pour les services d'une entreprise d'économie sociale d'entretien ménager. Mais Johanne ne l'a pas appelée pour confirmer l'entente. Je ne voulais pas aller plus loin; cette dame est en mesure de faire ce type de démarches et elle ne les fait pas. Il faut proposer des ressources sans agir à la place des personnes. C'est une zone délicate.

Dès la semaine suivant son hospitalisation, Johanne recommence à se laisser déperir. Une intervenante de l'équipe est allée la visiter au cours de la fin de semaine suivante et elle l'a également retrouvée nue, recouverte d'excréments. À nouveau, elle a appelé l'ambulance. Des tests ont été refaits et la chef d'équipe a été appelée par l'hôpital pour dire que Johanne allait bien et qu'elle ne pouvait pas être gardée là-bas. Nous avons ouvert un dossier au CLSC pour qu'elle obtienne des soins à domicile.

Lors de la visite hebdomadaire suivante, je retrouve à nouveau Johanne nue dans sa chambre. Nous avons discuté de la situation en équipe à la suite des deux récentes hospitalisations : si elle est capable de bouger, de manger, il y a un jeu qui se joue. Différentes démarches avaient été faites et elle ne collaborait pas. La stratégie a consisté, cette fois-ci, à la responsabiliser. Alors, j'ai fait la rencontre debout, je ne suis pas allé trop près d'elle. Ça m'a beaucoup demandé de lui dire : « *nous n'appelons plus l'ambulance pour toi, Johanne* ». Je suis entré dans son « merdier », disons-le comme ça, et j'ai branché son cellulaire pour m'assurer qu'elle puisse communiquer avec l'extérieur, en lui donnant le message que nous ne serons pas complices de cela. À la longue, nous souhaitons que la personne comprenne qu'elle nous tient suffisamment à cœur, que nous avons suffisamment de considération pour elle pour ne pas l'encourager dans des comportements destructeurs. Johanne n'est pas une personne complètement déconnectée de la réalité, c'est une personne qui se sent incapable de se mettre en action et de prendre soin d'elle-même. J'ai seulement dit : « *écoute, ton téléphone est là, tu sais ce que tu as à faire* ». Cette fois-là, je n'ai pas appelé l'ambulance, j'ai laissé son téléphone à côté d'elle. Je lui ai dit : « *je te vois comme ça, ce ne doit pas être drôle* ». Je n'entrais pas dans la moralisation; j'étais empathique, sans l'être trop. Je la questionnais, « *il me semble que ce n'est pas évident ce que tu vis là, non?* »

Je suis probablement resté un peu trop longtemps, j'aurais dû poser davantage mes limites et m'en aller. J'avais du mal à partir et à ne rien faire en la voyant ainsi démunie. Finalement, elle a appelé elle-même l'ambulance. Cette fois-là, elle a été gardée à l'hôpital plus de trois mois. À l'hôpital elle refusait de bouger, refusait de parler avec les infirmières quand on lui posait des questions. Johanne a fini par avoir de graves plaies de lit qui ne guérissaient pas. Elle s'est complètement laissé aller. Elle refusait tout : y compris les exercices de réadaptation proposés et les évaluations. C'était assez spectaculaire.

Concertation avec l'hôpital et positionnement d'une équipe dans le suivi

Au cours des trois mois d'hospitalisation qui suivront, l'intervenant au dossier visitera Johanne chaque semaine. Son rôle va consister à rester en lien, à miser sur l'écoute et à valider les demandes de cette

dame qui refuse de se mobiliser et qui se laisse dépérir. Une stratégie d'intervention importante consistera à valoriser Johanne lorsqu'elle va bien et de faire des activités normalisantes, de ne pas se centrer sur ses problèmes.

L'équipe clinique hospitalière ne savait pas s'y prendre avec Johanne, car plus on était sévère avec elle, moins elle collaborait. Aller à la toilette prenait quatre heures et mobilisait tout le monde. L'approche de l'hôpital consistait à lui couper des services si elle ne collaborait pas : on lui a notamment retiré l'accès à la télévision et soustrait son argent de poche pour qu'elle aille elle-même se chercher des friandises à la cafétéria plutôt que de demander à d'autres patients d'y aller à sa place. Il y avait passablement d'irritation à son égard de la part de l'équipe traitante. Pour sa part, Johanne ne collaborait pas du tout; dès que ça n'allait pas, elle faisait ses besoins par terre : c'était sa manière de répliquer.

L'équipe s'alignait pour suivre ce que l'hôpital faisait : lui imposer un cadre, la voir moins souvent, attendre qu'elle retourne dans son logement. Mais, à la suite d'une discussion dans le cadre d'une formation sur les troubles de personnalité limite, il a plutôt été suggéré que la chef d'équipe fasse un peu de thérapie avec Johanne pour explorer avec elle comment l'aider. Pourquoi cesse-t-elle de bouger, alors qu'elle n'a pas de problème de motricité? Souvent, les intervenants mettent tout de suite une barrière avec une personne qui souffre d'un trouble de personnalité limite. Ses demandes sont teintées par la suspicion et on ne se donne pas toujours assez la peine de légitimer sa demande. Nous cessons de voir la souffrance de la personne, nous oublions qu'elle ne se sent pas capable de faire les choses et qu'elle est convaincue que quelqu'un d'autre les fera mieux qu'elle. Si nous disons constamment non à la personne, nous ne l'aidons pas à s'accorder de la valeur, à se faire confiance. C'est un processus. Il faut se demander pourquoi la personne agit ainsi.

Johanne souffre d'un trouble de personnalité. Il va s'agir de la responsabiliser, tout en essayant de la reconnecter à ses besoins. Il y a une ouverture chez elle, un espace pour une relation thérapeutique, une volonté d'aller vers un mieux-être. Les troubles de comportements de Johanne sont une façon pour elle de garder le lien. Jusqu'à maintenant, elle n'est pas avec nous pour obtenir des choses; elle était dans cette dynamique-là avec l'hôpital, mais pas avec l'équipe. Ça nous laissait la possibilité de faire ce petit bout de chemin. Voulait-elle retourner en logement? Que souhaitait-elle?

La chef d'équipe est venue rencontrer Johanne au centre de réadaptation. Nous l'avons fait parler : « *ça ne doit pas être facile ce que tu vis, comment te sens-tu d'être encore à l'hôpital, alors que tu avais ton appartement?* ». La stratégie a été de l'interpeller un peu, sur la base du lien déjà établi avec nous et de maintenir une constance qui la déstabiliserait un peu, parce qu'elle était dans un état de régression important. Johanne s'abandonnait complètement et c'est ce qu'il fallait lui montrer. La chef d'équipe lui a demandé pourquoi elle prenait ces moyens-là, qui sont si souffrants, pour rester à l'hôpital. « *Tu t'abandonnes. Pourquoi? De quoi aurais-tu besoin? Est-ce que tu te sens seule en appartement? Qu'est-ce que ça t'apporte d'être à l'hôpital? Qu'est-ce qui fait que malgré ce milieu hostile, tu persistes à vouloir rester ici? À quoi est-ce que ça répond?* » Elle l'a aidé dans ce petit bout de réflexion, toujours en visant l'autonomie : « *Es-tu certaine que les moyens que tu prends pour obtenir ce que tu veux sont les plus adéquats? Y aurait-il autre chose que tu pourrais essayer?* »

Elle a parlé de sa mère, de choses dont nous n'avions jamais parlé. Elle nous a dit que cette dernière n'était pas affectueuse et que les seuls moments où elle lui témoignait de l'affection, les seuls moments où elle était douce, étaient lorsque Johanne était malade. Ainsi, de son point de vue, elle devait tomber malade pour obtenir l'affection de sa mère. Peut-être est-ce un mécanisme de défense pour se sentir entourée? Se laisser dépérir à ce point, ça parle de son grand besoin d'attention et cela nous donne des pistes pour l'intervention. Nous avons vu des *modèles* relationnels à défaire, ce qui pourra lui permettre de découvrir d'autres façons d'être en relation. Il faut lui prouver qu'elle n'a pas besoin d'être malade pour que nous nous intéressions à elle.

J'ai vu Johanne à l'hôpital toutes les semaines pendant plus de trois mois. Nous avons parlé de sa vie, de ce qu'elle avait vu à la télévision, de ce qu'elle lisait à ce moment-là. Je lui demandais régulièrement « *comment tu te vois en appartement?* », j'essayais de la faire se projeter dans le moment où elle retournerait en appartement. Oui, elle s'y voyait. J'essayais de la faire parler un peu là-dessus, parce que c'est plus positif, plus agréable que de se dire qu'elle est encore à l'hôpital. Quant aux démarches à faire, je payais son loyer et ses comptes. J'ai écourté certaines rencontres, pour aller porter le montant de son loyer au propriétaire – activité que j'incluais dans mon temps de rencontre, sinon je n'y arriverais pas. J'ai aussi accepté de l'aider lorsqu'elle a désiré avoir de nouveaux vêtements; la plupart de ses vêtements, trop souillés, avaient été jetés. Johanne désirait des vêtements, quelques articles de toilette et des couches. Qu'elle souhaite faire ces achats, nous considérons cela comme une attitude positive et c'est pourquoi j'ai fait ces démarches qui dépassaient un peu le cadre d'une intervention habituelle. Le reste du temps, j'allais la voir pour maintenir le lien. Comme je travaillais pendant la soirée du 24 décembre, je suis allée la voir à la fin de l'après-midi. Nous avons eu du plaisir, Johanne a beaucoup apprécié. Je comptais beaucoup sur ce lien pour le moment où elle retournerait en appartement, particulièrement dans l'éventualité où j'aurais à être un peu plus directif avec elle.

Après des mois à refuser de bouger, Johanne a accepté de faire les exercices de réadaptation et elle a recommencé à se déplacer avec une marchette, à faire un peu d'exercice. Au départ, il avait été établi à l'hôpital qu'elle n'avait pas de problème pour marcher. Puis, on s'est rendu compte qu'elle avait tout de même une faiblesse aux jambes. Par ailleurs, pendant son séjour, elle était tombée en bas de son lit et s'était blessée au dos. Cela dit, elle avait hâte de retourner chez elle; elle commençait à être fatiguée de l'hôpital.

Sortir de l'hôpital et s'arrimer aux autres services

À la sortie de l'hôpital, de nombreux services seront sollicités pour offrir du soutien à Johanne. À plusieurs reprises, l'équipe sera en lien avec ces services afin de clarifier les rôles de chacun et de recevoir le support du CLSC. Le travail d'intervention va consister à reconnaître qu'il y a de vrais besoins, d'ordres physique et émotif, derrière la demande inadéquatement formulée et une dynamique où la personne souhaite être prise en charge. Par ailleurs, l'intervenant aura le souci de ne pas encourager une façon d'entrer en relation qui alimenterait le sentiment d'impuissance de Johanne.

Plusieurs services ont été sollicités par l'hôpital, par l'entremise du CLSC de son quartier, comme condition pour que Johanne ait son congé. À travers toute cette mise en scène qu'elle a construite, Johanne a quand même réellement du mal à se déplacer et il a été établi que ses jambes étaient très faibles. Si ses jambes ne supportent pas son poids, il peut être difficile pour elle de prendre son bain. C'est pourquoi l'hôpital a vu à ce que des barres d'appui soient installées dans sa salle de bain le jour de sa sortie de l'hôpital. Par ailleurs, Johanne doit porter des orthèses pour soutenir ses chevilles; depuis sa sortie de l'hôpital, quelqu'un vient donc chaque matin pour les lui mettre, car elle ne peut pas le faire seule. Une autre personne vient quotidiennement l'aider à se laver. Enfin, elle paye un service de popote roulante lui apporte des repas.

Ainsi, plusieurs choses ont été mises en place pour elle. Cela dit, avec ses orthèses et sa marchette, Johanne peut se déplacer. C'est pourquoi, à sa sortie de l'hôpital, une partie de mon travail a consisté à garder en tête ce qu'elle peut faire et ce qu'elle ne peut pas faire, parce que ce n'est pas évident de dissocier ce qui relève de son côté « prenez-moi en charge et je peux aller loin là-dedans » et ses problèmes réels. Si elle a de vrais problèmes physiques, elle capitalise néanmoins dessus! Rapidement, elle a demandé aux gens du CLSC d'aller porter sa lessive à la buanderie qui est à une minute de marche de son appartement. Quand je lui ai demandé pourquoi, elle a dit qu'elle avait peur de tomber. C'est peut-être vrai, mais je sais aussi que c'est son mode de fonctionnement habituel. Johanne prend plaisir à donner des ordres : c'est sa façon d'avoir du pouvoir. Elle a une attitude passive-agressive. Si nous encourageons cette attitude, elle devient une sorte de reine despotique. Si nous la confortons dans ce rôle-là, il lui sera de plus en plus difficile de bouger par elle-même.

Le CLSC m'a appelé à quelques reprises pour avoir mon avis. On voulait savoir si quelqu'un devrait venir faire sa lessive, si on devait lui offrir gratuitement des couches, etc. Mon rôle est de rappeler qu'il y a des choses que Johanne est en mesure de faire. Le défi, c'est de ne pas encourager son apathie, car elle réussit bien à mobiliser les gens autour d'elle. Un autre rôle a par ailleurs été de tempérer les relations entre Johanne et le personnel du CLSC, afin qu'elle continue d'obtenir des services, parce que dès qu'elle entend le mot travailleur social, elle se met en colère. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, il y a eu une concertation avec le CLSC afin que Johanne ne perde pas les services qu'elle obtenait. L'infirmière du CLSC faisait valoir que les conditions étaient inadéquates pour lui offrir des soins : il n'y avait pas suffisamment de lumière et d'aération dans l'appartement, il manquait de couches et de serviettes propres, sans compter que Johanne était verbalement très déplaisante. Alors, nous avons apporté un support à l'intervenant du CLSC en lui proposant de fixer ses limites. Il a mis par écrit ses conditions pour poursuivre le suivi et nous en a envoyé une copie. Quand Johanne a reçu cette liste, j'ai appuyé le CLSC et je l'ai accompagnée pendant trois heures pour faire l'achat des articles qui étaient conditionnels au maintien des services par le CLSC. C'était la condition de son autonomie en logement, en plus d'avoir un comportement respectueux envers le personnel.

Lors de la rencontre au CLSC, nous avons à nouveau clarifié nos rôles : son secteur d'activités, ce sont les soins physiques; le nôtre, c'est la santé mentale. J'ai dit à mes interlocuteurs que je voyais Johanne une heure par semaine et qu'il ne fallait pas m'en demander trop. Je vais voir comment elle se porte, je

travaille avec elle l'aspect santé mentale et nous regardons ensemble comment elle veut organiser sa vie, mais tout ce qui est de l'ordre des soins, je ne peux pas y voir.

Recommencer le suivi en appartement

Un important travail de l'intervenant sera d'identifier quels sont les forces et les besoins de la personne et de fixer ses limites à temps, en tant qu'intervenant. Il va ainsi miser sur les forces de Johanne et se servir de la connaissance qu'il a de cette personne pour identifier les interventions qui lui seront bénéfiques à moyen et long termes.

En recommençant à voir Johanne chez elle, j'ai été plus cadrant, car Johanne en avait besoin, nous nous sommes entendus là-dessus : il n'y a plus de sorties au restaurant, les rencontres se déroulent chez elle. Si je vois que l'état des lieux se dégrade, je remets les choses au clair, nous parlons des conséquences possibles. Ce sont des apprentissages qu'elle doit faire. Par exemple, si le premier nettoyage qui a été fait chez elle a été payé par le projet, c'est elle qui a payé le deuxième nettoyage, dont la somme s'élevait à plus de 100 \$. Elle était d'accord pour payer. Nous essayons de repartir à neuf, tout en pouvant lui rappeler : « *la dernière fois, tu as passé plusieurs mois à l'hôpital. Si tu te désorganises, ce sera peut-être être encore plus long que la dernière fois.* » Sans cependant brandir des menaces, je n'ai pas à faire cela, c'est elle qui retournera à l'hôpital. Johanne reçoit maintenant des services adaptés à ses besoins réels. Elle est retournée en logement. Si elle se laisse aller à nouveau, nous sommes mieux outillés, ainsi que Johanne. De plus, avec les services qui sont fournis, nous serons rapidement tenus au courant.

Deux personnes vont chez elle chaque jour : au plan de son hygiène, ça va bien. Alors, moi je lui demande, « *comment tu vois ta vie maintenant? As-tu envie de sortir, de faire des choses?* » C'est une personne intelligente, elle a une belle imagination. « *Malgré les limitations, est-ce qu'il y a quelque chose que tu es capable de faire?* » Si elle reste encore plusieurs mois sans rien faire, j'ai l'impression qu'elle va se désorganiser, ou alors elle va s'organiser pour qu'il se passe quelque chose pour se désennuyer. L'isolement est une raison importante qui fait que les gens rechutent en appartement. Johanne a une bonne vivacité d'esprit, et ce doit être ennuyant chez elle, entre quatre murs. En même temps, elle n'était pas prête pour l'instant.

Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, Johanne a téléphoné d'elle-même à une compagnie d'entretien ménager pour avoir le service à domicile. Cela a pris plusieurs mois, mais elle l'a fait. Entre temps, je trouvais très dommage qu'elle n'appelle pas, mais ce n'est qu'un appel et je savais qu'elle pouvait le faire. L'entente avec ce service avait déjà été négociée six mois plus tôt. Si elle ne téléphone pas, il s'agit d'explorer pourquoi elle ne le fait pas : « *est-elle gênée, stressée?* », afin de travailler à nourrir la motivation intrinsèque. Mais je ne dois pas appeler pour elle; elle est intelligente, elle s'est toujours débrouillée. Johanne a également fait des démarches pour mettre le compte d'électricité à son nom. Elle semble construire un lien d'attachement à son appartement. J'espère que ça lui donnera une motivation pour prendre soin d'elle et de son environnement et pour chercher d'autres façons d'être qu'à travers la prise en charge.

De la constance et de la vigilance

Une année et demie après l'écriture de ce récit de pratique, le suivi et les services mis en place autour de Johanne sont maintenus, et ils lui permettent de trouver une stabilité en logement, ainsi qu'une certaine quiétude. Pour conclure ce récit, l'équipe raconte les apprentissages qui ont été faits au fil des trois dernières années au projet Chez soi dans l'intervention auprès de personnes qui souffrent de divers troubles de personnalité.

Je constate que l'attitude de Johanne a beaucoup changé depuis que j'ai commencé le suivi auprès d'elle, il y a trois ans. La majorité du temps, c'est même plaisant d'aller la voir. Quand je l'ai connu, son langage non verbal était très agressif; pour elle, tous les intervenants étaient des incompetents. Je ne l'ai jamais affrontée, j'ai toujours été très poli, j'ai utilisé l'humour. Avoir un bon lien ne règle pas tout, mais ça peut aider. Ma stratégie est aussi de l'impliquer, de lui dire que nous travaillons en équipe elle et moi. Johanne a le potentiel de se désorganiser, mais depuis un an et demi, tout va bien pour elle. Il n'y a pas eu d'autre hospitalisation. Dans son histoire, il s'agit d'un long moment de stabilité.

Nous avons continué de faire du pouce sur ce qu'elle nous avait dit à l'hôpital à propos de sa mère qui ne prenait soin d'elle que lorsqu'elle était malade. Cette compréhension de sa souffrance, et du fait qu'elle peut aller très loin pour se rendre malade et obtenir de l'attention, nous la gardons en tête. Il s'agit de faire de la psychoéducation sur comment entrer en relation avec les autres et de l'outiller à mieux faire face aux frustrations. Quand elle se met en colère contre une personne, je lui demande : « *qu'est-ce qu'il y a dans cette situation qui te fait réagir autant? Et comment pourrais-tu faire pour résoudre ce problème?* » Nous avons abordé à quelques reprises le fait que l'intensité qu'elle met dans sa frustration est exagérée, et qu'elle sabote les relations d'aide. Le suivi auprès de Johanne fut une bonne école pour apprendre à ne pas tomber dans l'urgence. Cela exige de prendre le temps de comprendre la dynamique relationnelle de la personne et d'assurer une constance auprès d'elle. Autrement, nous risquons de tomber dans des pièges qui desservent la personne plutôt qu'ils ne l'aident.

Comme équipe, nous avons voulu peaufiner notre connaissance et notre intervention auprès des troubles de la personnalité et nous avons eu recours à de la formation et à de la supervision clinique par des thérapeutes spécialisés. Notre intention n'était pas d'aller chercher des outils pour *venir à bout* d'un trouble de personnalité, mais plutôt d'apprendre à rester sensibles et empathiques avec ces personnes-là, en sachant que c'est la seule façon de créer des alliances. Il s'est agi de développer un regard curieux, d'apprendre à nous mettre un peu dans leurs souliers, d'essayer de comprendre comment ça se passe à l'intérieur, de mieux comprendre leurs stratégies de survie et d'aider à les démanteler peu à peu. Ça nous a aidés à avoir une connexion plus empathique avec la personne et ainsi mieux communiquer et l'amener à se mobiliser de façon adéquate.

Nos préjugés, nos jugements sont beaucoup tombés parce que nous comprenons mieux les enjeux relationnels et émotionnels de la personne. Nous avons affaire à des personnes qui ont la maturité

affective d'un enfant. Il y a un développement émotionnel qui ne s'est pas fait. Nous voyons désormais que le clivage, le harcèlement, la crise, ce sont autant de défenses que la personne met de l'avant. Et au lieu de nous arrêter aux défenses, aux symptômes, on va plutôt se demander : qu'est-ce qui se passe? Que veulent dire les passages à l'acte (*acting out*)? Comme équipe, nous avons notamment appris au fil du temps à détecter les signes avant-coureurs de la crise. C'est-à-dire qu'il y a des signes plus passifs qui mènent à la crise et on ne les reconnaît pas toujours comme étant des passages à l'acte : par exemple, changer de sujet, mentir ou faire du déni. Il est important de ne pas laisser les problèmes s'accumuler. Comme intervenant on gagne à persévérer, à être constant, à aborder certains sujets, malgré que ça puisse faire réagir la personne.

On voit que le discours a changé dans l'équipe au cours des trois dernières années. Au début, c'était : « Ah, c'est un trouble de personnalité!, Ah il est en train de cliver!, Ah, il faut mettre un cadre! » Des mots typiques quand on parle d'un trouble de personnalité. Aujourd'hui, c'est plus : *qu'est-ce qui est en train d'arriver avec la personne? Qu'est-ce qui a déclenché ça? Qu'est-ce qui est en train de se passer dans notre dynamique? Où est-ce que ça fait mal en ce moment?* Et c'est sur la base de cette compréhension que nous allons parler avec la personne. Ainsi, elle se sent comprise et non pas jugée, même si on met un cadre. Et ce cadre doit être adapté à chaque personne. Le cadre, ce n'est pas pour faire la discipline, ce n'est pas en réaction. C'est un cadre qui doit tenir compte principalement de ce qui est en train de se passer au niveau des défenses primitives de la personne. C'est parce que nous sommes convaincus que c'est la meilleure façon d'aider la personne.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

14. La venue d'un nouveau-né. Offrir les moyens et suivre le défilé

« Tous les intervenants autour d'Alain et de Marie ont probablement souhaité qu'ils aient la garde de leur enfant. L'élastique a été étiré au maximum, y compris par la DPJ. »

« Il faut parfois accepter de n'être qu'un court relais dans le long parcours d'une personne vers son rétablissement. »

– RÉSUMÉ –

Lorsqu'Alain, un jeune homme âgé de 20 ans, est référé à l'équipe SIM il est à la veille de devenir papa. Le travail des intervenants consistera à construire un lien avec ce jeune homme qui collabore peu avec les services habituels, afin de l'accompagner dans son projet parental. L'immaturité du futur père et la vulnérabilité de sa santé mentale, combinées à la consommation de drogues, sèment un doute quant à sa capacité d'assumer son nouveau rôle. Cette situation délicate va exiger de bien clarifier le rôle de l'équipe auprès de ce jeune homme méfiant et peu mobilisé, ainsi qu'à l'égard des autres acteurs qui gravitent autour du jeune couple. L'équipe laissera les instances responsables agir dans leurs domaines de compétences respectifs, et se positionnera dans l'accompagnement du jeune homme. Le temps nécessaire à la création d'un lien fera cependant défaut dans un contexte où la naissance de l'enfant est imminente et que les jeunes parents s'en verront retirer la garde. Ce récit témoigne de la tension qui peut exister entre le temps long pour cheminer vers un mieux-être et l'imminence d'une naissance à venir, ainsi que le malaise parfois éprouvé par l'intervenant à s'inscrire en dehors du contrôle et de remettre au participant le pouvoir sur sa vie.

Amorcer une relation avec le futur père

Pour accompagner Alain dans son désir de s'engager dans un projet parental, la première étape va consister à apprendre à le connaître. L'intervenante raconte le parcours de ce jeune homme qui a vécu en centre d'accueil, qui est méfiant à l'égard des institutions et qui a peu appris à se responsabiliser. L'intervention va viser à construire peu à peu un lien avec lui et de l'accompagner pour reprendre du pouvoir sur sa vie. Une démarche qui s'inscrit dans le long terme.

Alain a été accepté dans le Projet Chez soi à partir de son hospitalisation. Il est connu pour faire des psychoses toxiques causées par la consommation de différentes substances. Il vit dans la rue depuis quelques années malgré son jeune âge. Il a vingt ans. Quand il quitte l'hôpital, il s'engage à recevoir ses injections bimensuelles dans nos bureaux et accepte que nous allions le visiter à domicile plusieurs fois par semaine.

Lorsqu'il sort de l'hôpital, l'équipe le rencontre dans un centre de jour qu'il fréquente depuis six ans. Il est accompagné de deux intervenants de ce centre et de sa conjointe Marie. Celle-ci est enceinte de plus de 30 semaines, soit aux trois quarts de sa grossesse. Pour Alain, la paternité est un rêve qui se réalise. Pendant ce premier entretien, il est clair qu'il désire installer le plus rapidement possible sa petite famille

dans un logement. Équipe logement et équipe clinique prennent les bouchées doubles pour trouver l'endroit idéal afin d'y installer Marie et Alain. Ceci est fait dans les dix jours suivant la rencontre au centre de jour. Pendant cette période d'attente, nous effectuons des rencontres. Nous apprenons que Marie et Alain refusent toute aide offerte par les services médicaux et sociaux. À leur corps défendant, ils sont tous deux issus de la génération qui a connu plusieurs placements en famille d'accueil.

Alain affirme qu'il donnera à cet enfant tout ce dont il aura besoin. Dès leur installation dans le logement, il dépense ce qu'il a pour le confort de sa conjointe. Cependant, l'équipe s'inquiète de sa capacité à assumer la nouveauté du rôle paternel en situation d'adaptations multiples, compte tenu de la vulnérabilité de sa santé mentale et de son immaturité. Quelques jours avant leur installation dans leur logement, Marie est arrêtée et amenée quelques jours en détention puisqu'elle n'a pas respecté les conditions de sa libération conditionnelle, exigeant notamment de ne pas consommer.

Au cours des premiers mois de suivi, notre lien avec Alain tient principalement à l'appartement, la médication et la stabilité. Le lien est maintenu, quoique minimal. Il y a un lourd passé d'intervenants dans l'histoire de ces deux jeunes. Ce sont des « intervenus ». L'institution est vue par ce jeune couple comme l'ennemi. Et il ne faut pas collaborer avec l'ennemi. Alain et Marie sont très au fait de différentes manières de se comporter pour ne pas se faire importuner par les services. Ils portent leur histoire d'enfant placé en centre d'accueil. Et ils ont probablement peu de souvenirs des raisons pour lesquelles ils ont été placés en institution. De plus, l'interprétation de type paranoïde sous-jacente à la consommation ne simplifie pas les relations entre Alain et l'équipe. Sans compter que le changement que représente l'approche du rétablissement, avec ses disponibilités de choix et d'opportunités, mêle les cartes. Alain n'a pas eu souvent dans sa vie l'occasion de prendre des décisions; il est encore bien jeune et très immature.

La gestion du risque et liens avec divers partenaires

L'accompagnement du rêve du jeune homme va susciter de nombreuses questions au sein de l'équipe. Les intervenantes sont mal à l'aise quant aux risques encourus pour l'enfant à naître. Quel est le rôle de l'équipe dans le cadre d'une approche du rétablissement à l'égard des autres ressources qui entourent le jeune couple? Comment doit-on se situer dans l'évaluation des risques?

De nombreux acteurs sont déjà impliqués dans l'histoire d'Alain et de sa conjointe au moment de l'entrée de celui-ci au projet Chez Soi. Afin d'avoir un meilleur portrait de la situation, nous entrons en contact avec différents intervenants qui gravitent autour du jeune homme et de l'enfant à venir. Alain signe des autorisations pour communiquer des renseignements à différents partenaires, dont le centre de jour. Comme les autorisations concernent Alain, et non Marie, nous ne pouvons avoir d'échanges avec les intervenants que sur l'impact possible de la paternité sur Alain et ses réactions lors du travail et de l'accouchement. La conjointe et future mère de l'enfant n'a pas de lien thérapeutique avec l'équipe. Notre lien est uniquement avec Alain. Lorsque nous communiquons avec les intervenants du centre de jour, ils se disent inquiets, car ils connaissent Alain depuis plusieurs années et craignent pour la sécurité

du bébé. Avec les informations obtenues grâce au dossier des hospitalisations antérieures, nous savons aussi qu'Alain peut avoir des comportements violents et agressifs lorsqu'il est intoxiqué ou contrarié.

Après avoir débattu de la responsabilité de l'équipe au sujet des risques encourus par l'enfant à naître, la psychiatre de l'équipe prend l'initiative de contacter le médecin accoucheur, qui fait partie du même établissement institutionnel, et de lui faire part de ses inquiétudes quant aux réactions d'Alain lors de l'accouchement. Le médecin note alors connaître très peu Marie qui ne s'est présentée que trois fois durant sa grossesse. Elle a beaucoup consommé lors de sa grossesse et elle ne s'est pas soumise aux tests qui auraient infirmé ou confirmé les possibilités de malformations de l'enfant à venir.

Si Marie est probablement au courant de possibles malformations de l'enfant qu'elle mettra au monde, Alain ignorerait tout des conditions de santé de son enfant. Le bébé qui s'en vient pourrait susciter des déceptions. Possible qu'il faille faire le deuil de l'enfant parfait. Ces nouvelles informations amplifient les inquiétudes de l'équipe. Jusqu'où peut-on aller dans le processus d'accompagnement d'Alain sans violer la confidentialité entre un médecin et sa patiente? Nous offrons à Alain de l'accompagner lors de l'accouchement, proposition à laquelle il ne répond pas. C'est alors que nous prenons l'initiative de signaler la situation à une personne compétente des services sociaux du département de l'hôpital où la naissance doit avoir lieu – sans nommer la patiente, mais en spécifiant quel est le médecin qui suit Marie. Après coup, nous nous faisons la réflexion que même si nous n'avions pas avisé les services sociaux, le médecin accoucheur l'aurait fait. Des personnes qui se présentent seulement trois fois en suivi de grossesse et qui refusent de passer des tests quand il y a une malformation possible, ça met le personnel hospitalier en alerte.

Accompagner le rêve, malgré le malaise

Accompagner le rêve, c'est aussi accompagner le rythme. L'équipe va respecter les futurs parents dans leur désir d'autonomie et de choix. Les intervenants vont vivre de l'impuissance devant les manifestations répétées d'Alain et de sa conjointe témoignant de leur incapacité à prévoir la naissance, en plus de refuser les services pouvant les accompagner. L'équipe SIM va faire preuve de créativité afin de créer des espaces pour éduquer les futurs parents sur la naissance à venir. Bien que l'on ait souhaité mobiliser beaucoup plus tôt les services pouvant leur venir en aide, jusqu'à la semaine précédant l'accouchement, les futurs parents ne sont pas disposés à préparer la naissance.

Pendant quelque temps, Alain se présente toutes les deux semaines pour recevoir son injection, mais, petit à petit, il nous confie son ambivalence à prendre le médicament intramusculaire et dit souhaiter prendre le contrôle de sa prise de médicament par la bouche. Puis il annonce à l'équipe qu'il désire cesser de prendre ses médicaments, estimant qu'il n'en a pas besoin. Cependant, il se ravise.

À la 36e semaine de la grossesse, nous notons qu'au logement, qu'il n'y a aucun préparatif en prévision de la naissance. Bien qu'installés en logement, les parents refusent qu'une infirmière, une travailleuse sociale ou d'autres professionnels de la santé les guident au sujet de l'arrivée de l'enfant. Ils n'ont aucun meuble, accessoire ou matériel pour le bébé. Nous sommes perplexes devant la tournure des

événements. Nous désirons respecter l'autodétermination d'Alain de ne recevoir d'aide d'aucun professionnel de la santé. Mais la sécurité de l'enfant nous préoccupe même s'il n'est pas encore né. Quelle conduite adopter en lien avec l'influence que l'équipe peut exercer sur Alain au regard de sa paternité et de l'enfant à venir?

Deux semaines avant l'accouchement, à l'occasion de la fête des Mères, une intervenante de l'équipe prend l'initiative d'accrocher à la poignée de porte d'Alain et de Marie un sac cadeau contenant un petit pyjama, un beau livre sur la naissance, une rose de son jardin et un mot leur souhaitant « *bonne fête des mamans et des parents* ». Le petit mot dit également que l'équipe sera heureuse de leur rendre visite quand ils seront disponibles. Marie appelle une semaine plus tard, disant souhaiter recevoir la visite de l'équipe. Nous sommes une semaine avant la date prévue de l'accouchement. Une infirmière de l'équipe se rend immédiatement à leur domicile pour donner aux futurs parents un bref cours prénatal. Dans l'appartement se trouvent un parc d'enfant et beaucoup de vêtements pour enfant dans des sacs verts. Ces articles étaient arrivés par l'entremise d'une intervenante d'un organisme du centre-ville qui – à l'insu de ses patrons, à l'insu de bien des gens – avait décidé de les équiper. L'infirmière va beaucoup insister sur le fait qu'ils ont commencé à se préparer, qu'il faut commencer quelque part. Elle a donné quelques conseils et les a alertés à propos des dangers de la fumée de cigarette sur les petits poumons du bébé. Les sacs de vêtements donnés n'étaient pas ouverts. Et au milieu de la garde-robe vide, accroché sur un cintre, pendait le petit pyjama offert par l'équipe. C'était la seule chose neuve qu'ils avaient pour le petit bébé.

À chacun son champ d'intervention

Quand le bébé est né, ça s'est su. Les services sociaux de l'hôpital étaient au courant. La psychiatre de l'équipe, en lien avec le médecin, l'a appris. L'équipe sera sollicitée pour prendre part à l'évaluation des compétences parentales du jeune couple et pour se porter garante de la supervision parentale. Outre la question liée à la gestion du danger pour l'enfant à naître, les membres de l'équipe feront valoir la spécificité de leur rôle auprès d'Alain aux acteurs des services de santé, des services sociaux et de la justice qui interpellent l'équipe SIM à prendre part à la réflexion sur le placement de l'enfant.

Une intervenante a passé une heure avec les nouveaux parents à l'hôpital. Ils étaient heureux de cette visite. Il y avait un grand désir de leur part de dire « *laissez-nous partir avec l'enfant et vivre à notre façon* ». Mais Alain et Marie sont restés une dizaine de jours à l'hôpital, sous supervision. Des informations ont été consignées par les infirmières de garde sur les interactions entre les parents et leur enfant. Elles ont constaté qu'il y avait peu de manifestations visuelles d'attachement des parents.

Différents acteurs du dossier ont consulté l'équipe afin de se prononcer sur les habiletés parentales des deux parents. Une travailleuse sociale de l'hôpital est venue nous rencontrer pour nous faire part de ses craintes. Nous avons répondu que nous n'étions pas sur place et que nous n'étions pas en mesure d'en juger. Nous ne pouvions pas dire grand-chose, nous connaissions peu Alain. Nous étions plutôt dans un rôle de soutien. C'était son rêve qui arrivait, son bébé. Nous y allions sur la pointe des pieds. Nous souhaitions

préserver le lien que nous avons avec lui. Nous devons, néanmoins, participer à l'évaluation, puisque la loi y obligeait l'équipe et qu'une petite vie était en jeu. C'était assez délicat.

La travailleuse sociale de l'hôpital a proposé à Marie l'option d'un centre mère-enfant où elle pourrait bénéficier d'une supervision et d'un accompagnement pour prendre soin du bébé. Ce qu'elle a refusé à plusieurs reprises. De l'hôpital, le bébé est donc parti directement en famille d'accueil. Et une comparution à la cour a été prévue pour déterminer la suite des choses.

Le procureur a appelé quelques fois la psychiatre et la superviseure clinique pour obtenir des informations sur les compétences parentales d'Alain et de sa conjointe. Nous avons fait valoir que nous étions mal placés pour en parler. Nous n'avions pas vu les parents en interaction avec l'enfant. Le procureur a demandé à l'équipe d'aller en cour pour témoigner. Pour nous, c'était non. Nous n'avions rien à dire là-dessus. La psychiatre a envoyé deux rapports, attestant ce qu'on savait au sujet du participant, en notant bien qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur ses compétences comme parent.

Puis, l'équipe a été mise devant le fait que nous aurions à faire de la supervision familiale. Nous avons dû spécifier que nous n'irions pas à la maison superviser les soins à apporter à l'enfant. Si les intervenants ont la responsabilité légale de protéger l'enfant à naître, l'évaluation des compétences parentales du jeune couple ne relève pas du mandat de l'équipe. Nous étions attirés à un des deux parents seulement, avec l'obligation de le visiter une fois par semaine. Et comment notre mandat aurait-il pu être élargi à ce point, alors qu'Alain et Marie ne voulaient pas collaborer?

À la cour, Marie qui avait jusque-là refusé l'option du centre mère-enfant a dit souhaiter s'y rendre. Elle a obtenu une place une dizaine de jours plus tard. Heureuse, elle nous a appelés pour annoncer la nouvelle. Pendant ce temps, nous continuons à voir Alain toutes les semaines. Nous le voyons chez lui ou à la maison mère-enfant. Nous faisons notamment des interventions au sujet de la gestion de l'argent en lien avec la possibilité d'obtenir la garde de leur enfant. Un après-midi, Alain et Marie nous font la surprise de venir saluer l'équipe et nous présentent leur fils.

Mais alors que l'enfant a deux mois, nous apprenons que la garde est retirée aux parents par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Quelque chose est arrivé alors que les parents étaient sous supervision. Nous ne savons pas quoi.

Le temps long du rétablissement

Ce récit raconte un suivi qui a demandé de pousser plus loin la réflexion sur les limites, les valeurs et les objectifs de l'intervention dans une approche du rétablissement. Une réflexion sur ce que signifie respecter le rythme, marcher à côté du participant, malgré le sentiment d'urgence vécu par les intervenants et un enfant à naître. On s'inscrit dans une relation en dehors du contrôle et des solutions prédéfinies. Et il faut parfois accepter de n'être qu'un court relais dans le long parcours d'une personne vers son rétablissement.

Bien que nous nous étions tenus loin du dossier de l'enfant, Alain nous a tout de même mis dans le même bateau que les autres services lorsque la garde a été retirée aux parents. Il s'est éloigné des deux ressources qu'il connaissait : le lien a été brisé avec nous et avec le centre de jour qu'Alain fréquentait depuis six ans. Lui et sa conjointe se sont isolés. Bien qu'il fût réticent, un lien s'était peu à peu construit avec Alain. Le retrait de la garde de l'enfant y a mis fin. À cette même époque, il semblait également avoir recommencé à consommer et il avait cessé de prendre ses médicaments.

Tous les intervenants autour d'Alain et de Marie ont probablement souhaité qu'ils aient la garde de leur enfant. L'élastique a été étiré au maximum, y compris par la DPJ. Nous aurions eu envie de les aider à mettre toutes les chances de leur côté pour garder leur enfant. Nous étions inquiets, nous étions tristes. Ce n'est pas que ce soient de mauvais parents; il n'y a probablement pas eu de négligence. Mais ce qu'il faut pour prendre soin de leur enfant, ils ne l'ont pas reçu eux-mêmes quand ils étaient enfants. De leur point de vue, ils sont compétents, car ils n'ont rien connu d'autre. Le père d'Alain est lui-même en situation d'itinérance et il a habité dans l'appartement du jeune couple dès le début. Même si Marie et Alain prenaient conscience qu'ils pouvaient peut-être être de bons parents, aller dans le sens de ce que le système attend d'eux, agir en fonction de la protection du bébé, développer des compétences, etc., ce serait peut-être défait au fur et à mesure par le grand-père du bébé. Cette influence est là.

Il y a beaucoup de monde dans l'histoire de ces deux jeunes gens. Ils sont peut-être dans le deuil, mais peut-être aussi vivent-ils la perte de la confiance que la société leur a refusée. On voit que les parents ont eu des chances. Il s'est passé quelque chose, on ne sait pas quoi. Qu'est-ce qu'ils font de l'information? On le saura peut-être un jour. Pour le moment, ils nous laissent dans l'attente. Quand, lors d'une visite à domicile, un intervenant leur a demandé comment ils se portaient après le placement de l'enfant, Alain a répondu: « *On prend ça relaxe.* » Il faut y aller tranquillement avec eux dans l'intervention. Ne pas bousculer, ils ont énormément de choses à apprendre, à réapprendre, à apprivoiser.

Trois mois plus tard...

Alain et Marie ont quitté la ville, laissant leur appartement dans des conditions insalubres. Sur les murs, des graffitis témoignant de leur colère que la garde de leur enfant leur ait été retirée. L'équipe a perdu leur trace.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

15. Aider un homme d'origine inuite à renouer avec lui-même

« Les gens accordent peu de valeur à leurs savoirs, à moins de savoir qu'on leur en donne. »

— RÉSUMÉ —

Le travail de l'intervenant en rétablissement est difficile en ce qu'il se donne pour objectif d'accompagner une personne sur le chemin qu'elle souhaite emprunter, alors que cette dernière envoie parfois des messages confus et contradictoires sur le chemin à prendre. On accompagne des personnes dont l'identité est en redéfinition, alors qu'elles prennent une distance par rapport à leur ancienne identité de la rue et à leur réseau de consommation. Il s'agira de miser sur l'écoute pour lui permettre d'identifier sa propre voix et de reconnaître sa valeur au-delà des divers stigmas dont elle est porteuse, et alors que la personne elle-même ne se reconnaît plus de communauté d'appartenance.

Ce récit raconte le suivi auprès d'un homme Inuit qui a longuement vécu à la rue et qui souffre d'une dépendance à l'alcool. La transition de la rue au logement, puis l'arrêt de consommation présenteront pour lui de nombreux défis. Le travail de l'intervenant va consister à explorer ce que peut signifier le rétablissement pour cet homme qui a vécu divers traumatismes et de nombreuses relations d'exclusion. Les interventions de l'équipe viseront également à aider cet homme, par des démarches concrètes, à briser la solitude et à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool. À travers cet accompagnement, un défi consistera à reconnaître et à développer une sensibilité particulière en regard de l'origine culturelle de cette personne, sans par ailleurs l'y enfermer au sein d'une nouvelle catégorie. Il s'agira de dire qu'il ne faut pas vouloir valoriser cette identité autochtone à tout prix.

Reconnaître la culture de la personne sans l'y enfermer

L'accompagnement pour aider Brian à faire des pas vers un mieux-être s'effectuera d'abord autour du logement. La culture de cet homme Inuit sera saisie comme une occasion de le questionner sur le sens qu'il donne au rétablissement et à un « chez soi ». Pour Brian, l'entrée en logement entraînera notamment des choix relationnels difficiles.

Brian est un homme d'origine inuite âgé de la mi-quarantaine. Quand je l'ai rencontré, il disait : « J'ai peur de ne pas réussir parce que je dépense mon chèque en deux jours en alcool. Je fais des black out, je me retrouve dans des batailles, je me fais battre, je mesure 5'1, je pèse 120lbs. Parfois, je me sens fort sous l'effet de l'alcool, mais... » Il a vécu beaucoup de violence dans la rue, il s'est fait voler et s'est fait battre. Par ailleurs, c'est sa famille et tout son réseau qui sont à la rue.

Lors de nos rencontres, je tentais de comprendre à quoi pouvaient ressembler son univers, son enfance dans le Grand Nord où il a été élevé par ses grands-parents. Brian était toujours un peu surpris que j'aie ce désir de comprendre son expérience de vie sans mettre l'accent sur ses problèmes, d'où peut-être son assiduité à nos rencontres lors desquelles il avait toujours quelque chose à me dire. J'ai cherché à voir avec Brian comment faire des pas vers une meilleure intégration dans la société. « À quoi ça peut

ressembler pour toi de vivre en logement ? À quoi peut ressembler le rétablissement? Qu’as-tu envie de devenir? Qu’est-ce qui aurait du sens pour toi? Qu’aurais-tu envie de faire avec ton vécu à la rue? C’est unique. » Je l’invitais à utiliser son expérience de vie pour trouver un certain sens dans sa vie. Il avait tendance à minimiser l’importance de ses apprentissages.

Pour Brian, la communauté est importante. Elle prend la forme d’une présence constante de ses pairs au quotidien comme dans les événements plus exceptionnels. Nous pouvons facilement perdre cette valeur de vue si nous croyons qu’il doit se rétablir en vivant seul en logement : il est également possible que cela l’éloigne de ses objectifs. Je suis resté à l’écoute. Sa demande était de s’éloigner du centre-ville où il y avait beaucoup d’influences le maintenant dans des habitudes de consommation abusive d’alcool. En lui cherchant un logement, nous avons tenu compte de son désir. Il a été logé à l’extérieur du centre-ville, près d’un parc et d’une rivière où il pouvait pêcher. Il en était ravi. Il n’empêche qu’emménager en logement a signifié pour Brian de faire le deuil d’une partie de son réseau social. Il avait déjà eu des appartements, mais il n’avait jamais habité seul. Pour Brian, vivre seul en appartement, c’est un choc culturel. Les Inuits ont tendance à vivre en communauté. Et nous avons vu qu’au cours des deux premières années au projet Chez soi, il habitait son logement, mais il n’y retournait pas tous les soirs. Il dormait régulièrement dehors pour rester auprès de ses amis et sa famille ou il retrouvait ses repères traditionnels. Il faut tenir compte de tout ça dans l’intervention, et ne pas oublier de demander à Brian ce qui lui convient, ce qui ne lui convient pas.

Aider à se voir autrement et à renouer avec soi

Dans le cadre de ce suivi, il y aura un travail d’actualisation des valeurs de cet homme où l’intervenant se positionnera dans un rôle de clarification de ce qu’il souhaite. Un souci particulier de l’intervenant consistera à travailler au-delà des étiquettes qu’une personne porte sur elle-même, et de rester vigilant sur ses propres valeurs en tant qu’intervenant. Cela demande de croire en la personne, de l’encourager à faire ses propres choix, de la soutenir pour aller de l’avant et de l’aider à prendre des risques. C’est sur la base de ces principes d’intervention qu’il amorcera un travail sur la dépendance. Ce retour vers soi peut ensuite permettre à la personne de se reconnecter à sa santé, à sa famille et à la communauté.

Dans le cadre du projet, nous apprenons à connaître la personne en la côtoyant au quotidien, dans son milieu de vie et notre travail consiste à lui offrir un autre regard sur elle-même. Ça suppose de faire appel à une écoute de qualité, à une présence. Il faut parfois tenter d’influencer la personne pour changer les comportements destructeurs, mais on ne l’influencera pas si elle ne se sent pas reçue, comprise et soutenue.

Il y a de la résignation chez Brian : il se dit qu’il devrait aller dans le sens des attentes de la société. Il en vient même à dire : *« je n’ai pas beaucoup d’espoir de changer, je suis un alcoolique chronique. »* Il se décrit comme un citoyen de seconde classe, un « dirty indian ». C’est toute la stigmatisation, le regard des autres qu’il traîne avec lui et qu’il faut contrecarrer. Si Brian croit qu’il est un « alcoolique chronique », comment allons-nous l’amener à douter de cela, si nous-mêmes nous lui collons cette étiquette? Si nous pouvons l’amener à s’observer sans se rejeter, sans tomber dans le déni de sa

consommation, ce sera déjà beaucoup. En attendant qu'il soit capable de percevoir ses qualités par lui-même, il faut les lui rappeler parce qu'il les perd de vue. Nous devons également proposer une autre vision de la consommation en mettant de l'avant, entre autres, qu'il y a une fonction attachée à la consommation, qu'elle a des côtés positifs pour la personne. Cette dernière a trouvé la consommation comme stratégie d'adaptation à la souffrance et elle la maintient parce que ça donne des résultats à court terme. Si elle connaissait d'autres avenues, probablement qu'elle agirait autrement.

Et parfois, la magie opère. Pour l'anniversaire de Brian, nous avons passé l'après-midi ensemble. Nous avons emprunté une navette fluviale menant à un parc sur le fleuve, nous avons partagé un repas et discuté de son récit personnel. Puis, nous sommes revenus et avons traversé le Vieux-Montréal où nous avons vu une boutique d'art inuit. J'ai proposé à Brian d'y entrer, quoiqu'il restât peu de temps à la rencontre. Il s'est mis à m'expliquer le choix des matériaux. Lui-même avait déjà fait de la sculpture, un vieux rêve oublié, caché sous de couches de survie à la rue. Le fait d'aller visiter cette boutique l'a amené à parler de son rêve. J'ai tenté d'évaluer avec lui s'il estimait réaliste de s'équiper à nouveau et de faire de la sculpture dans son appartement. Il regardait le prix des œuvres. Cela a soulevé la question de l'exploitation de la culture. Il disait : « *je me demande combien les artistes reçoivent pour leur œuvre et combien le commerçant touche?* » Ce sont des moments magiques. Je sentais que c'était valorisant pour lui. Ça le remettait en contact avec des champs d'intérêt, des rêves.

La semaine suivante, en faisant un retour sur cette sortie, Brian a dit qu'il aimerait retourner au parc avec son fils – âgé d'une vingtaine d'années et qui vit des réalités similaires à celles qu'a connues son père. Cette sortie a été pour lui l'occasion de se repositionner dans son rôle de père. Il ne faut pas hésiter à proposer des choses et être attentif à laisser la personne se définir elle-même. Il faut aussi, et surtout, passer du temps de qualité. Peut-être est-on la seule personne avec qui elle va pouvoir vivre une relation différente de ce qu'elle a vécu jusqu'à ce jour.

Réduire les méfaits liés à l'alcool

Une meilleure connaissance de la personne et le lien établi permettront d'aborder les dangers liés à la consommation d'alcool et de faire des pas vers une réduction des méfaits. Puis, à l'occasion d'un épisode suicidaire, l'équipe invitera fortement Brian à se rendre à l'hôpital et à aller chercher des services. Dans l'intervention, il s'agira à la fois de reconnaître la culture et l'histoire de la personne, sans décider pour elle de ce qui convient à un « Inuit ». Le rapport à la culture autochtone est l'objet d'une ambivalence, à la fois racine identitaire et source des difficultés rencontrées.

Différentes démarches ont été réalisées pour réduire les impacts négatifs de l'alcool dans la vie de Brian. À son entrée en logement, il ne se faisait pas confiance. Il craignait que sa consommation d'alcool l'empêche de payer son loyer. Il m'a demandé de l'aider pour la gestion de son argent. Ce n'est pas une pratique habituelle de l'équipe, mais c'est un moyen que Brian se donnait pour aller vers une stabilité en logement. Nous avons dit : « *OK, puisque c'est un moyen que tu te donnes, nous allons te donner un coup de main pour un temps.* » Cela s'inscrit dans un travail au cas par cas. Pour moi, c'était davantage de gestion, parce qu'il retirait son argent au compte-goutte et ça nécessitait plusieurs déplacements, mais

j'ai accepté de jouer ce rôle-là. Nous avons ensuite commencé à établir un budget avec lui au début de chaque mois, en déterminant des objectifs concrets aux différents montants alloués, et nous lui remettions de l'argent chaque semaine. Nous avons aussi commencé à faire l'épicerie avec lui en début de mois afin de l'inciter à dépenser son argent de la façon la plus saine possible.

Au cours de l'été, Brian s'est fait battre au centre-ville et il s'est de plus en plus isolé chez lui. Il avait des pensées suicidaires. Nous lui avons fait part de nos inquiétudes : *« je pense que nous sommes rendus à aller à l'hôpital Brian. Il faudrait que nous y allions. »* Nous avons fait valoir que son état se détériorait, qu'il nous avait appelés pour signaler sa détresse et qu'il avait fait des tentatives de suicide dans le passé. Brian est allé à l'hôpital pour la première fois de sa vie. Le personnel hospitalier a accepté de faire une exception, bien qu'il n'ait pas de carte d'assurance-maladie, et il a séjourné deux semaines à l'hôpital.

Lors de ce séjour à l'hôpital, une cure de désintoxication dans une ressource pour les Autochtones a été offerte à Brian, mais il n'était pas intéressé. Il nous a expliqué : *« Le fait que je sois Inuit ne signifie pas que je sois bien avec tous les Autochtones. Aussi, vous savez, je n'ai pas envie d'aller me ressourcer dans mes racines, car ce sont surtout de mauvais souvenirs. »* Ce que Brian nous a permis d'apprendre, c'est que nous ne pouvons pas présumer qui est la personne. Nous avons estimé que c'était quelqu'un de différent, avec des besoins différents et que pour l'aider à s'en sortir, il fallait aller chercher ses pairs. Nous avons voulu lui offrir un service spécifique, mais nous avons oublié de nous informer au préalable de ce qu'il désirait. Nous pensions que Brian se valorisait à travers son appartenance à sa communauté et que cela serait plus aidant. Nous étions fiers d'avoir trouvé cette ressource spécialisée, de faire de l'intervention ciblée, une intervention fine qui tenait compte de sa culture. Pas du tout! Nous avons ri de nous-mêmes ensuite; ça donne un petit coup d'humilité. Cette intervention relevait d'un sentiment de sympathie, plutôt que de s'inscrire dans une approche du rétablissement. Il faut qu'on s'intéresse à l'histoire de la personne, comment elle vit les choses et ce que sa culture représente pour elle. Oui, il y a des influences culturelles, mais chaque personne a des façons de voir, une expérience et il ne faut jamais oublier de demander ce que cela signifie et quelle est l'importance que la personne y donne.

C'est là que nous avons compris que pour Brian, sa culture, c'était aussi ses bourreaux. Pour lui, sa communauté et sa famille ont été des sources de souffrances et de traumatismes. Brian vient d'une communauté aux prises avec des problèmes graves de violence et d'alcoolisme, et lui-même boit depuis l'âge de 9 ans. Comme tant d'autres personnes de sa communauté, il a subi des agressions sexuelles dans une école résidentielle pour autochtones. Aller se retrouver avec d'autres autochtones qui vivent la même problématique, ça ne l'intéresse pas.

Accompagner l'arrêt de consommation, rompre avec sa communauté d'origine

Depuis la dernière année, Brian ne consomme plus d'alcool. L'équipe raconte comment l'arrêt de la consommation est un « succès » qui doit être mis en perspective avec le sens que la personne y accorde. La sobriété est une étape qui peut être douloureuse à franchir, où la personne touche à sa souffrance, où elle doit faire des choix et se redéfinir.

Brian a cessé de consommer. Pour plusieurs raisons, probablement. D'une part, il y a eu des menaces d'évincement de la part de son propriétaire suite à de nombreux dégâts causés par Brian dans l'appartement alors qu'il était en état d'ébriété. Puis à cette époque est survenu un nouvel incident avec son réseau dans la rue, dont on ne connaît pas les détails, mais qui a fait en sorte qu'il a été rejeté par plusieurs membres de sa communauté. Il a cessé de les fréquenter, craignant de se faire battre. Il avait donc moins de choix. S'il voulait boire, il fallait qu'il le fasse seul chez lui, car il ne pouvait plus aller avec ses amis comme avant. Par ailleurs, il risquait de perdre son logement s'il buvait là. Il est possible qu'en fin de compte, la peur de perdre son logement en sachant qu'il ne pouvait plus retourner auprès des gens de sa communauté ait été déterminant dans sa décision de cesser de boire.

Lors du premier anniversaire de son arrêt de consommation, une intervenante elle est allée le voir pour fêter ça. Brian a dit : « OK. Si tu veux. Toi tu es contente, on pourrait souligner ça. » Il n'était pas dans la fierté. Il a bien fallu reconnaître que l'arrêt de consommation n'avait pas la même signification pour lui que pour nous. C'était un succès pour nous comme équipe, mais il faut explorer avec la personne le sens qu'elle y donne. Brian buvait depuis plus de trente ans. Plusieurs traumatismes et beaucoup de souffrance étaient masqués par l'alcool. Aujourd'hui, il a un affect très dépressif. Il se retrouve à l'âge de 45 ans : *« j'ai perdu de belles années de ma vie, je ne travaille pas, je suis seul au monde. Il faut que je refasse ma vie. »* Il y a un état de déprime qui s'installe. Il faut donner de l'information objective aux personnes qui cessent de consommer : *« Ce sera difficile et tu vas probablement te sentir déprimé et parfois même angoissé. C'est une étape à franchir. Après, on s'attend à ce que ça aille mieux, et encore, ça va dépendre de ce que tu vas mettre là-dedans. »*

Actuellement, Brian n'a plus de lien avec sa communauté, il est coupé des siens et il vit beaucoup d'isolement en appartement. Il est souvent souvent seul. Il commence par contre à faire des choses pour moins s'ennuyer, mais tous les jours cette solitude est très difficile à porter pour lui. Toutes les personnes qu'il fréquentait étaient à la rue. Si, d'une part, ça le sauve de lui-même, d'autre part, c'est extrêmement dur d'être seul. Il est entre deux mondes. Il n'est pas pour lui question de retourner dans le Nord, où il a vécu tellement de traumatismes, mais il n'est pas chez lui parmi les Blancs. Il ne s'identifie pas aux Québécois, il ne s'identifie pas vraiment à personne. Il m'a dit que ça lui manque énormément de parler sa langue et de pratiquer les coutumes de sa culture. C'est une grande partie de ce qu'il est, mais il n'y a pas accès à cause du conflit avec les gens de sa communauté à Montréal.

Brian souffre, et il sait qu'il souffre. On en est là. C'est un chemin que l'on marche doucement. Probablement que Brian va trouver un moyen de se réconcilier avec son histoire, ce qui pourrait se faire avec ou sans renouer avec ses racines et se réinscrire dans les réseaux autochtones.

Faire contrepoids à l'isolement et à la dépendance

L'équipe note les pas qui sont faits dans le cadre de ce suivi et les succès vécus par cet homme au long parcours d'itinérance et d'alcoolisme. Des pas qu'il faut savoir reconnaître pour nourrir l'espoir. Une intervenante rappelle que, dans le suivi, le rôle principal de l'intervenant est le plus souvent de marcher à

côté des personnes afin qu'elles découvrent leurs forces, qu'elles renouent avec elles-mêmes et reprennent un peu goût à la vie. Dans cette foulée, la culture, si elle constitue une facette importante de la personne, doit par ailleurs être envisagée dans l'appropriation qu'en font les personnes. Il n'y a pas à développer un modèle d'intervention pour travailler de manière uniforme avec telle ou telle culture, sinon on court le risque d'essentialiser la personne dans le cadre de l'intervention, de l'enfermer dans une nouvelle catégorie.

Brian vit des réussites, notamment à travers le logement. Brian souffre d'alcoolisme depuis son enfance et il a vécu à la rue pendant des années. Voilà trois ans qu'il vit dans le même appartement. Et il continue d'avoir de l'argent jusqu'à la fin du mois. Nous avons un bon lien avec lui. Il est très engagé dans sa participation au projet. Lorsque nous organisons des activités, il est toujours présent. Il est très ouvert aux autres, il aime être en contact avec les gens. Nous devons continuer de découvrir ses champs d'intérêt.

Récemment il a accepté de rencontrer un médecin généraliste qui se spécialise en toxicomanie et en santé mentale, pour voir les effets de l'alcool sur sa santé physique et pour explorer son état dépressif. C'est la première fois qu'il accepte de voir un médecin. Il faut savoir reconnaître que, selon Brian, dans la culture inuite on ne va pas à l'hôpital et on ne fait pas usage de médicaments pour se soigner. Les médicaments de « l'ouest » ne font pas partie de sa culture, de sa spiritualité qui se fondent sur une approche holistique, sur l'usage des plantes et sur des rites.

Un travail important de l'équipe vise à lui redonner espoir, car il est isolé et découragé d'avoir perdu son réseau. Nous avons exploré au niveau de ses rêves, de ses valeurs, ce qui lui faisait plaisir; nous avons cherché avec lui des façons de faire contrepoids à la consommation. C'est de l'accrocher à ses valeurs, à ses champs d'intérêt, plus qu'à sa culture en général. À ce qu'il veut transmettre de sa culture aussi. Il prend du bon aussi là-dedans : notamment la nature, la sculpture du bois, la spiritualité. Il dit qu'il aime raconter les histoires qu'il a entendues étant jeune, et il aimerait les transmettre à des enfants. Nous explorons avec lui les possibilités de bénévolat et les opportunités pour raconter son expérience.

La culture est importante, mais ce qui doit retenir notre attention c'est ce que la personne fait de sa culture. Il y a les valeurs culturelles, mais il y a les valeurs personnelles aussi. Ce n'est pas vrai que dans ta culture, tu aimes tout. Nous sommes un mélange de plusieurs influences. Qu'est-ce qui permet à la personne de se ressourcer dans cela? Il n'y a pas de recette. Chaque personne est unique et on travaille avec chaque personne d'une façon différente. Nous sommes obligés de nous intéresser à elle. Nous ne pouvons pas ne pas l'écouter. Nous ne pouvons pas oublier la personne derrière la maladie, derrière la toxicomanie, ou encore derrière la culture. Nous ne devons pas l'oublier derrière des catégories toutes faites.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

16. Médiation entre locataire et propriétaire : permettre aux cris de porter, sans tout briser

« La ligne est fine quand on intervient auprès d'une personne qui est autant dans la colère. »

— RÉSUMÉ —

Ce récit relate les interventions auprès d'une femme qui éprouve beaucoup de colère et chez qui les façons agressives de s'exprimer ont souvent donné lieu à une rupture du lien avec les services et avec son entourage. Dans le cadre du projet Chez soi, l'importance que revêt pour elle le logement sera saisie par l'intervenante comme un tremplin pour l'accompagner dans ses difficultés relationnelles pour le propriétaire. L'objectif sera de lui permettre de faire l'expérience de nouvelles façons d'être en relation avec autrui et de briser des dynamiques relationnelles qui ont fréquemment mené à son exclusion. Pour que ce travail puisse avoir lieu, l'intervenante mettra tout en œuvre afin que les acteurs autour du logement restent en lien avec la participante. Il s'agit d'un travail de médiation atypique, d'abord perçu comme un processus plutôt que comme une finalité, et bien que les conditions de la médiation ne soient pas toujours réunies. Diverses interventions de médiation auront lieu entre la participante et le propriétaire afin d'accompagner les apprentissages de cette dame.

En filigrane de ce récit, l'intervenante propose une réflexion sur l'agressivité et les raisons cliniques de ne pas l'évacuer dans l'intervention. En laissant de l'espace pour que s'exprime la colère, l'intervenante offre à cette dame la possibilité d'être entendue, sans que, par ailleurs, l'agressivité et les cris mènent à une nouvelle rupture du lien, avec l'intervenante tout comme avec les acteurs liés au logement.

Une dame en colère

S'intéresser au parcours de Jacqueline est un point de départ pour comprendre ses dynamiques relationnelles et l'accompagner dans ses apprentissages. L'intervenante retrace les dernières années de cette dame dont les façons d'entrer en relation avec autrui sont souvent problématiques et ponctuées par la colère.

Jacqueline est issue d'un milieu où il a eu beaucoup d'agressivité et cela depuis toujours. C'est une femme qui a eu beaucoup d'argent, qui a fréquenté les milieux criminalisés; elle a beaucoup de connaissances, un réseau un peu louche, mais qui tout de même lui assure un support. Quand elle a des difficultés, il y a toujours quelqu'un pour la dépanner. C'est une personne qui a peu de tolérance à la frustration. Et elle s'est toujours débrouillée en défonçant les portes. Elle a toujours eu ce qu'elle voulait, ou elle a toujours pensé qu'elle avait eu ce qu'elle voulait.

Au cours des dernières années, une expérience de violence conjugale l'a menée à la rue. L'ancien conjoint est revenu à la charge, il l'a recherchée. Elle a quitté son logement et s'en est allée en refuge. Pendant une année et demie, elle a vécu de refuge en refuge. Et en refuge, ça s'est toujours mal terminé

avec les intervenants. Quand je l'ai rencontrée, elle était très négative par rapport aux services reçus. Elle estimait avoir été lésée et injustement traitée. Jacqueline est très irritable quand on lui dit non. Elle est un peu comme une fusée : elle crie, elle crie, elle crie vraiment très fort. C'est toute une charge émotive. Ensuite, ça retombe et ça s'arrête comme s'il ne s'était à peu près rien passé.

Rapidement, j'ai vu qu'elle avait besoin d'être entendue. En général, dès qu'elle crie, tout le monde l'arrête; alors elle crie encore plus fort. Elle n'a jamais le temps d'aller au bout de ce qu'elle a à dire. Crier est le seul moyen qu'elle connaît pour s'exprimer. Elle a fait plusieurs thérapies sur la gestion de la colère. Il y a plusieurs choses qu'elle comprend rationnellement. Elle sait que ce qu'elle fait ne l'aide pas, mais elle n'a pas appris d'autres moyens de s'exprimer. Elle continue à crier.

Jacqueline a 50 ans et elle éprouve énormément de honte : honteuse d'en être là dans sa vie, d'avoir fait la rue, de ne pas avoir d'argent. Elle projette ce jugement dans le regard de tout le monde. Elle met des mots dans la bouche des autres, transforme ce que les gens vont dire, bref, elle entend d'une autre manière.

Entrée en logement et la tension qui monte

Jacqueline est constamment en conflit avec les gens qui l'entourent. Dès la visite du logement, une insatisfaction s'installe à l'égard du propriétaire. L'intervenante expose comment, lors de cette première rencontre, se construit le point de vue de la dame au sujet de son propriétaire et en quoi son raisonnement s'appuie notamment sur des relations sociales réelles. Si cette femme est souvent insatisfaite — et que ses récriminations sont, par conséquent, disqualifiées par ses interlocuteurs —, l'intervenante la soutient dans ce qu'elle évoque avec justesse, mettant ainsi en relief son droit à la dignité. L'appartement est ici compris par l'intervenante comme un reflet de l'identité de la personne, où les « petits détails » prennent tout leur sens.

Jacqueline était très nerveuse au moment de visiter l'appartement. Elle était déjà un peu fâchée contre l'équipe logement, car elle trouvait que la recherche n'allait pas assez vite et que nous n'avions pas trouvé ce qu'elle souhaitait. Elle était fâchée contre le centre d'hébergement où elle résidait, trouvant qu'ils ne l'écoutaient pas et qu'elle n'avait pas suffisamment accès aux ordinateurs pour faire des recherches de logements. Elle éprouvait déjà de la frustration à l'égard de bien des gens. Au moment de visiter le logement, elle a fait la connaissance du propriétaire, un homme pressé, un homme d'affaires un peu condescendant. Pour lui, la location d'un logement était affaire courante, il en avait vu d'autres. Le bail était uniquement en anglais. Dès le départ, Jacqueline ne s'est pas sentie respectée, elle ne s'est pas sentie accueillie. Elle trouvait que le loyer était cher, alors que le propriétaire agissait comme si c'était un petit logement bon marché. Le logement n'était pas tout à fait bien entretenu : il manquait une poignée à la cuisinière, les portes de garde-robe ne fermaient pas, le sablage des planchers était mal fini. Toutes sortes de choses, des détails, mais qui la ramenaient à sa dignité, c'est-à-dire à ce qu'elle veut qu'on perçoive d'elle et ce qu'elle souhaite percevoir d'elle-même. Il était très important pour elle que l'appartement soit beau. Elle voyait tous les petits détails qui clochaient dans l'appartement. C'était grave pour elle que le propriétaire ne les juge pas importants. Elle a tout de même signé le bail.

Une rencontre entre les différents acteurs autour de la locataire

Une première intervention consistera à organiser une rencontre entre le propriétaire et la locataire, afin de briser la dynamique habituelle dans laquelle cette dame très impulsive et colérique se fait constamment fermer la porte au nez et n'est finalement jamais entendue. Malgré que les conditions d'une médiation ne soient pas nécessairement réunies, elle invitera les différentes parties autour de la même table. L'intervenante accompagne ainsi Jacqueline dans l'apprentissage de nouvelles compétences relationnelles et agit comme intermédiaire pour tisser les liens entre la participante et les acteurs autour du logement. On voit ici que lorsque les objectifs de l'intervention sont clairs et explicites, il est parfois possible de s'allier les acteurs autour de la personne, afin de faire collectivement des pas pour favoriser son mieux-être.

Plusieurs choses clochaient dans son appartement. De petites choses, mais aussi d'autres, plus importantes, comme le bain et la toilette dont les robinets fonctionnaient mal. Il avait été convenu que le propriétaire effectuerait des réparations. Jacqueline souhaitait qu'il les fasse, cependant, il s'est présenté à quelques reprises chez elle, et elle a refusé à chaque fois de le laisser entrer. Elle s'est construit son propre raisonnement, à savoir qu'il est intrusif, qu'il n'a pas le droit de venir chez elle. C'est vrai qu'il est intrusif en partie par son attitude, mais il venait réparer des choses et cela à la demande de Jacqueline. Il est vrai que c'est un homme condescendant qui cherche à faire le moins possible et il est vrai aussi que le logement est cher. Cependant, il voulait faire les réparations, et elle est tellement cabrée sur ses positions qu'elle ne le laissait pas entrer. Elle mettait le propriétaire dans une situation sans issue.

Comment faire pour que le propriétaire vienne faire les réparations dans l'appartement sans que cela atteigne Jacqueline? Et comment peut-elle vivre dans cet appartement sans avoir constamment l'impression d'être lésée et de se sentir menacée chez elle? Après quelques semaines en logement, une stratégie pour tenter de dénouer la situation a été de proposer une rencontre entre la locataire et le propriétaire. L'intention de cette rencontre, était de dire : « *Madame est là depuis peu de temps; est-il possible de trouver une entente?* » Il y avait une base de vérité, sur laquelle elle se construisait toute une histoire. Et elle se les construit très rapidement quand elle est seule chez elle! L'objectif était de lui permettre de défaire un peu ses scénarios en étant en relation directe avec le propriétaire : voici la réalité, voici les faits.

Il s'agissait d'une intervention systémique : nous travaillons avec le système de madame, et nous sommes tous dans son système. C'est une intervention à long terme et, bien sûr, nous n'allions pas répondre chaque fois qu'il se passerait quelque chose, mais j'ai proposé que nous soyons à l'écoute cette fois-ci.

La rencontre s'est déroulée assez étrangement. Jacqueline s'est vraiment fâchée. Le propriétaire est resté assis, les yeux penchés. À un moment donné, il a fallu dire à Jacqueline que ça suffisait. Qu'il faudrait mettre fin à la rencontre si elle ne changeait pas de ton. En même temps, elle avait tellement

besoin de lui dire ce qu'elle avait sur le cœur. *« Je ne suis pas une folle. Ce n'est pas vrai que parce que je suis avec le projet Chez soi tu vas en profiter et t'en mettre plein les poches. Je ne suis pas un trou de cul. Tu m'entends? Moi, j'ai déjà été concierge d'un immeuble de 40 logements, j'en ai fait des affaires! »* Ce n'était pas le bon endroit, mais c'est sorti. Le propriétaire n'a pas bronché. Et ensuite elle s'est calmée. À la fin, j'ai dit : *« Merci Jacqueline d'avoir eu le courage de dire ce que tu as dit. Merci monsieur X d'avoir entendu tout ça, malgré l'agressivité des paroles. On vient de faire quelque chose de très important. C'est possible que vous arriviez à vous entendre. »* Et à la fin, Jacqueline a dit : *« Mais oui, monsieur X, j'aimerais bien que vous me donniez de petits contrats, pour laver les vitres ou d'autres choses. »* La rencontre s'est terminée avec des sourires!

En ce qui concerne le propriétaire, je l'ai abordé comme un acteur important du système de relations de Jacqueline. Je suis retournée auprès de lui pour le remercier : *« Merci beaucoup, vous n'étiez pas obligé de participer à cette rencontre, vous l'avez fait, vous avez contribué à changer quelque chose. Nous n'avons pas terminé, c'est un travail à long terme, mais vous allez voir. »* Mon intention était de l'amadouer, de le mettre de mon côté, de susciter son empathie à l'égard de Jacqueline. Dans cette médiation, mon but avec le propriétaire était plus clair qu'avec la locataire! Il y a une relation entre Jacqueline et monsieur. X et quelque chose dans cette relation appartient à Jacqueline et est tout à fait fondamental. Ce qu'elle fait avec lui, c'est ce qu'elle fait dans sa vie. Elle prend un objet dans lequel tout se déverse et où tout se joue. Dans sa relation avec le propriétaire, c'est là où tout se joue. Alors, il était intéressant qu'il soit là aussi. Bien qu'il aurait pu y avoir plusieurs autres manières de travailler avec elle, il était intéressant qu'il y ait une relation avec le propriétaire pour aider Jacqueline dans ses dynamiques relationnelles.

Responsabiliser la locataire en misant sur l'attachement au projet

Une seconde intervention va consister à responsabiliser la locataire à l'égard de ses devoirs comme locataire. L'importance que revêtent pour Jacqueline son appartement et sa participation au projet Chez soi servira de levier dans l'intervention pour la responsabiliser face à ses comportements.

La bonne entente a persisté pendant un bon cinq semaines. Jusqu'à ce que Jacqueline se mette à douter du bon fonctionnement de sa sonnette. Elle croyait que la sonnette fonctionnait par intermittence. Elle a appelé le propriétaire pour lui dire qu'elle souhaitait qu'elle soit réparée rapidement. Il lui a répondu : *« Pourtant à chaque fois que je viens vous voir, ça sonne. C'est aussi le cas pour le concierge. Êtes-vous certaine? »* Ça l'a mise très en colère qu'il mette en doute ce qu'elle disait. Probablement pour acheter la paix, le propriétaire est venu changer la sonnette. En faisant cela, il n'était pas content et il a été un peu condescendant à nouveau. Il s'est présenté à sa porte avec son fils. Son fils avait un sourire en coin. Elle s'est mise en colère, disant qu'il n'était pas autorisé à venir rire d'elle à son domicile. Et elle a donné un coup de poing dans le mur à côté du visage du propriétaire. Le propriétaire est parti.

Mon hypothèse est qu'elle s'est ensuite sentie très mal d'avoir agi ainsi, alors elle s'est mise à trouver tous les défauts au propriétaire, à juger que son attitude et sa façon de traiter les gens étaient inacceptables. Elle est allée porter plainte au poste de police pour intrusion dans son domicile. Au poste,

on lui aurait répondu « *Ah! Monsieur X...* », comme s'il était déjà connu des policiers. Un policier lui aurait dit : « *S'il entre dans votre logement sans votre permission, vous savez quoi faire.* » Avec sa connaissance de la police et du milieu criminel, elle a interprété cela comme si elle pouvait s'en prendre physiquement à lui.

Jacqueline était à ce moment-là en appartement depuis deux mois. Elle s'est rendue chez le propriétaire pour payer le loyer, mais il était absent. Elle s'est sentie insultée qu'il ne soit pas présent le premier du mois pour percevoir le loyer. Elle est remontée chez elle avec l'argent du loyer et a prêté cet argent à un ami.

Le propriétaire nous a téléphoné pour dire que le loyer n'avait pas été payé. Je ne savais plus que faire. Par quel bout prendre cette situation? Je n'ai pas peur d'elle, mais j'ai peur que le lien se brise. Je travaille fort. Elle a brisé ses liens avec tous les intervenants, partout. Bien sûr son intérêt à l'égard du logement est un bel avantage et nous avons établi quelque chose, mais ça demeurerait très fragile. Si le lien venait à se briser maintenant entre elle et moi, elle me garderait comme intervenante parce qu'elle y est tenue pour conserver son logement, mais que ferions-nous ensemble en faisant semblant? Et elle est tout à fait capable de faire semblant. Alors, je marchais sur des œufs.

En venant chez elle, je me suis dit, elle fait partie du projet Chez soi. Elle a une responsabilité en lien avec le projet, à l'égard du logement. J'ai utilisé ça. « *Jacqueline, je pense qu'il va falloir que tu m'aides, parce qu'il y a un problème présentement. Je comprends toute ta démarche et je sais que c'est important. Mais là, nous faisons sérieusement face à un problème. Tu n'as pas payé ton loyer, tu n'as pas porté plainte à la régie du logement, tu as donné ton argent à un ami. Il y a des ententes entre le projet Chez soi et les propriétaires. La Commission de la santé mentale du Canada est là-dedans. Les propriétaires ont des droits aussi, tu ne peux pas te faire justice, même si tu as raison. Il y a différents niveaux dans cette situation-là. Il y a le niveau personnel, qui t'appartient à toi, tu as tes raisons. Mais il y a aussi un autre niveau, et celui-là nous ne pouvons pas nous en sortir, et c'est le niveau légal. Peut-être que je t'avais mal expliqué au début, peut-être que nous avons failli à t'expliquer vraiment qu'il y a des responsabilités et tout ça.* »

Et j'ai été très claire : les propriétaires qui s'embarquent dans le projet prennent un risque. Ils ne choisissent pas qui emménage dans leur appartement. Elle a dit : « *Ah mon Dieu, es-tu sérieuse? Tu m'excuseras à l'équipe logement. Je n'avais pas pensé à ça du tout, du tout.* » J'étais très surprise. Jacqueline ne s'est pas fâchée. Je me suis cachée un peu derrière le projet Chez soi, mais c'était aussi une façon de la responsabiliser en tant que participante au projet. Afin de ne pas perdre l'impulsion du moment, tout de suite après qu'elle se soit excusée, je lui ai demandé : « *Que veux-tu faire? Comment va-t-on planifier les choses pour que la situation ne prenne pas d'ampleur?* » Elle a répondu : « *Je vais appeler mon ami et essayer d'avoir mon argent le plus tôt possible. Ne le dis pas au propriétaire, c'est sûr que je l'aurai la troisième semaine du mois, mais je vais essayer de l'avoir plus tôt. Appelle le propriétaire, dis-lui que tu seras avec moi pour payer le loyer. Ça va le rassurer.* » Et nous avons fait ainsi.

Je me suis demandé si, dans une approche du rétablissement, j'aurais dû lui dire de faire elle-même une entente de paiement avec le propriétaire. Mais je trouvais que c'était trop dans les circonstances. Elle avait déjà fait un bon bout de chemin. Il la met dans tous ses états. Alors, elle a déjà fait beaucoup d'efforts. Ce qui m'a vraiment fait plaisir, c'est que sans se mettre en colère, elle puisse dire; « *Oh là là, qu'est-ce que j'ai fait?* ». Sans se mettre en colère et dire que personne ne lui avait dit et que si elle avait su, etc. ... J'étais très contente aussi qu'elle s'excuse auprès de l'équipe logement. J'ai ensuite invité la personne de l'équipe logement à l'appeler et à la remercier pour ses excuses, qu'elle lui dise qu'elle les accepte et que tout va bien puisque des arrangements ont été pris. Il y avait une boucle à boucler dans cet épisode-là.

Montrer l'exemple

Plus tard, Jacqueline a perdu ses clefs et le propriétaire lui a prêté les siennes. Elle les a gardées, sans en faire faire de nouvelles. Le propriétaire lui a expliqué qu'il devait les reprendre, mais elle lui a dit qu'elle n'avait pas l'argent pour faire des doubles. Comme solution, il lui a proposé de faire des clefs de rechange et qu'elle le rembourse par la suite. Elle a accepté. Mais quand le propriétaire revient avec les clefs, il lui demande 20 \$ et Jacqueline refuse de payer, évoquant que le prix demandé était nettement supérieur à ce qu'il en aurait coûté si elle l'avait fait elle-même.

Cette fois à nouveau, j'ai tenté d'organiser une médiation entre le propriétaire et la locataire, mais rien n'y fit, de part et d'autre. Pendant longtemps l'équipe a choisi de ne pas payer. Puis, après en avoir largement discuté, nous avons convenu que le projet paierait le propriétaire au nom de la participante. Ce n'était pas tant pour sortir de l'impasse que pour nous positionner dans cette situation. Nous avons fait du « modeling » : l'intention était de permettre à Jacqueline de faire un apprentissage : voici comment maintenir un bon lien. Il s'agit de l'accompagner dans le développement de ses habiletés relationnelles. Je l'ai soutenu en disant qu'effectivement, le prix demandé était considérable et que, oui, le propriétaire avait une part de responsabilité dans cette situation, mais que, par ailleurs, elle ne peut pas toujours être dans la revendication. Elle doit aussi assumer sa part de responsabilité et c'est elle qui au départ avait perdu ses clefs et ne les avait pas remplacées. Je lui ai expliqué que le projet avait payé, puisque nous estimions que dans cette situation il aurait été de la responsabilité de la locataire de le faire et qu'il était important de garder un bon lien avec ce propriétaire. Jacqueline a dit comprendre pourquoi il fallait le payer, bien qu'elle n'ait pas remboursé le projet. Elle est dans un processus d'apprentissage.

Par ailleurs, Jacqueline est en contact avec d'autres participants du projet de son immeuble et elle se compare beaucoup à eux. Elle craint de ne pas être traitée équitablement par rapport aux autres participants. Alors, pour cet épisode du 20 \$, je lui ai fait remarquer que, cette fois-ci, le projet avait payé pour elle, mais qu'une prochaine fois, il était possible qu'une autre situation nécessite que le projet débourse un montant pour quelqu'un d'autre et que ce n'était pas nécessairement comptabilisable.

Se retirer de la médiation...

Quelques mois se sont passés, puis Jacqueline a eu un empêchement pour payer son loyer. Par elle-même, elle a fait une entente de paiement avec le propriétaire. Par la suite, elle m’a demandé d’intervenir auprès de lui pour avoir les reçus du remboursement progressif de sa dette. Je lui ai répondu qu’elle et lui étaient désormais capables de se parler, qu’ils arrivaient à faire des ententes entre eux et que je n’estimais plus nécessaire de m’en mêler. Jacqueline a acquiescé : elle pouvait maintenant lui parler et se débrouiller seule dans ses relations avec lui. Elle m’a offert sur un plateau d’argent le moment pour me retirer de ce rôle de médiatrice.

Réflexions sur la posture de l’intervenant en regard de l’environnement des personnes

À la fin de ce récit, l’équipe souligne que le travail d’intervention dans le milieu de vie des personnes doit permettre de favoriser une plus grande compréhension et une meilleure cohabitation entre des individus aux réalités sociales différentes.

Il y a beaucoup de doute dans tout ça. La ligne est fine quand on intervient auprès d’une personne qui éprouve autant de colère. On parle de recadrer et de mettre des limites à l’agressivité. Je suis d’accord quand ça s’adresse directement à moi. Mais souvent, ça s’adresse au système ou à des personnes rencontrées autrefois. Pourquoi toujours lui dire de se taire? En quoi est-ce si inapproprié? Comme équipe, nous apprenons dans le cadre de ce suivi qu’il faut oser aller dans la subtilité de l’intervention, oser innover et aller un peu plus loin sans cadrer tout de suite des comportements, bien qu’ils soient inadéquats.

Par ailleurs, une partie de notre travail est de reconnaître ce qui est vécu par tous les acteurs d’une situation et de participer à ce que les différentes personnes en présence saisissent mieux la position des autres. Il y a une empathie à développer à l’égard des différents acteurs autour de la personne, et notamment des voisins et des propriétaires. C’est un travail de « modeling », où les uns et les autres voient comment on s’y prend pour négocier avec un propriétaire ou avec un participant du projet. C’est pourquoi notre réflexion nous mène davantage à parler de la « défense des intérêts » des participants, où le travail consiste à favoriser un bon environnement autour de la personne, plutôt que de la « défense de droits » à tout prix, car il n’est pas nécessairement favorable pour la personne de se mettre à dos les acteurs qui gravitent autour d’elle.

Dans l’intervention dans le milieu de vie des personnes, nous faisons un travail d’éducation et de sensibilisation auprès des voisins et des propriétaires. Nous les outillons pour voir les choses autrement, pour être plus tolérant et reconnaître le chemin parcouru malgré que ça prend du temps, pour apprendre à se mettre un peu dans la peau des participants. On offre un modèle qui peut servir de futurs locataires ayant des troubles de santé mentale ou un parcours d’itinérance et qui vont interagir avec des propriétaires et des voisins qui auront appris à mieux saisir leur réalité.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d’intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

17. Accompagner sans succomber à l'urgence. Quand l'intervention consiste à attendre le moment propice au rétablissement

« L'important dans l'intervention est de nourrir le rêve, l'espoir, tout ce qui est lié à l'estime de soi et de ne pas arroser l'impuissance, acquise avec le temps. »

— RÉSUMÉ —

L'équipe SIV-Diogène relate ici deux suivis auprès de personnes souffrant de troubles de personnalité limite, dans lesquels les intervenants devront faire un pas de côté pour saisir le portrait d'ensemble des dynamiques des personnes. Un tel recul permettra à la fois de garder en tête les forces de la personne, au-delà de ses différents problèmes, et de ne pas succomber à l'urgence, y compris pour des situations socialement jugées intolérables telles que la violence conjugale. Cette posture peut être particulièrement difficile à maintenir lorsqu'on intervient auprès de personnes chez qui la dynamique relationnelle s'exprime le plus souvent par la crise et la tendance à s'en remettre aux autres.

Dans le cadre de ces suivis, les premières interventions consisteront à répondre à la demande formulée par la personne qui souhaite être protégée, mais on constate que les urgences de différents ordres se répètent et que le mode relationnel de la personne est de s'en remettre à l'équipe. C'est pourquoi on ajuste ensuite la façon d'intervenir. L'intervention visera à permettre aux personnes de développer d'autres façons d'entrer en relation et à les aider à s'estimer capables de résoudre leurs problèmes. Ces interventions s'inscrivent dans le long terme et demandent aux intervenants d'avoir une bonne expertise en matière d'évaluation de la dangerosité.

Ce récit illustre également comment la non-motivation des personnes constitue une limite de l'intervention dans le cadre d'une approche du rétablissement. Parfois, suivre le rythme des personnes et accepter qu'elles ne soient pas prêtes à apporter des changements dans leur vie signifient que les intervenants doivent accepter d'être temporairement des témoins impuissants.

BETTI

« Pour l'instant, c'est le statu quo. Elle ne veut pas ce que nous lui proposons et nous ne pouvons pas satisfaire ses demandes. »

Une entrée au projet remarquée

Betti, transsexuelle (un corps d'homme qui vit graduellement une transformation vers celui d'un corps de femme), n'est à l'aise ni dans les refuges pour hommes ni dans les refuges pour femmes. Les équipes du projet vont tout mettre en œuvre pour la loger rapidement. S'ajoutent ensuite diverses situations d'urgence pour lesquelles cette femme alerte l'équipe clinique. Peu à peu se dessine le portrait d'une personne peu intéressée par le suivi psychosocial offert et qui s'éloigne de l'équipe dans la mesure où celle-ci ne satisfait pas ses demandes.

À son entrée au projet, Betti vit dans la rue. Nous avons mis les bouchées doubles pour la loger rapidement, car elle estimait que sa condition de transsexuelle lui fermait les portes des refuges d'hébergements pour personnes en situation d'itinérance. Diverses situations surviennent ensuite dans le logement, pour lesquelles Betti nous demande constamment de répondre en urgence : elle n'a pas payé son loyer et elle menace de se suicider, elle a besoin de tickets d'autobus pour se rendre d'urgence dans une ressource pour avoir de la nourriture, etc.

Après quelques mois, les voisins se sont plaints du bruit. Il y avait des gens chez Betti presque tous les jours, de la consommation, du bruit, des cris, des batailles, de la violence conjugale; elle criait aux voisins d'appeler les policiers. Nous avons rencontré Betti pour l'informer que le propriétaire était à bout et qu'elle risquait de perdre son logement. Il ne nous appartient cependant pas de lui dire de se calmer, de changer son mode de vie. Notre rôle est de l'informer et de lui demander ce qu'elle souhaite faire de cette situation. Betti ne souhaitait pas y changer quoi que ce soit.

Dès le début du suivi, l'intervenante peine à rencontrer Betti qui, régulièrement, ne se présente pas aux rendez-vous fixés. Elle remet toutes les démarches à plus tard, car elle se dit en attente de son opération pour changer de sexe. Après plusieurs mois, nous cessons de la relancer toutes les semaines, puisqu'elle ne se présente pas à ses rencontres et dit ne pas souhaiter de suivi clinique. Elle accorde peu d'intérêt au suivi, sauf lorsqu'elle vit des situations difficiles et elle ne vient pas pour que nous l'aidions, elle vient pour que nous résolvions ses problèmes. Comparativement à d'autres personnes souffrant d'un trouble de personnalité, Betti fait preuve de peu de volonté de collaborer. Son lien à l'équipe est un lien utilitaire conscient, elle est intéressée seulement à recevoir certains services. Lorsqu'elle voit que nous ne sommes pas affectés par les crises qu'elle vit, nous perdons de l'intérêt à ses yeux. De son point de vue, nous ne lui sommes pas utiles, donc elle s'éloigne.

Se positionner à l'égard d'un problème de violence conjugale

L'équipe est appelée à revoir sa façon d'intervenir auprès de Betti : elle veillera à demeurer disponible sans, par ailleurs, autoriser la personne à s'en remettre à l'équipe pour résoudre ses problèmes. Lorsqu'il y a une crise, le travail des intervenants consistera à en évaluer la nature : s'agit-il d'une crise de santé mentale, d'un trouble de comportement ou d'un épisode de consommation? S'agit-il d'une crise ou d'une situation problématique récurrente? L'intervention préconisée aidera-t-elle la personne à moyen ou long terme, ou vise-t-elle essentiellement à soulager les inquiétudes de l'intervenant? C'est en fonction de cette évaluation que les intervenants proposeront des options et des ressources à Betti dans le cas d'une situation de violence conjugale.

Nous l'avons perdue de vue depuis plusieurs semaines. Nous supposons que lorsqu'il y aurait un problème, Betti nous appellerait. Probablement, dans l'urgence, en crise et en disant : « *réglez-moi ce problème-là* ». C'est ce qui est arrivé, mais plutôt que de faire appel à son intervenante, Betti s'est présentée à une ressource : « *Je me suis fait battre par mon conjoint. Je ne veux pas retourner chez moi, mais je ne peux pas aller dans les refuges à cause de ma transsexualité.* » La ressource a communiqué avec nous et nous leur avons proposé de dire à Betti de nous appeler et de lui indiquer des options pour

résoudre cette crise : elle pouvait aller dans un centre de crise ou encore porter plainte auprès des policiers pour signaler une situation de violence conjugale.

Nous sommes devant un problème de violence conjugale et nous l'avons abordé en reconnaissant à Betti les mêmes droits que ceux d'une femme qui vit de la violence conjugale. Les groupes de femmes ont développé une expertise à cet égard. Il y a des ressources. Nous savons qu'il y a toute la question de l'emprise qu'une personne peut avoir sur une autre et qu'il peut être difficile de se défaire de la codépendance. Cependant, la particularité ici est que la personne est transsexuelle. Ce n'est pas la même chose que de diriger une femme vers un centre pour femmes. Alors, nous nous sommes renseignés auprès des associations transsexuelles pour voir ce qu'ils font dans les cas de violence conjugale.

Nous avons établi que dans pareille situation, Betti peut aller dans un centre de crise ou dans un refuge. Si elle souhaite que nous appelions un centre de crise, nous le ferons afin qu'on fasse une évaluation. Elle peut appeler les policiers. Si elle a peur de retourner chez elle et qu'elle ne veut pas appeler les policiers, nous pouvons les appeler et leur demander de sortir Monsieur de chez elle. Mais il sera pour cela nécessaire que Betti porte plainte pour qu'il y ait une interdiction de contact. Si la personne ne veut pas rompre cette relation, si elle n'est pas prête à sortir de chez elle ou à prendre les mesures requises, il y a peu de choses que nous puissions faire. Nous ne sommes pas là pour dire à Betti qu'elle doit quitter son conjoint si elle souhaite rester auprès de lui. Notre travail est de lui dire : « *Voilà ce que les gens transsexuels font dans ces situations-là. Si ça se reproduit, voilà les ressources où tu peux aller.* » Nous travaillons cela avec elle, dans une optique de responsabilisation. Le danger est que tout le monde se mobilise autour de Betti et que dans deux jours, elle retourne à son logement et reprenne la relation avec cet homme. Qu'allons-nous faire? Comment pourrions-nous l'aider?

Nous savons aussi que le problème principal ici est la consommation de drogue. Et nous avons déjà eu affaire au conjoint en question; il est effectivement très violent et il a des antécédents judiciaires, mais nous ne pourrions pas empêcher Betti de se mettre en danger avec cet homme. Chercher des options et des ressources et les lui proposer, voilà tout ce que nous pouvons faire. Ce sera un peu ce que nous ferons chaque fois.

Garder la tête froide

La chef d'équipe explique l'importance de garder une vue d'ensemble de la situation dans le cadre d'un suivi, de circonscrire son rôle comme équipe clinique et d'être vigilant à propos de la relation qui se construit avec la personne.

Il y a de multiples problèmes qui s'enchevêtrent chez cette personne : trouble de personnalité limite, identité sexuelle, toxicomanie, prostitution. Si nous voulons travailler avec Betti, nous devons voir au-delà de ses divers problèmes. Sinon, nous sommes piégés. Si nous tombons également dans l'urgence, nous ne pourrions pas l'aider. Nous ne sommes pas face à quelqu'un qui est complètement déconnecté de la réalité. Nous sommes devant une femme qui a des difficultés relationnelles, qui manque de

tolérance face à la frustration et qui a un problème de toxicomanie. Il faut regarder l'ensemble du tableau. Ce ne sont pas des recettes que nous appliquons avec tout le monde, c'est au cas par cas. Dans le cas de Betti, nous savons que cette personne, 1) est capable de mobiliser tout le monde autour d'elle; 2) connaît très bien les ressources existantes et que nous avons peu de chose à lui apprendre à ce sujet; 3) est déterminée quand elle a quelque chose en tête. Elle a ces belles qualités pour résoudre ses crises personnelles.

Nous pouvons rappeler à Betti qu'elle a des forces, dont la capacité à mobiliser des gens autour d'elle, à mettre les gens en état d'urgence pour résoudre ses problèmes. Il s'agit aussi d'explorer avec elle ce que le fait de se comporter de la sorte lui a apporté jusqu'à maintenant, de faire ce travail de prise de conscience. Ce que Betti nous demande, elle le reçoit déjà d'autres ressources et ça ne fonctionne pas. Le grand défi comme intervenants est de ne pas avoir trop d'attentes, de ne pas vouloir plus qu'elle. Cela demande de maintenir une certaine distance dans l'intervention ou ce qui pourrait ressembler à de la froideur. Nous devons garder la tête froide et être assez solides pour contenir la personne. Il est important qu'elle puisse sentir que c'est à elle de se prendre en charge et non pas à l'équipe. C'est cela qui est difficile, surtout avec une personne souffrant d'un trouble de personnalité, parce que nous savons qu'elle ira chercher de l'aide ailleurs. Il faut garder en tête que ça prendra probablement du temps et que cela impose une évaluation des risques chaque fois.

Par ailleurs, comme intervenants, il nous faut constater que la situation semble lui convenir pour le moment. Le travail autour de la toxicomanie, de la violence conjugale s'inscrit dans des processus très personnels. Ce que nous devons faire, c'est d'essayer de rendre la personne sensible à elle-même, et si elle estime qu'elle se porte bien, il ne nous reste plus qu'à lui souhaiter bonne chance. Qui sommes-nous pour lui dire quoi faire?

Sa façon de survivre actuellement est de privilégier une relation utilitaire. Or, comme nous n'avons pas la possibilité d'établir un lien avec Betti, pourquoi nous ferait-elle confiance? Nous attendons. Nous ne pouvons pas établir une relation d'aide avec une personne qui ne veut pas d'aide. Plus simplement, nous ne pouvons pas être en relation avec quelqu'un qui ne s'intéresse pas à la relation. Pour l'instant, c'est le statu quo. Elle ne veut pas ce que nous lui proposons et nous ne pouvons pas répondre à ce qu'elle demande. Notre rôle est de rester le plus objectif possible si nous voulons vraiment l'aider.

ANDREW

« Cet homme est constamment dans des situations où il est victime d'abus; nous ne devons pas renforcer ses comportements dangereux. »

Protéger un individu vulnérable aux sévices

Pendant quelques mois, l'intervenante-pivot au dossier veillera à protéger cet homme vulnérable aux mauvais traitements. Lors d'un premier incident, Andrew est évacué d'urgence de son appartement, à la suite des menaces d'un voisin. L'équipe constate ensuite que de nouvelles situations de crises se

produisent et s'additionnent et qu'il a tendance à se mettre en danger : il se fait voler à diverses reprises, il se fait battre.

Nous avons rapidement identifié Andrew comme un homme vulnérable aux sévices. Il a une intelligence limite et c'est seulement lorsqu'un incident s'est produit qu'il comprend le danger. Andrew souffre de dépendance affective et il éprouve beaucoup de difficulté à vivre seul en logement. Au moment de son entrée au projet, il avait été victime de violence conjugale de la part de son ex-conjointe.

Peu de temps après son emménagement, nous l'avons aidé à sortir d'urgence de son appartement à la suite de menaces graves qu'il avait reçues de la part d'un voisin – et que nous savions être un individu ayant des antécédents de violence. Nous avons estimé qu'il s'agissait d'une situation dangereuse et Andrew a été relogé temporairement à l'hôtel. Nous avons établi un plan entre nous afin de garder son adresse confidentielle, puis nous avons su par la direction de l'hôtel que son ex-conjointe s'y rendait chaque nuit. Andrew a ensuite emménagé dans un second appartement, mais quelques semaines plus tard, il s'est fait battre puis voler son chèque d'aide sociale par des amis de son ex-conjointe. À la suite de cet incident, il a fait un séjour de dix jours en centre de crise. Encore une fois, dès son entrée au centre de crise, il a téléphoné à son ex-conjointe pour l'en informer. Andrew n'arrive pas à garder ses distances face aux gens qui lui causent des problèmes. Il ne supporte pas d'être seul.

Au fil des mois, nous avons appris à mieux connaître cet homme et force était de constater que nous étions constamment dans la crise. Dans les diverses situations, Andrew se sentait complètement dépassé : il menaçait régulièrement de se suicider pour obtenir ce qu'il souhaitait, il faisait des grèves de la faim. Cet homme n'a pas de diagnostic en santé mentale, mais ce que nous voyons, c'est qu'Andrew n'existe pas dans la relation : soit il fait le tapis que l'on bat, soit il est pris en charge. Il n'exprime aucun besoin, nous ne savons pas ce qu'il veut. C'est la façon qu'il connaît d'être en relation avec les autres.

Revoir la stratégie d'intervention

La stratégie d'intervention sera revue pour intervenir auprès d'Andrew. Il s'agira de créer un déséquilibre : puisqu'il semble obtenir des gains secondaires des sévices qu'il subit, par l'attention qu'il obtient des intervenants, le travail consistera à lui accorder moins d'attention lorsqu'il a ces comportements et à travailler son estime de lui en lui offrant de l'attention en lien avec ses actions positives.

Nous avons constaté un *modèle de comportement* chez Andrew : il est probablement dans un stade de contemplation et la recherche de gains secondaires. Maintenir trop d'attention à son égard lorsqu'il se met en danger peut faire en sorte qu'il se mette davantage dans des situations à risque. Il fallait donc faire en sorte qu'il n'obtienne plus ces gains secondaires de la part de l'équipe. J'ai rencontré Andrew au centre de crise : « *ta situation nous inquiète. Cependant, toi seul peux faire des gestes concrets, par exemple, porter plainte contre les agresseurs.* » J'ai cherché avec lui si c'était la première fois qu'il se faisait agresser et il a dit que non. Il m'a confirmé que ces difficultés relationnelles duraient depuis longtemps. Il s'est agi de mettre au clair avec lui que de faire les choses à sa place n'était pas une façon

de l'aider et qu'il devait apprendre à poser ses limites, à apprendre à se protéger. Notre travail est de lui montrer qu'il a du pouvoir sur sa vie, qu'il peut la transformer s'il apprend à fixer des limites, et que c'est ainsi qu'il arrivera à se mettre en sécurité. Mais pour le moment, Andrew refuse, car ce n'est pas la manière dont il comprend les choses.

Andrew a conservé son appartement et il a fallu qu'il paie deux mois de loyer le mois suivant puisqu'il s'était fait voler son argent. C'est quelque chose de très désagréable qui lui est arrivé, mais c'est sa responsabilité de payer son loyer. Il ne veut pas porter plainte aux policiers, c'est sa décision. Mon travail est de m'assurer qu'Andrew soit en sécurité, de faire un bon plan de crise avec lui et d'avoir des pistes d'intervention si ça dégénère. Une partie du travail consiste donc à faire de la réduction des méfaits et à voir à ce que ses comportements le mettent le moins possible en danger. Par ailleurs, l'autre part du travail est de l'accompagner dans l'apprentissage d'autres façons d'être en relation avec autrui en lui accordant de l'attention pour ce qu'il est, et non seulement parce qu'il a besoin d'aide.

J'ai accompagné Andrew dans sa recherche d'un réseau social, parce qu'il se sent isolé et qu'il choisit, par conséquent, d'être mal entouré, de prendre des risques, d'être victime d'abus, plutôt que d'être seul. Je m'assure qu'il y ait des solutions de rechange à son isolement. Je lui propose des ressources, des réseaux qui seraient plus bénéfiques pour lui. Il n'est pas toujours facile pour un anglophone unilingue de trouver des ressources à Montréal, mais il y en a tout de même quelques-unes. Je cherche avec Andrew comment il peut s'occuper, quelles sont les activités qu'il aime faire, je lui ai offert des thérapies de groupes pour personnes seules. Il est possible qu'il ne retienne pas les options proposées, mais nous devons tenter de l'outiller.

En conclusion : entrer en relation autrement

La chef d'équipe explique ici comment ce qui peut ressembler à une non-intervention est en fait réfléchi et participe du rétablissement de la personne. L'équipe vise à accompagner une personne vers son mieux-être en apportant un soutien qui ne renforce pas des comportements dangereux ou nuisibles. L'objectif est de lui permettre de développer, à long terme, d'autres façons d'entrer en relation avec autrui et de résoudre ses problèmes. Les intervenants déterminent également leur rôle en fonction des personnes à qui sont offerts leurs services : s'il n'y a pas de désir de la part d'une personne d'aller vers son rétablissement, il y a peu de choses que l'on fera avec elle. Il s'agira de rester là et de lui rappeler la possibilité de travailler avec elle lorsqu'elle sera disponible. Cela signifie accepter, éventuellement, que certaines personnes puissent n'être jamais prêtes. Il faut se cramponner à des interventions qui consistent à marcher sur la fine ligne de l'accompagnement des personnes en vue de les responsabiliser; ça demande de ne pas succomber à l'urgence, tout en restant là.

Avec des personnes qui souffrent d'un trouble de personnalité limite, le piège est de tomber dans l'urgence avec elles. Notre travail est de regarder plus loin. Oui nous pouvons éteindre le feu avec la personne, mais ça nous soulage surtout nous, comme intervenants. C'est nous qui sommes moins inquiets que la personne se suicide, qu'elle fasse ceci ou cela. Mais ce n'est que partie remise. Le message que nous envoyons est le suivant : « *Effectivement, c'est urgent et tu es incapable de prendre*

soin de toi, ce sont les autres qui doivent t'aider. » Cela demande beaucoup de discernement dans l'intervention, car il est vrai que la personne n'est pas autonome parce qu'elle ne se fait pas confiance. Nous devons l'aider à se voir comme une personne capable et cela suppose de l'accompagner, d'être à côté d'elle et de faire des démarches avec elle.

Ces personnes suscitent chez nous soit un grand apitoiement – à ce moment-là, nous la prenons en charge, puis vient le temps où nous nous fatiguons puisque rien n'avance, – soit elles suscitent l'antipathie et nous finissons par les rejeter. C'est ce qui se reproduit constamment avec ces personnes : le rejet. Elles ont très peur du rejet et de l'abandon, mais c'est ce qu'elles reproduisent. Il y a, au départ, un grand manque de confiance en elles : la personne qui souffre d'un trouble de personnalité limite s'estime incapable de résoudre ses propres problèmes. Quand elle a de l'eau jusqu'au cou, elle sent qu'elle se noie et elle crie : « *sauvez-moi!* » Notre rôle est de lui rappeler qu'elle sait nager, qu'elle l'a déjà fait plusieurs fois. C'est en l'aidant à faire ces petits pas qu'elle pourra se faire confiance et se dire qu'elle est capable de prendre soin d'elle. C'est le travail à faire, mais ça demande d'être ferme. Nous devons maintenir le cap : « *Qu'est-ce que tu peux faire avec cette situation? Tu as l'impression de te noyer, mais tu oublies que tu peux bouger tes bras et tes jambes. Peut-être que ce ne sera pas génial au début, mais tu peux le faire. Pour te rendre là où tu veux, on va te donner des ressources, on va t'accompagner, mais c'est à toi de le faire.* »

Le fait de ne pas intervenir ne signifie pas que nous négligeons la personne. Nous intervenons sur la base d'une évaluation des risques encourus par la personne. Souvent, il s'agit moins d'une urgence que d'une situation où la personne est débordée par son monde émotif. La seule issue qu'elle connaît est de faire réagir les gens autour d'elle. Et pour que les personnes réagissent, il faut que le mal-être exprimé soit intense. Ainsi, il y a un chantage malsain qui s'établit. Notre travail est de revenir concrètement à notre mandat, à nos objectifs, à nos responsabilités et à celles de la personne. Nous ne sommes pas les responsables de cette vie. Nous ne pouvons pas être jour et nuit avec cette personne. Il n'y a qu'elle qui puisse changer sa vie. Chaque fois, nous nous croisons les doigts en espérant que la personne prendra les moyens pour ce faire. Il faut aussi nous assurer de seulement lui offrir les ressources et de ne pas faire les démarches pour elle. C'est le paradoxe avec une personne qui souffre de personnalité limite : nous proposons des solutions, pleins de solutions, mais nous n'avons pas le même pouvoir pour l'empêcher de se mettre dans des situations périlleuses. Alors, tout se passe comme si nous l'outillions pour se mettre de plus en plus en danger. La personne peut prendre encore plus de risques. Qu'est-ce qui la motivera la personne à ne pas prendre des risques aussi importants?

La stratégie de base est la constance dans l'intervention : « *Nous sommes là. On peut te donner des moyens, des ressources et nous te faisons confiance. Et ce n'est ni de l'indifférence ni de la négligence de notre part. Nous croyons sincèrement que tu as le potentiel nécessaire pour faire des transformations dans ta vie, pour te prendre en main. Nous sommes là pour te supporter. Maintenant, c'est à toi d'avoir confiance en toi aussi.* » Et la personne nous rejoindra lorsqu'elle se sentira prête. Il s'agit de maintenir cette constance; peut-être qu'alors cela fait réagir la personne, mais elle sait que nous sommes de tout cœur avec elle. Et nous avons suffisamment de respect et de confiance en elle pour ne pas faire les choses à sa place. Nous allons attendre.

Nous n'aidons pas la personne en éteignant le feu, parce qu'il y en aura d'autres. Chaque fois, il faudra l'attendre et lui dire : « *Voici les ressources qui existent. Veux-tu les prendre? Si tu ne veux pas les prendre, il n'y a pas grand-chose de plus que nous puissions faire. Ce qu'on peut faire de plus, c'est de t'accompagner pour décrocher le téléphone.* » Peut-être qu'à ce moment-là la personne développera une expérience différente, qu'elle aura l'opportunité de se voir comme une personne capable de faire des démarches et d'entrer en relation avec les autres autrement. Alors que si nous entrons en relation avec elle de la même façon qu'elle le fait déjà avec toutes les ressources, nous ne ferons aucune différence.

Le jour où la personne nous fera signe, ce sera peut-être le jour où elle n'en pourra plus de vivre comme elle l'a toujours fait. En attendant, nous continuerons de lui dire qu'elle pourrait avoir plus dans sa vie. Nous continuerons de lui montrer comment elle peut avoir du pouvoir sur ses problèmes. C'est un travail d'intervention à long terme. Parfois, il faut presque faire face à une question de vie ou de mort pour que la personne prenne les moyens pour s'en sortir. Pour certaines personnes, ça n'arrivera pas, elles passeront leur vie là ou, hélas, elles iront un peu trop loin.

L'important dans l'intervention est de nourrir la bonne chose : le rêve, l'espoir, tout ce qui est lié à l'estime de soi. Il faut prendre soin de ne pas entretenir chez elles tout ce qui renvoie au sentiment d'impuissance acquis avec le temps, à force de se faire dire qu'elles sont des malades mentaux pour la vie. Ce qui est important, c'est que si quelqu'un veut s'engager envers lui-même, nous allons pouvoir l'aider. Mais une personne qui ne veut pas s'engager, qui ne veut pas amener du changement dans sa vie, pour moi ce n'est pas seulement une question de santé mentale. C'est la même chose pour M. et Mme tout le monde.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

18. Avoir des papiers pour exister. Remettre les personnes sur la carte

« Joël ne possède rien lorsque nous le rencontrons : il a lui et son manteau. »

« Nous desservons des personnes qui défient toutes les catégories administratives. En tant qu'intervenant, ça demande de connaître le système sur le bout des doigts »

— RÉSUMÉ —

L'équipe SIM s'adresse à une population socialement très marginalisée. Une des premières démarches avec les personnes sera souvent de les accompagner pour retrouver une identité légale et avoir accès à un revenu et à des services. La plupart des personnes suivies par l'équipe ne sont pas en mesure de faire ces démarches par elles-mêmes, voire d'en saisir le sens. De plus, ce sont des démarches qui peuvent s'échelonner sur plusieurs mois. Comment obtenir des pièces d'identité lorsqu'on a tout perdu? Nombreux sont les obstacles sur la route pour sortir de l'anonymat. La psychoéducatrice de l'équipe relate dans ce récit certaines démarches réalisées pour réduire les obstacles à la réinsertion sociale des personnes, notamment à travers des collaborations, de la sensibilisation aux acteurs et de la défense de droits.

Ce récit raconte les interventions auprès de deux hommes nés à l'extérieur du Canada. Le premier a vécu au cours des six dernières années dans les rues de Montréal, sans n'avoir jamais été enregistré dans aucune institution du Québec. Le second est originaire d'Haïti et, après le séisme qui s'y est produit, il est vain de tenter de retrouver son acte de naissance. Dans ces contextes, il faut composer avec de nombreuses instances pour obtenir des cartes d'identité et il n'y a pas de chemin déjà tracé. L'équipe cherche des avenues aux cas inusités de sa population qui demandent de sortir des cadres établis des institutions. En conclusion, une intervenante de l'équipe parle de l'importance de permettre aux participants de donner un sens à ces démarches et qu'elles s'inscrivent dans un processus de réappropriation de leur citoyenneté.

De sans-papier au statut de citoyen : un chemin pavé d'obstacles

La réalité de certains participants au projet Chez soi se distingue de celle de la majorité des Québécois qui font la demande de pièces d'identité : nombreux sont sans papier et n'ont personne qui puisse se porter garant de leur identité. Lorsqu'une personne tente d'obtenir des papiers d'identité en n'en possédant aucun au préalable, elle se heurte aux règles des diverses institutions. À travers les démarches pour retrouver l'identité légale des participants, les intervenants œuvrent à combattre les préjugés à l'égard des personnes en situation d'itinérance. Un des défis consistera à établir une collaboration avec les établissements afin d'obtenir plus facilement les papiers d'identité dont les participants ont besoin.

La plupart des gens ne comprennent pas la réalité des itinérants : ils ont du mal à saisir ce que signifie être à la rue et n'avoir plus de papier. Pour la plus grande partie de la population, il est difficile de concevoir qu'on puisse n'avoir aucun papier. Sans compter que, s'il nous arrive quelque chose, il y a toujours quelqu'un nous connaissant depuis plus de deux ans qui pourra nous identifier. Souvent, les personnes en situation d'itinérance ont brûlé toutes les ressources, coupé les ponts avec leur famille,

n'ont jamais eu d'emploi ou sont sans emploi depuis très longtemps. De plus, qui peut les identifier lorsqu'elles sont sans papier?

Nous devons nous assurer de la collaboration de la personne que nous accompagnons et la préparer aux difficultés inhérentes à ces démarches. Puis, il est important d'avoir des liens entre établissements, car travailler avec une clientèle itinérante, c'est aussi faire de la défense de droit et de la sensibilisation auprès des différents services. Enfin, il faut faire de l'accompagnement. Une personne en situation d'itinérance qui arrive devant un agent d'aide sociale a probablement mobilisé tout son courage pour tenter de se réinsérer dans la société. Quand elle fait face à des gens qui la regardent de haut, elle revit l'exclusion à laquelle elle était confrontée dans la rue. Il faut contribuer à changer le regard et faire faire une carte d'identité rime souvent avec défense de droit.

Pour retrouver une identité légale, il faut commencer quelque part. Cela demande que l'une ou l'autre des institutions accepte d'assouplir ses règles, car elles demandent toutes de présenter des pièces d'identité pour en émettre une autre. Les démarches papier peuvent varier selon le degré d'ouverture d'esprit de l'agent et de l'institution à laquelle nous nous adressons. Il faut bien connaître les droits des personnes, les avenues possibles et savoir sensibiliser l'agent à qui l'on s'adresse.

La première pièce d'identité à obtenir est la preuve de citoyenneté : l'acte de naissance pour les personnes nées au Canada, le certificat de citoyenneté ou de résidence permanente pour ceux nés dans un autre pays. Avec l'un ou l'autre de ces certificats, il sera possible d'obtenir une carte d'assurance-maladie et une carte d'assurance sociale. Pour obtenir un acte de naissance, il faut généralement présenter deux cartes d'identité, et être identifié par quelqu'un nous connaissant depuis plus de deux ans. Il existe cependant une règle d'exception stipulant que comme institution, nous pouvons agir à titre de répondants, bien que nous ne connaissions pas les personnes depuis deux ans. Or, cette règle est peu connue de la plupart des agents de l'État civil. C'est pourquoi le chef du programme a obtenu une entente particulière avec un agent de l'État civil sensibilisé au profil de la population desservie. Ce contact accélère grandement les démarches : la procédure est simple et la carte est émise en un mois. Tandis que si nous y allons à la pièce, en passant d'un agent à l'autre, il faut toujours tout réexpliquer au téléphone et il n'est pas garanti que la demande soit reçue, car les agents ne sont pas habitués à ces mesures d'exception. Ils insisteront sur la règle des deux cartes d'identité avec photo.

SIX ANS À LA RUE, INCONNU DES SERVICES AU QUÉBEC

L'équipe sait très peu de choses sur l'histoire de Darren lorsqu'il arrive au projet. Il est sans papier, ne parle pas de son passé, le nom qu'il révèle ne figure pas sur les registres des institutions du Québec. Des mois s'écouleront avant que l'équipe apprenne comment Darren est arrivé à Montréal.

Darren est originaire de la Guyane anglaise. Lorsque nous le rencontrons, il vit au Québec depuis six ans, sans carte d'identité. Il nous a donné son nom, le lieu et la date de sa naissance. Il ne connaît pas le nom de sa mère et n'est pas en mesure de dire s'il a des frères et sœurs. Quand on l'interroge sur son passé, il devient incompréhensible. Il est connu des ressources alimentaires, mais il ne dort pas dans les

ressources d'hébergement. Il ne semble pas avoir d'amis. Darren dit être allé en prison. C'est tout ce que nous savions à son sujet.

Pendant longtemps, nous n'arrivions pas à le retrouver dans les dossiers d'aucune instance. Si bien que nous nous sommes demandé s'il était un réfugié illégal. Pour avoir un plus d'information, j'ai contacté un poste de police et j'ai communiqué avec Citoyenneté et Immigration Canada ainsi qu'avec l'Assurance-santé de l'Ontario qui nous a finalement certifié que tout ce que Darren nous avait dit était vrai. Nous n'arrivions pas à le retracer, car il n'avait jamais été inscrit dans aucune institution du Québec.

Commencer quelque part

Darren est sans revenu, sans papier et son nom ne figure nulle part sur les registres. Ce sera par l'aide sociale que l'intervenante tentera d'obtenir une première reconnaissance institutionnelle de l'identité de cet homme. Puis, munie de deux certifications verbales l'intervenante jouera les cartes de la défense de droits.

Les démarches pour obtenir l'aide sociale de Darren furent compliquées. Quand nous avons fait une demande à l'aide sociale avec Darren, nous ne connaissions pas son identité. Il a fallu qu'il accepte de rencontrer un agent au Centre local d'emploi (CLE) pour faire le point sur la situation et tenter d'ouvrir un dossier. Il est méfiant et en arrivant sur les lieux, il avait des tics, des mimiques faciales et il parlait peu. Les agents ont posé leurs questions de manière très insistante : ça ressemblait à un interrogatoire de police. Le coordonnateur de l'équipe du CLE semblait penser que Darren lui mentait. Ce dernier déclinait son nom complet et ça le mettait en colère de ne pas être cru. L'agent ne savait pas s'il allait lui ouvrir un dossier ou non. Nous avons dû négocier et réexpliquer à plusieurs reprises. J'ai fait valoir que nous ne pourrions arriver à rien si nous n'avions pas d'argent : « *si nous n'avons pas de revenu, nous ne pouvons pas payer la demande à Citoyenneté et Immigration Canada, nous ne pouvons pas faire de démarches, nous ne pouvons pas améliorer son sort.* »

Une aide financière de dernier recours est parfois offerte pour un mois par l'aide sociale. Ensuite, si la personne ne fournit pas les papiers attestant son identité, l'aide est coupée. Il a fallu expliquer que les démarches pour obtenir un certificat de citoyenneté prennent de six à dix mois, et non un seul mois. Nous avons réussi à négocier une allocation de dernier recours qui serait renouvelable chaque mois, à la condition que nous rendions des comptes sur les démarches en cours. J'ai fait régulièrement des appels pour informer l'agent du CLE où nous en étions dans les démarches.

Entre temps, munie d'une autorisation de communiquer, j'ai contacté Citoyenneté et Immigration Canada pour m'assurer que Darren était citoyen canadien. On m'a confirmé oralement que les informations que Darren avait fournies concordaient avec celles figurant au dossier de Citoyenneté et Immigration Canada, mais on ne pouvait me donner ni le numéro de citoyenneté, ni le numéro d'assurance sociale. On m'a cependant confirmé son nom et son statut de citoyen canadien. J'ai également appelé l'Assurance-santé de l'Ontario, mais comme les agents n'avaient pas d'autorisation de communiquer l'information au dossier, ils ne pouvaient pas me donner le numéro d'assurance sociale. Je les ai

sensibilisés à la situation : « *Nous sommes dans une impasse. Pouvez-vous me certifier que Monsieur a été couvert chez vous?* » Ils me l'ont confirmé. Petit à petit, appel après appel, lesquels peuvent durer jusqu'à une heure, on arrive à persuader les différents acteurs de collaborer. Il y aurait eu d'autres démarches à faire pour obtenir plus d'informations. Mais Darren n'est pas assidu à ses rencontres. Il faut faire de l'*outreach* pour le voir.

Nous avons, entre temps, eu une rencontre avec Darren et la psychiatre de l'équipe. À la suite de cette rencontre, celle-ci a rempli un formulaire certifiant que Monsieur avait une contrainte sévère à l'emploi. Elle y spécifiait que Monsieur était difficile à évaluer, mais qu'il souffrait probablement de schizophrénie paranoïde.

J'ai communiqué à nouveau avec le coordonnateur du CLE. Les liens avec lui étaient très importants. « *J'ai parlé avec Citoyenneté et Immigration, les agents ne peuvent pas m'envoyer de preuve papier, mais ils m'ont certifié verbalement son identité. Il a aussi été couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario; il a tel nom, c'est certain.* » Étant donné qu'une psychiatre avait certifié que Darren était malade, le coordonnateur du CLE lui a alloué une prestation d'aide sociale pour personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi et, après des mois de dialogue, il a dit : « *Nous comprenons que Monsieur est dans une situation particulière, vous n'avez plus à nous fournir de papier jusqu'à ce que vous les ayez. Nous ne vous relancerons plus chaque mois.* » C'était une belle victoire. Il a fallu trois mois de travail pour assurer à Darren une prestation d'aide sociale.

Il faut passer par divers chemins et utiliser toutes les stratégies. Ce sont des heures de travail. Il faut avoir le temps de s'informer, avoir la bonne information et idéalement avoir des contacts. Il faut tout expliquer, sensibiliser les agents et leur offrir l'opportunité de saisir la réalité de la personne aux prises avec les défis organisationnels et les informations qu'exigent les institutions : « *Monsieur n'a plus aucune carte, il ne parvient pas à se souvenir de l'information demandée, il n'a plus de famille pour répondre et certifier son identité, que feriez-vous à sa place?* » Lorsqu'on les implique dans la recherche de solution, certains agents sont plus compréhensifs.

Arrimer les démarches papier et le rétablissement

Il est difficile d'impliquer Darren dans les démarches, car il collabore peu. Il n'est pas certain que Darren veuille vraiment des papiers d'identité. Il se peut qu'il ne comprenne pas les démarches en cours. L'intervenante va miser sur les cartes d'identité pour accéder à un revenu, aux services de santé et à un logement, comme premier pas pour stabiliser un homme probablement très malade et que la schizophrénie empêche peut-être de se projeter dans l'avenir.

Darren n'était pas réfractaire aux démarches pour obtenir des cartes d'identité, bien qu'il n'exprimât pas clairement de demande pour les obtenir. Nous ne savons pas jusqu'à quel point il comprenait les démarches. Darren ne prend pas de médicaments et son état mental varie grandement d'une rencontre à l'autre. Son désengagement résulte peut-être des symptômes négatifs de la schizophrénie, à moins qu'il n'ait peur aussi du changement. Il vit dans les rues de Montréal depuis six ans et il s'y sent en

sécurité. Darren dit vouloir plus d'argent, mais il ne vient pas chercher toutes les semaines son argent placé en fiducie volontaire. Il se débrouille sans revenu pendant de longues périodes de temps.

Le travail que nous avons fait avec Darren autour des pièces d'identité est justifié pour conserver l'accès au revenu d'aide sociale et au logement. En quelque sorte, Darren souhaite obtenir un logement; c'est ce qu'il exprime à travers ses désirs, ses rêves. Ce sont probablement ses craintes et sa maladie qui le font hésiter à s'engager complètement : il est méfiant. Avoir un logement peut l'aider à stabiliser sa santé mentale. Ce qui nous importe, c'est la qualité de vie que la personne peut retrouver après sa longue épopée dans les brumes de la maladie mentale.

NÉGOCIER POUR LE DROIT À L'ASSURANCE MALADIE

Joël est sans papier et sans revenu. L'intervenante devra faire des pieds et des mains pour retrouver une à une ses pièces d'identité – pièces qu'il avait par ailleurs déjà eues. Des périodes d'hospitalisation sans carte d'assurance-maladie rendront pressantes les démarches pour obtenir ses pièces d'identité.

Joël, début quarantaine, est originaire d'Haïti. Lorsque nous le rencontrons la première fois, il n'est pas orienté dans le temps et il perd le fil de la conversation. Quand nous l'interrogeons, il se souvient avoir vécu dans des centres pour jeunes entre 12 et 22 ans, mais il n'a plus de souvenirs de sa vie entre 22 et 41 ans; il ne sait pas ce qu'il a fait au cours des vingt dernières années. Dans les semaines qui suivent l'entrée de Joël au projet, nous apprenons, par son dossier médical, qu'il souffre de schizophrénie. Nous apprenons également qu'il a déjà eu une vie familiale et sociale. Il vit au Québec depuis longtemps.

Après son entrée au projet Chez soi, Joël va requérir les services d'ambulanciers à trois reprises. Une première hospitalisation en juillet résulte d'une désorganisation psychotique. En octobre, il subit une blessure physique mineure et en décembre, à la suite d'une décompensation psychotique très rapide, il saute du haut du 4^e étage en réaction à des hallucinations visuelles et auditives. Quand une personne est à la rue et qu'elle n'est couverte ni par l'aide sociale, ni par le régime d'assurance-maladie, qu'elle n'a pas de revenu, elle doit assumer les frais des déplacements en ambulance. C'était le cas pour Joël : il devait payer ses médicaments et ses déplacements avec Urgences-santé, accumulant ainsi rapidement les dettes avec intérêts. Encore là, nous étions dans la défense de droit.

Le dernier accident a exigé une longue hospitalisation et Joël a accumulé une dette de 205 000 \$ de frais d'hospitalisation et de traitement, facturés à son nom parce qu'il n'était pas couvert par l'assurance-maladie. Pour l'hôpital, il n'était pas question de libérer Monsieur de sa dette : il devait être couvert par l'assurance-maladie en bonne et due forme. Nous avons donc mis l'accent sur l'obtention de la carte d'assurance-maladie.

Joël avait eu un dossier à l'aide sociale et nous avons obtenu une photocopie de la photocopie de ses cartes d'identité, par l'intermédiaire du contact d'un collègue au sein de l'institution. Il nous a ainsi été possible d'ouvrir un dossier à l'aide sociale en faisant valoir que Citoyenneté et Immigration Canada est un labyrinthe. Elle a accepté parce que Joël avait déjà eu des prestations d'aide sociale.

Puis, Joël et moi sommes allés aux bureaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Nous avons apporté les photocopies des cartes d'identité, une preuve d'adresse rédigée par la responsable de sa résidence d'hébergement et son carnet de réclamation du CLE. Nous avons négocié pendant plus de deux heures et demie sur place pour sensibiliser l'agent au fait que Monsieur n'avait pas de pièces d'identité, que nous n'avions que les photocopies. L'agent me répétait la règle des deux pièces d'identité. Poliment, je l'ai mis face à la réalité des gens sans pièce d'identité : « *Monsieur n'a pas de certificat de citoyenneté, par où voulez-vous que nous commencions.* »

Il faut être préparé et bien connaître le système pour être en mesure de justifier la demande. Sinon, on nous renvoie constamment à quelqu'un d'autre. Au cours de l'après-midi, l'agent nous a offert une carte temporaire : « *Vous avez 45 jours. Avec ce papier, vous pourrez faire faire l'acte de naissance.* ». J'ai répondu : « *Nous nous sommes mal compris. Monsieur vient d'Haïti, son acte de naissance est sous les décombres. Nous devons composer avec Citoyenneté-Immigration où les délais de traitement sont de six à dix mois. Dans 45 jours cette carte temporaire ne sera plus valide et nous devrons recommencer à zéro avec un autre agent.* » Finalement, en faisant des va-et-vient au bureau de son superviseur, l'agent a accepté d'émettre la carte. Nous l'avons remercié grandement. Joël était content. La preuve d'identité a été envoyée à l'hôpital et deux des trois déplacements en ambulance de Joël ont été remboursés.

Joël était coopératif. Nous pourrions tenter de faire la même démarche avec d'autres participants qui se mettraient rapidement en colère. Plusieurs se méfient du système. Il est parfois difficile de convaincre la personne de se déplacer et lorsqu'elle accepte, elle se fâche rapidement une fois sur place, confrontée aux refus et aux obstacles rencontrés, ou parce qu'elle se sent jugée. Il faut bien préparer les personnes aux possibles dénouements et leur montrer par le *modeling* comment s'y prendre pour obtenir la collaboration des institutions.

Une chose que nous avons apprise au fil du temps est qu'il est important de faire une photocopie de la pièce d'identité dès que nous l'obtenons et de la mettre au dossier du participant, afin de faciliter les démarches si la personne perd à nouveau ses papiers. Bien que des photocopies ne permettent pas de prouver l'identité de la personne auprès des institutions, certains agents acceptent d'émettre une carte d'identité avec ces documents.

Papiers et identité

Ultimement, l'obtention des pièces d'identité vise à permettre aux personnes de retrouver leur sens de la citoyenneté. De nombreux mois, de nombreuses années s'écouleront parfois avant que les personnes accordent de l'importance à cette sortie de l'anonymat.

Sortir de l'itinérance est un grand défi que les gens doivent relever. Un de nos mandats est de leur redonner le goût d'être des citoyens à part entière. Nous sentons chez certaines personnes qu'elles se demandent si elles ont fait le bon choix de quitter la rue lorsqu'elles arrivent au projet Chez soi. Nous avons un rôle à jouer pour les accompagner dans leur désir de redevenir des citoyens. Lorsque les

personnes retrouvent le goût de se réinsérer dans la société, la course aux papiers prend alors tout son sens : elle leur permet d’obtenir un revenu, un logement, divers services.

Si les suivis décrits dans ce récit sont exceptionnels, il y a par ailleurs toujours beaucoup d’embûches sur le chemin de la sortie de l’anonymat. La recherche des papiers d’identité est un enjeu pour la majorité des personnes dont nous nous occupons, notamment afin d’obtenir l’aide sociale. Se refaire une identité est un des défis de la sortie de l’itinérance.

Il arrive que la pertinence des papiers d’identité s’établisse petit à petit au cours du cheminement de la personne : faire les démarches pour se refaire une identité et l’accompagnement peuvent favoriser un travail de formulation et de consolidation du projet de vie de la personne lorsqu’elle n’exprime pas d’autres demandes. Il est important de mobiliser la personne, de l’impliquer activement dans la démarche, de lui faire valoir l’importance des démarches à entreprendre, de la familiariser avec les institutions et leurs exigences, de prévoir des accompagnements pour effectuer les démarches et de réserver plusieurs heures d’intervention pour chacune d’entre elles. Si la personne refuse de s’engager dans ce processus, il faut respecter son rythme, tout en tentant de lui faire comprendre l’utilité des pièces d’identité. Avec les cartes d’identité s’ouvre la possibilité d’obtenir un ensemble de services auxquels le citoyen moyen accède quotidiennement sans s’en rendre compte.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

19. Mettre en place les conditions pour « attendre l'étincelle »

« L'équipe est plus tolérante que bien d'autres ressources, car on sera encore là le lendemain. On laisse la personne prendre des risques. »

— RÉSUMÉ —

C'est dans le contexte de la vie en appartement que les habiletés et aptitudes des personnes sont évaluées par les équipes du projet Chez soi. Des personnes qui se sont régulièrement fait dire qu'elles n'étaient pas en mesure de décider pour elles-mêmes se voient offrir l'opportunité de tenter une vie autonome en logement. Ce récit relate comment l'équipe SIM va se mobiliser autour d'Alexis, un jeune homme souffrant de schizophrénie, de toxicomanie et de troubles de comportements, pour explorer les possibilités de l'accompagner dans ses choix et d'aller vers une autonomie en logement. Si le rôle principal des intervenants en rétablissement consiste à accompagner les personnes dans leurs choix, cela supposera ici la mise en place de facteurs de protections et un soutien aux proches. C'est parce que l'équipe offre une intensité de suivi dans le milieu et qu'elle a développé une expertise et une « tolérance » à une évaluation régulière des risques, qu'elle est à même d'offrir à des personnes évaluées très malades l'opportunité de s'exprimer, d'apprendre et de tenter de faire des choix pour elles-mêmes. Un important soutien sera également offert à ses parents tout au long de ce suivi.

Une première année de suivi pour apprendre à connaître Alexis

Alexis, 26 ans, souffre de schizophrénie, d'un trouble de personnalité et il consomme des drogues dures qui interfèrent avec sa santé mentale. Les intervenants vont emprunter différentes avenues pour l'accompagner vers un mieux-être, alors que ce dernier exprime peu de demandes et qu'il est difficile de distinguer chez lui entre crise psychotique et troubles de comportement. Un soutien sera notamment apporté aux parents afin de faire des pas dans le sens d'une plus grande autonomie du jeune homme. C'est au fil d'une première année de suivi que l'équipe apprendra à connaître Alexis et identifiera les façons de l'accompagner.

Alexis exprime peu de demandes ou d'intérêts qui vont dans le sens de l'autonomie en logement ou d'un projet de vie. Au départ, nous y sommes allés par essais et erreurs, nous avons proposé divers chemins, mais il ne s'est pas impliqué. Nous avons été créatifs à travers les outils proposés pour lui permettre de développer de meilleures aptitudes à la vie quotidienne. Nous avons fait des budgets avec lui pour réduire les méfaits liés à la dépendance. Nous avons considéré la possibilité d'un retour à l'école : nous avons rencontré un agent d'aide sociale et passé en revue les possibilités de divers métiers, mais il ne s'engageait pas totalement. Nous avons fait des activités dans les parcs, nous avons pris des cafés ensemble, mais rien n'accrochait vraiment. Notre rôle n'est pas de lui inventer des champs d'intérêt, mais c'est en mettant de l'énergie pour l'intéresser à quelque chose que nous nous sommes rendu compte que ce n'était pas la bonne voie.

Alexis est un jeune homme attachant, drôle et patient. Après une année de suivi, le lien est là et il voit que nous ne le laissons pas tomber. Peu à peu, nous avons appris à le connaître. Il fait des psychoses à répétition, il se désorganise et entre fréquemment à l'hôpital, mais il n'y est pas retenu longtemps. Sa toxicomanie a un impact significatif sur sa santé mentale. Les policiers l'amènent régulièrement à l'hôpital parce que les voisins se plaignent du fait qu'il crie la nuit. Il a dû quitter le premier appartement qu'il a occupé dans le cadre du projet à cause des cris.

Ce jeune homme a des besoins élevés et nous nous sommes beaucoup investis à son entrée au projet. Nous l'avons vu tous les jours pendant des mois. Nous lui avons offert le suivi intensif d'une équipe multidisciplinaire : visite tous les jours, des *med drop* et l'administration de l'argent à tous les jours, du soutien aux aptitudes de la vie quotidienne et domestique. Il est difficile de comprendre son histoire, ses traumatismes. La psychiatre a rencontré Alexis à de nombreuses reprises pour comprendre la complexité de ses idées délirantes qui tournent autour d'histoires de viol d'enfants. C'est grâce à la psychiatre que nous avons vu le côté réellement délirant d'Alexis, au-delà de la toxicomanie et des troubles de comportement. Il fait des crises psychotiques depuis longtemps; il a été hospitalisé dès l'âge de 14 ans. À force de l'observer, de tenter différentes choses, nous avons été mieux en mesure de faire la part des choses entre des troubles de comportement et le délire lié à une schizophrénie en développement.

Alexis n'est pas satisfait d'être malade. Il n'a pas fait le deuil de son diagnostic. Il aimerait être un gars normal. Il passe du déni à la colère, il se sent très seul et il en parle : « *Est-ce que je vais prendre des médicaments toute ma vie? Est-ce que je suis un attardé?* » Il est très ambivalent dans ses demandes. D'une fois à l'autre, il n'y a pas de constance à ce qu'il souhaite et il a tendance à saboter les belles rencontres et les démarches en cours, il y met un terme en criant ou en délirant. Il n'y a pas eu de changement majeur dans sa vie au cours de la première année de suivi. Ça stagne et nous devons faire un peu notre deuil pour bien intervenir avec lui.

Parallèlement, nous avons beaucoup travaillé avec la mère d'Alexis. La relation entre elle et lui est difficile. Notre rôle est d'aider la mère à continuer à bien l'aider et à lui permettre tranquillement de départager ce qui est de l'ordre du délire et ce qui relève d'un trouble de comportement. Nous nous sommes plusieurs fois assis avec elle et Alexis pour faire le point. Nous avons établi un cadre d'intervention avec elle afin de l'aider à apprendre à mettre ses limites et pour qu'elle nous appelle au besoin. C'est ainsi qu'elle nous a appelés très tôt un dimanche matin pour dire que son fils était chez elle. Il y avait eu une intervention policière chez Alexis pendant la nuit (les voisins s'étaient plaints de ses cris). La situation n'était pas une urgence, mais l'intervenante de garde y est allée et elle a passé du temps avec eux. Elle a observé les interactions entre Alexis et sa mère. Cette dernière a vu qu'Alexis revenait à la réalité, que le délire diminuait lorsqu'on le confrontait un peu.

Évaluer l'aptitude à vivre en logement

Après une année de suivi, on constate qu'Alexis semble avoir fait peu d'apprentissages. Si sa façon de vivre heurte les valeurs de son entourage, le travail de l'équipe sera de maintenir une évaluation

constante pour établir s'il représente un danger pour lui ou pour autrui et pour établir s'il est en mesure de faire de bons choix pour lui-même.

Alexis s'organise peu en appartement, selon nos valeurs : son logement est un champ de bataille, à la limite de l'insalubrité, son matelas est noir de cendre et de mégots de cigarettes. Son hygiène corporelle est également négligée. Lorsqu'un ergothérapeute est allé à domicile pour faire une évaluation de sa capacité à s'organiser en appartement, Alexis ne l'a pas laissé entrer.

De toute évidence, le noyau familial est épuisé. Il y a le malaise de la famille, mais est-ce son malaise à lui? Nous avons discuté avec Alexis des possibilités d'un appartement supervisé ou d'un centre de jour qui lui permettrait de faire des apprentissages, mais il est ambivalent à l'idée de s'inscrire dans des démarches de groupe. Un jour il dit souhaiter vivre en appartement, un autre jour il veut retourner à la rue et la rencontre suivante il considère la possibilité d'un hébergement supervisé : il n'y a pas de constance dans ses demandes. Entre les attentes des parents, celles de l'équipe et les siennes, il est probablement passablement confus.

Il faut se poser les bonnes questions : Alexis est-il un danger pour lui-même ou pour autrui en appartement? Comme équipe, nous envisageons la situation à long terme. La psychiatre a étoffé un bon dossier, Alexis prend ses médicaments, il a un suivi psychosocial. Son état ne se dégrade pas, il est plutôt stable dans son ambivalence. En connaissant mieux Alexis, nous sommes en mesure d'aller plus loin dans l'évaluation du risque. Il nous met à l'épreuve; nous sommes encore là-dedans. Nous notons des informations que nous nous partageons en équipe pour évaluer comment il va : « *Il criait avant que j'entre dans l'appartement.* » « *Il a craché ses médicaments, etc.* ». Nous sommes constamment en évaluation.

Retour à la rue et passage à l'acte

Alexis doit quitter un second logement à la suite des plaintes des voisins, de l'insalubrité des lieux et des risques d'incendie. Pendant quelque temps, l'équipe reste à l'affût d'une demande de sa part. Souhaite-t-il retourner en appartement? Est-il disposé à faire l'expérience d'un hébergement supervisé? Puis un passage à l'acte obligera l'équipe à utiliser des leviers légaux pour protéger Alexis et sa mère.

À la suite des plaintes répétées des voisins, à cause des cris, de la consommation et après qu'il ait allumé de petits feux dans son appartement, Alexis a perdu un deuxième appartement et il est retourné à la rue. Il était très ambivalent. Parfois il voulait aller en appartement, parfois en logement supervisé et nous devinions qu'à travers tout ça, il n'avait pas fait le deuil de sa jeunesse, ni de sa maladie. Un désir qu'il avait déjà exprimé était d'avoir à nouveau 14 ans et de vivre chez sa mère. Il est possible qu'il ait mis toutes ses énergies pour y retourner, que sa motivation était là.

Alexis étant désormais à la rue, nous allions pouvoir repartir sur de nouvelles bases – nous serions ailleurs que dans l'inquiétude qu'il perde son logement pour cause d'insalubrité. Pendant ses premiers temps à la rue, Alexis refusait d'aller dans des refuges, disant ne pas être un itinérant. Sa mère l'a

souvent hébergé. Il insistait pour qu'elle le loge puis, lorsqu'elle refusait, il dormait sur les balcons, faisait peur aux voisins, il criait. Les policiers sont intervenus souvent. De notre côté, nous avons demandé un historique d'endroit à un service d'urgence psychosocial, afin que l'équipe soit informée et se déplace sur les lieux advenant qu'un appel aux policiers soit fait par la mère d'Alexis. Nous demeurions en état de vigilance, car nous ne savions pas jusqu'où il pouvait aller pour être pris en charge.

Pendant cette période, nous sommes demeurés en contact régulier avec sa mère. Nous lui avons rappelé en de nombreuses circonstances qu'elle avait le droit de mettre ses limites. Nous lui avons expliqué qu'elle n'était pas tenue de l'héberger, que ce n'était pas nécessairement une aide pour son fils et que si Alexis était trop insistant – parce qu'il cogne très longuement à la porte – d'appeler les policiers. Elle est venue au bureau avec son fils un soir lors d'une situation de crise. Un intervenant a accompagné Alexis dans un refuge d'hébergement, alors que la chef d'équipe a expliqué nos hypothèses cliniques à sa mère : son fils était ambivalent entre son désir d'être pris en charge et celui d'être autonome, et il mettait possiblement la plus grande partie de son énergie à retourner chez sa mère.

Après quelque temps à la rue, Alexis a fait un passage à l'acte : il a brutalisé physiquement sa mère. Après cet événement, une rencontre a été organisée entre la mère d'Alexis, un policier, la chef d'équipe, la psychiatre et un intervenant de l'équipe. Nous avons fait un retour sur les événements des dernières semaines. Il y avait résolument une escalade d'agressivité dans le comportement d'Alexis et si ce comportement n'était pas sanctionné, Alexis n'allait probablement pas comprendre. Nous avons suggéré à la mère qu'il s'agissait peut-être moins d'une perte de contrôle de la part de son fils, que d'une prise de contrôle et qu'il y avait eu de nombreux incidents où une personne psychotique avait agressé un parent. Le policier lui a expliqué le processus judiciaire qui s'ensuivrait si elle portait plainte. La mère d'Alexis a décidé de porter plainte pour agression physique et menace de mort. Alexis a été temporairement pris en charge par le système judiciaire puis il est retourné à la rue.

Évaluer la dangerosité et utiliser les recours légaux

Une meilleure connaissance d'Alexis aura permis d'être mieux outillé pour l'évaluation des risques, l'identification de ses forces et pour soutenir ses parents. Après avoir tenté un éventail d'interventions et forte du lien construit avec lui, l'équipe constate que peu d'apprentissages sont réalisés dans le sens de l'autonomie en logement et de l'aptitude à faire des choix éclairés. On se tournera vers des leviers légaux pour le protéger de lui-même. Les intervenants du SIM notent en conclusion de ce récit qu'il n'en demeure pas moins que l'intensité du suivi et la « tolérance » à l'évaluation régulière du risque constituent de bonnes pratiques dans le travail auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Nous ne connaissons pas les personnes au début d'un suivi : certaines ont des incapacités physiques, cognitives, diverses inaptitudes et nous les identifions avec elles. Nous avons appris à connaître Alexis. Nous devons voir les personnes à travers leurs forces et leurs aptitudes, plutôt qu'en les envisageant à travers leurs vulnérabilités, ce qui n'empêche pas qu'au départ nous offrons un suivi intensif à la personne qui est désorganisée, délirante; nous l'accompagnons pour lui permettre de se stabiliser en logement.

Nous avons fait beaucoup d'interventions auprès d'Alexis, autant au quotidien que dans la gestion de crises. Puis, nous avons misé sur la réduction des méfaits et avons laissé venir ses demandes, en attendant qu'il y ait une étincelle. Les choses ont dégénéré en appartement et il s'est retrouvé à nouveau à la rue au début de l'été. Malgré tout ce qui a été mis en place autour de lui, il a perdu ses deux appartements. Ce que nous comprenons, c'est qu'Alexis n'est pas prêt à vivre en appartement autonome pour le moment. Il a fallu changer de stratégie d'intervention pour s'assurer qu'il soit en sécurité.

L'équipe est plus tolérante que bien d'autres ressources, car on sera encore là le lendemain. On laisse la personne prendre des risques. En tant qu'équipe multidisciplinaire, on regarde les choses sous divers angles. Nous avons la connaissance de la personne dans le cadre de plusieurs mois de suivi intensif et nous avons un lien significatif. On tient les canaux de communication très serrés puisqu'on est en évaluation constante des risques. Avec Alexis, les filets de sécurités étaient toujours mis. On avait toujours la lumière jaune allumée. On ne laissait pas la situation se détériorer. Étant donné la visibilité et l'intensité offerte, nous pouvions aller plus loin dans l'évaluation du risque. Nous étions guidés par les décisions d'Alexis et notre croyance en ses capacités. Puis à un moment donné, il a été établi qu'il avait besoin d'être protégé de lui-même, au moins pour l'instant.

Depuis quelques années, Alexis était sous ordonnance du Tribunal administratif du Québec (TAQ). Il s'agit d'une ordonnance légale sous la responsabilité de la psychiatre traitante et que nous avons utilisée en dernière instance. Mais contrairement à d'autres services, nous avons essayé, malgré cette ordonnance, de croire en son rétablissement. C'est au cœur de notre travail de croire en la personne, de lui offrir la chance de se découvrir, de s'autonomiser. Nous sommes là et nous avons du temps devant nous. Dans le suivi auprès d'Alexis, il y a eu des dizaines de discussions cliniques, nous avons été en dialogue avec des experts à l'externe. Finalement, nous nous sommes servis d'un levier légal, mais nous lui avons offert l'opportunité d'être entendu.

Il faut connaître les leviers légaux dont nous disposons comme intervenants. Ce n'est pas un ou l'autre. Le fait qu'Alexis était sous le TAQ a permis de déposer un recours et qu'il y ait une comparution rapide lorsque la situation a dégénéré entre lui et sa mère. Nous avons recommandé un hébergement supervisé en hôpital. Son père a également témoigné, disant que la famille était à bout. C'était très touchant. Le TAQ a recommandé qu'Alexis soit hospitalisé sur une longue période, pour sa sécurité et celle des autres. Il a été convenu que ni ses parents ni l'équipe SIM n'étaient en mesure de répondre à ses besoins actuellement. Alexis a été placé six mois à l'hôpital, puis il a été transféré dans une unité d'hébergement à l'interne de l'hôpital lorsqu'une place s'est libérée.

L'évaluation réalisée par l'hôpital montre que la médication a peu d'effet sur les comportements d'Alexis. Il présente le même discours délirant, malgré la médication, malgré le suivi 24 h sur 24, malgré qu'il ne consomme plus de drogues. C'est une maladie en développement rapide et le diagnostic n'est pas encore clair. Alexis a eu les capacités de terminer son secondaire et de commencer son cégep en informatique. Par la suite, il a vécu une dégringolade et il a perdu beaucoup d'habiletés. Il continue d'en

perdre. Il vit depuis une année dans l'unité d'hébergement et son plan d'intervention n'a pas changé : il consiste à se laver, se brosser les dents et garder sa chambre propre. Il n'a toujours pas développé ces habiletés de base, un an plus tard. Il ne s'intègre pas au groupe. Ça démontre ses limites, toute l'ampleur de sa maladie mentale. La maladie est plus grande que sa capacité à se mobiliser.

Nous avons essayé. Il n'y avait pas d'amélioration. On était dans le colmatage. Alexis est trop malade, l'hôpital est le seul lieu qui existe pour lui en ce moment.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

20. Apprivoiser pas à pas la toxicomanie et les troubles mentaux

« Si j'avais été directive, il n'y aurait pas eu de relation entre nous. »

— RÉSUMÉ —

Dans le travail d'intervention, il est souvent difficile d'accompagner une personne dont la consommation brouille les cartes et augmente les symptômes de la maladie mentale, tout en faisant office d'automédication. Ce récit relate le suivi auprès d'un homme de 33 ans qui souffre de schizophrénie et d'un problème sévère de toxicomanie. L'intervenante et Philippe vont trouver des façons d'établir une relation d'intervention qui respecte ce dernier dans ses divers symptômes de toxicomanie et de troubles mentaux, et notamment dans ses réticences à les reconnaître. L'intervenante va l'accompagner dans les différents cycles de consommation, de désorganisation, puis de réappropriation de sa santé mentale. Elle reviendra notamment sur un épisode psychotique pour mieux ancrer l'intervention dans l'évaluation des risques. Elle mettra notamment sur la balance décisionnelle et le respect du rythme, tout en favorisant par ailleurs l'établissement de divers éléments de protection autour de la personne. Au fil du suivi, de nombreux pas seront faits vers un mieux-être en marchant à côté de la personne, en mettant de l'avant ses forces et en travaillant à la fois autour des enjeux liés à la toxicomanie et à la santé mentale.

Accorder à la consommation sa juste place dans la relation d'intervention

Dans la construction du lien avec cet homme, divers codes seront établis pour favoriser la communication et le respecter dans ses choix, tout en maintenant une relation thérapeutique. Rapidement, l'intervenante reconnaît que la consommation de Philippe balise les possibilités de l'intervention. Sans jugement ni tabou. Le logement sera par ailleurs saisi comme un levier pour aller vers une réduction des méfaits liés à la consommation.

Philippe a 33 ans et il souffre de schizophrénie. Il consomme beaucoup : un peu de tout et particulièrement de la cocaïne par intraveineuse. Certaines drogues, dont les amphétamines, augmentent les symptômes de la schizophrénie et les voix qu'il entend en permanence sont alors encore plus dérangeantes. Philippe a été hospitalisé par le passé pour des épisodes de consommation. Il a longtemps vécu à la rue et il y a fait sa place. Fait notable, il a une porte réservée pour quêter dans le métro, parce qu'il a réussi à acquérir un territoire.

Philippe a connu les centres jeunesse. Quand je l'ai rencontré, il me semblait fatigué des intervenants; il a eu affaire à eux toute sa vie. Je ne me suis pas imposée, j'ai été à l'écoute de ses demandes et de ses limites. Il faut respecter l'espace de la personne, accepter ses résistances et travailler sur ce qu'elle veut travailler. Philippe ne voulait pas parler de la schizophrénie et de la consommation et nous avons trouvé des manières de faire afin qu'il ne se sente pas envahi par la relation d'intervention, sans par ailleurs nier ces réalités. Nous avons notamment balisé nos rencontres en fonction de sa consommation. Nous avons eu une rencontre alors que Philippe était sous l'effet de drogues et ç'avait été difficile. La fois suivante, nous en avons parlé : il était clair, pour lui comme pour moi, qu'il n'était pas intéressant de nous

rencontrer dans ces conditions-là. Nous avons conclu une entente : nous n'aurions pas de rencontre s'il était fortement intoxiqué. Je lui ai aussi dit, « je ne viendrai pas te visiter autour du premier du mois, pendant que *tu te payes la traite*. Qu'est-ce que tu en dis? » Il était tout à fait d'accord.

Philippe a honte de sa maladie et il ne voulait pas que nous parlions de ses voix. Alors, pour parler de santé mentale, nous avons établi un langage codé : « ton ami, il te voit comment ces temps-ci? » « Il trouve que je parle beaucoup seul ». Ainsi, je comprenais qu'il était envahi. De plus, à force de côtoyer la personne, et avec l'expérience, on connaît les petits trucs qu'elle utilise pour gérer les symptômes. Philippe mettait parfois la télévision plus forte pendant nos rencontres. Je savais alors qu'il entendait plus de voix et qu'il voulait faire une distraction là-dessus.

Au quotidien, pour quelqu'un comme Philippe qui a d'aussi importantes habitudes de consommation, forcément, on parle d'autre chose et on n'aborde pas ce sujet-là tout le temps. Si la consommation est plus présente, si les risques augmentent, ce sont différentes observations qui nous permettent de l'identifier. Cela dit, il faut faire attention à une possible désensibilisation de la part de l'intervenant lorsque la personne consomme au quotidien. Il faut rester vigilant.

Philippe est sensible au renforcement positif. Il a des voix très méprisantes à son égard, qui le dénigrent, et ça lui fait du bien que l'on mette de l'avant ses forces. Parfois, il les perd de vue et je les lui souligne : oui, il consomme, mais il se montre par ailleurs très responsable ; son loyer et ses factures sont payés, il fait son marché. Je pense que c'est ainsi que s'est construit le lien entre nous. Il est arrivé que pour des questions de santé je lui dise : « je m'inquiète, tes bras sont très abîmés. », mais règle générale, j'ai peu abordé sa consommation et j'ai mis ses forces de l'avant.

C'est par lui-même que Philippe en est venu qu'à me parler plus ouvertement de sa consommation. Nous avons valorisé les méthodes qu'il emploie pour réduire les risques de la consommation. Par exemple, il réserve l'argent de son chèque d'aide sociale pour ses responsabilités liées au loyer, puis il quête pour sa consommation. Il s'est aussi fait installer le câble. De cette façon, une partie de l'argent de la quête sert à payer le câble plutôt que la drogue, donc il consomme moins. À travers tout ça, je note un sentiment d'appartenance au logement qui s'installe. À un moment donné, je suis arrivée chez lui et il a dit :

- Le tiroir est plein de seringues, il faut que j'aille les porter au centre-ville.
- Et pourquoi les mets-tu dans ton tiroir?
- Parce que mon appartement n'est pas une piquerie.

Philippe a beaucoup de ressentiment envers lui-même lorsqu'il consomme. Il m'a dit : « *je ne veux pas consommer parce que ça me détruit, mais je le fais tout de même* ». Par ailleurs, quelque chose est intériorisé chez lui : il a eu d'autres appartements dans le passé où il avait perdu le contrôle.

Le travail que nous faisons ensemble dépend des cycles de consommation et de sa santé mentale. Pendant un temps, Philippe a moins consommé. Il est passé des injections dans la rue, à une

consommation contrôlée. Il a aussi commencé à réduire sa méthadone, car il rêve de voyager, de ne plus être tenu de vivre à Montréal à cause de la méthadone. Pendant cette période, nous avons mis l'accent sur ses projets. Nous avons fait des bilans et l'étoile du rétablissement.

Accompagner une appropriation de la santé mentale et de la prise des médicaments

L'intervenante va accompagner Philippe dans ses explorations pour s'approprier sa santé mentale, qui s'inscrivent dans un désir de normalité. L'arrêt de ses médicaments mènera rapidement à une désorganisation de l'état mental de Philippe. Les divers facteurs de protection mis en place autour de Philippe, dont les contacts autorisés avec plusieurs personnes de son entourage, permettront de l'accompagner dans la gestion de ses médicaments et de faire des pas de plus avec lui vers un mieux-être.

Au cours de cette période où il a moins consommé, Philippe a cessé de prendre ses médicaments. Cet arrêt était lié à sa quête de normalité. Dans l'intervention, ce que j'ai essayé de faire, c'est d'explorer quelles sont ses raisons de vouloir cesser de prendre des médicaments. On est beaucoup dans la balance décisionnelle : si tu cesses ta médication, quels sont les avantages et les inconvénients? Si tu continues ta médication, quels sont les avantages, quels sont les inconvénients? Et si tu vises un entre-deux, par exemple de demander à ton psychiatre de diminuer la dose pour diminuer les effets secondaires, quels pourraient être les avantages et les inconvénients?

Philippe voulait arrêter les médicaments à cause des effets secondaires. Il considérait que peu importe qu'il prenne ou non des médicaments, il entendait des voix. Nous avons exploré ensemble des méthodes pour qu'il prenne lui-même en main sa santé mentale. Il est conscient que s'il consomme des amphétamines, il entendra plus de voix pendant quelques jours. Quand il entend trop de voix, il fume du pot. Il dit préférer cela aux médicaments qui ont des effets secondaires physiques indésirables et qui n'éliminent pas complètement les voix. Je lui ai par ailleurs reflété qu'il se sert de la consommation pour s'automédiquer : il y a tout le temps un jeu entre le high et le down. Ce type d'intervention l'amène à réfléchir et à prendre une décision plus éclairée parce qu'il y a des aspects qu'il n'avait peut-être pas réfléchis. En fin de compte, c'est lui qui prend sa décision, mais on peut le guider.

Rapidement, en arrêtant les médicaments, Philippe a eu du mal à dormir et il s'est remis à consommer un peu plus pour essayer de réguler son humeur. Dans les semaines qui ont suivi, il a été de plus en plus agressif, s'était montré irritable, même lors de conversations banales. À notre dernière rencontre, il m'avait paru particulièrement agité et il semblait entendre plus de voix. Il leur parlait à voix haute et n'arrivait plus à se contrôler en ma présence. Je savais que ça n'allait plus. Nous avons établi un code ensemble : étant donné qu'il ne veut pas que je lui pose de questions sur ses voix, je lui demandais à l'occasion : « *est-ce que c'est gérable?* » Cette fois-là, lorsque je le lui ai posé la question, il m'a répondu : « *si ce n'est plus gérable, je ne te le dirai pas.* » Je ne savais pas de quelle nature étaient les voix. Lui donnaient-elles des ordres? À cette occasion, je n'ai pas eu accès à son état mental, il n'a pas voulu de me dire ce que ses voix lui disaient. Je ne pouvais pas faire une évaluation complète, je ne savais pas s'il était un danger pour lui ou pour les autres.

S'il s'agit de voix mandatoires, ça fait une différence dans l'évaluation du risque. En en reparlant en équipe, nous avons convenu que j'aurais dû insister en lui parlant de la position dans laquelle il me plaçait de ne pas pouvoir évaluer adéquatement une situation potentiellement à risque. J'aurais dû lui dire: *« en refusant de me répondre, tu me places dans une situation où je vais me faire des scénarios. Je ne sais pas ce qu'il y a dans ta tête et ce que tu me donnes comme élément, ça m'inquiète et j'ai besoin d'évaluer pour me rassurer. Si tu refuses de me répondre, je risque de me tromper, je risque de me faire des idées qui ne seront peut-être pas les bonnes, mais ça va être dû au fait que tu ne veux pas me répondre. »* Il ne faut pas avoir peur de dire à la personne dans quelle situation nous nous trouvons compte tenu de notre responsabilité professionnelle.

La semaine suivante, je me suis rendue chez lui avec une collègue, par mesure de sécurité. Pas de réponse. C'était inhabituel : au cours des six premiers mois de suivi, Philippe avait toujours été présent à nos rencontres. Inquiète, je me suis rendue à la porte du métro où il a l'habitude de quêter. Il n'y était pas. Philippe est quelqu'un qui a des habitudes bien établies. Il va chercher sa méthadone à telle heure, il est au métro à telle porte à telle heure. Déjà de voir qu'il y avait des changements dans ses habitudes, ça indiquait qu'il était moins bien. Alors, nous avons poussé un peu plus dans l'évaluation des risques. Au cours du suivi, Philippe nous avait autorisés à communiquer avec différentes personnes de son entourage. Au cours des derniers jours, j'avais notamment été en contact avec une ressource communautaire qu'il fréquente, afin de prendre de ses nouvelles. J'ai appelé les intervenants de cette ressource ce matin-là et ils m'ont dit que Philippe n'était pas présent, mais qu'il était en état de crise psychotique la dernière fois qu'ils l'avaient vu.

Depuis quelques semaines, j'avais également obtenu l'autorisation de communiquer avec son ami André qui réside chez lui et qui possède un téléphone cellulaire. C'est un ami de longue date, qui le connaît bien et qui peut observer des signes avant-coureurs. Il agit un peu comme un aidant naturel, il est un facteur de protection. J'ai téléphoné à André qui m'a donné le même son de cloche : il était inquiet, Philippe n'allait pas bien ces derniers jours, il entendait des voix, il était cloîtré dans l'appartement, refusait de se lever, ne répondait plus à la porte.

L'après-midi même, je suis retournée à son domicile avec la chef d'équipe pour évaluer l'état mental de Philippe. Quand nous sommes arrivées, André nous a ouvert la porte. J'ai vu que Philippe était dans sa chambre, mais il m'a fait signe de partir. Je lui ai demandé si je pouvais parler avec son ami et si je pouvais lui donner mon numéro de téléphone, il a accepté. André nous a dit que Philippe ne dormait pas depuis trois jours, qu'il restait isolé. Nous avons proposé à Philippe de l'accompagner à l'hôpital. Il a refusé. Nous avons tenté le plus possible d'avoir sa collaboration pour que l'hospitalisation se fasse sur une base volontaire.

C'est pourquoi il a été convenu qu'André, qui avait un bon lien avec lui et arrivait généralement à le convaincre, tenterait dans les prochaines heures de parler avec Philippe et l'inciterait à se rendre à l'hôpital. Si Philippe avait été seul chez lui, l'intervention aurait été différente. Mais il avait confiance en son ami et ils se connaissaient bien. La journée suivante, Philippe était encore dans le même état et son colocataire nous a appelés sur le cellulaire de garde pour dire qu'il était inquiet. J'étais absente et c'est la

chef d'équipe qui a fait le suivi. Elle a appelé le 911 et elle a expliqué la situation. Une ambulance et des policiers se sont rendus chez Philippe. À distance, la chef d'équipe a parlé avec les ambulanciers et ceux-ci l'ont informée qu'ils l'amenaient à l'hôpital, bien que celui-ci s'y opposât. En fin de soirée, l'urgentologue a appelé la chef d'équipe et il lui a confirmé que Philippe n'allait pas bien et qu'il entendait des voix qui lui donnaient des ordres. Philippe est demeuré 48 heures à l'hôpital.

Faire un retour sur l'hospitalisation

Avec Philippe, l'intervenante va faire un retour sur l'épisode de désorganisation et établir un nouveau plan de gestion de crise avec lui. Elle met de l'avant les apprentissages contenus dans cette expérience. Elle va notamment aborder la reprise des médications et faire un travail de reconstruction de l'estime suite à l'épisode d'hospitalisation.

Après la sortie de l'hôpital de Philippe, j'ai fait un retour avec lui à propos de ce qui s'était passé. La première moitié de la rencontre s'est tenue en compagnie de son colocataire André, et la seconde partie s'est déroulée entre Philippe et moi seulement. Philippe était très ouvert. Il était à l'aise avec le fait que nous ayons communiqué avec André et il a même insisté pour que j'aie le nouveau numéro de son ami lorsqu'il a changé de téléphone.

Nous avons fait le tour de la situation. Philippe m'a confié que les voix lui disaient de tout détruire autour de lui. À la suite de ce séjour à l'hôpital, il a recommencé à prendre ses médicaments, reconnaissant que les amphétamines lui faisaient entendre beaucoup de voix. Il avait cru pouvoir les contrôler, mais ça ne se contrôlait plus. Dans sa chambre, il avait fait un trou dans le mur et cassé une vitre. Il m'a dit : « *j'aurais pu être dangereux* ». Il a été convenu qu'il allait réparer la fenêtre au cours du mois, puis le mur le mois suivant. Il le ferait lui-même et nous ne le signalerions pas à la résidence d'hébergement.

Je lui ai ensuite demandé comment procéder si une situation similaire se produisait à nouveau. J'ai eu accès à beaucoup de choses lors de cette rencontre. Nous avons élaboré un nouveau plan de crise dans lequel Philippe demandait à l'équipe de l'amener à l'hôpital lorsqu'il n'allait pas bien. Il m'a dit : « *tu n'auras pas le choix d'appeler la police parce que je suis un toxicomane. Même si j'y vais avec toi, que j'y consens, je vais signer mon congé en arrivant là-bas. Il faut que tu m'obliges. Je ne vais pas être content, mais c'est la seule manière. Quand je suis dans cet état là, je ne vois rien, je veux aller consommer.* »

J'ai écrit ce dont nous avons convenu sous la forme d'un plan de crise et je suis retournée chez lui la semaine suivante. Je le lui ai fait lire et lui ai demandé de le signer. Il n'a pas voulu. « *C'est ce qu'on s'était dit la semaine passée, pourquoi ne veux-tu pas le signer?* » Philippe m'a dit qu'il était d'accord pour que ça apparaisse au dossier, mais il ne voulait pas le signer. Probablement que pour lui, ce document venait cristalliser son identité de personne ayant un trouble mental et souffrant de toxicomanie. Je peux comprendre son souci de ne pas officialiser ce portrait-là de lui.

Je pense que nous avons agi au bon moment et qu'il y a eu une bonne évaluation des risques. Il y avait de nombreux facteurs de protection autour de Philippe malgré sa dégringolade : son ami, la ressource

communautaire et les moyens qu'il m'a donnés. J'étais heureuse de réussir à faire le bilan de la situation avec lui, qu'il fasse par lui-même une prise de conscience à propos de la prise de médicaments et qu'il soit capable de me dire comment procéder une prochaine fois. Nous avons accompagné Philippe quand il a décidé d'arrêter la prise de ses médicaments. Ça l'a mené à l'hôpital, puis il a lui-même choisi de recommencer à les prendre. Il m'a dit : « *je dors mieux, j'entends moins de voix, bien que je les entende tout de même.* » Il a lui-même tiré ses conclusions. Mon travail a été de lui faire un portrait de la situation : « *Dans tout ça, je vois une réussite. Tu as essayé d'arrêter tes médicaments, tu l'as repris par toi-même. Tu es allé à l'hôpital, tu m'as laissé parler à ton ami, tu aurais pu m'en empêcher. Tu ne m'as pas ouvert la porte au bon moment, c'était assez pour que je comprenne que ça n'allait pas.* »

Faire la part des choses entre déni et désir de normalité

En conclusion de ce récit, l'intervenante réitère l'importance d'accompagner le rythme et les apprentissages des personnes. C'est en se positionnant à côté du Philippe qu'elle a pu l'accompagner dans ses apprentissages, à travers les hauts et les bas de la toxicomanie et les symptômes de la schizophrénie. Cela dit, demeure le rôle de l'intervenant de faire la part des choses entre désir de normalité et déni de la situation vécue par la personne.

Philippe a donc repris ses médicaments. Il a aussi recommencé à consommer. Sans compter que les débuts de mois sont toujours difficiles. Quand il a un but, il consomme moins, mais pour le moment, il a atteint les objectifs qu'il s'était fixés (achat d'un ordinateur, accès au câble et Internet) et qui limitaient ses revenus pour consommer. Pendant l'été, il a davantage d'argent, car c'est payant de quêter auprès des touristes. Lorsqu'une journée est plus payante que prévu, il consomme la différence et, le lendemain, il a envie de faire un autre fixe et il retourne quêter. Cependant, à travers tout ça, Philippe pense à faire des examens de la vue et il continue à réduire sa consommation de méthadone.

Dans ce suivi, j'ai appris à faire confiance à Philippe. L'accompagnement se dessine au fur et à mesure du chemin qu'il souhaite prendre. Il m'apparaît clair que si je n'avais pas respecté ses conditions, nous n'aurions pas pu travailler ensemble. Si j'avais été directive, il n'y aurait pas eu de relation entre nous. Une certaine complicité s'est établie, parce que nous avançons à son rythme, à sa façon. Lui faire confiance, c'est lui donner la possibilité d'apprendre, de chercher lui-même ses solutions, de l'aider à trouver sa voie vers un rétablissement.

Dans ce travail d'accompagnement, nous devons par ailleurs savoir faire la distinction entre accompagner le désir de normalité de la personne et faire du déni avec elle. Nous ne devons pas abandonner les personnes à leur maladie. Parfois la personne est trop malade pour reconnaître qu'elle a un besoin. Ça demande d'apprendre à connaître la personne à travers le temps et de rester vigilant.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

21. Composer avec le délire pour accompagner vers la médication une dame qui voit des anges

« Nous ne sommes pas des hippies de l'intervention. Il y a des limites. Mais il y a des façons de poser les cadres dans le respect des personnes. »

— RÉSUMÉ —

Dans le cadre du projet Chez soi, l'équipe SIV-Diogène accompagne les personnes dans l'appropriation de leur santé mentale. Le lien de confiance qui se construit à l'égard de l'intervenant réside notamment dans le fait que les personnes sont accompagnées et respectées dans leurs choix et leurs non-choix. Lorsque la personne doit être accompagnée vers les soins, car il est évalué qu'il y a un risque de dangerosité, le lien de confiance établi contribue à ce que les inquiétudes de l'intervenant soient prises au sérieux.

Ce récit raconte l'accompagnement d'une personne psychotique. Françoise ne reconnaît pas sa maladie et la manière dont elle raconte son parcours tourne autour de la violence conjugale, si bien qu'elle est rarement dirigée vers les bons services. Il s'agira donc de respecter le délire de la personne, sans cependant s'y laisser absorber et en mettant en place des facteurs de protection. Il y aura de nombreux accompagnements, allant de la sortie des ordures aux démarches faites exclusivement par téléphone, jusqu'aux rencontres chez des professionnels de la santé et la recherche d'hébergements alternatifs. Il y aura tout un travail afin d'amener une personne vers les soins, sans l'obliger, mais en ouvrant différentes portes, en créant des opportunités.

En filigrane de ce récit, on voit comment l'intervention à domicile permet de mieux connaître la personne et d'obtenir des informations qui serviront dans le travail de collaboration avec des professionnels de la santé.

Des anges dans l'appartement

Dans le cadre de ce suivi, l'intervenante va aménager l'espace des rencontres afin de respecter la souffrance et les craintes d'une dame qui a un délire de persécution. Elle va négocier divers aménagements afin qu'une relation d'intervention soit possible avec Françoise, une relation respectueuse de ses appréhensions. Puis, arrive un moment où l'appartement devient trop menaçant pour Françoise. Commenceront alors de nombreuses démarches en vue d'une reconnaissance de sa maladie mentale et d'un accompagnement vers les soins.

Au cours des huit premiers mois du suivi, Françoise a toujours été un peu délirante. Elle tenait des propos décousus, elle avait des visions. Dès la première rencontre, elle m'a parlé des anges qu'elle voit et qui, selon elle, la protègent. Elle est aussi très méfiante. Au fil des mois, Françoise s'est sentie de plus en plus en danger dans son appartement. Ce dernier est situé dans un grand immeuble adjacent à l'autoroute; de l'autre côté de celle-ci se trouve un autre grand immeuble à logements et elle a

commencé à craindre que les locataires d'en face puissent l'observer chez elle. Elle maintenait toujours les fenêtres et les rideaux fermés afin de ne pas être vue. L'air était suffocant. Pendant nos rencontres, je tentais de la convaincre d'ouvrir la fenêtre pour aérer les pièces. Elle acceptait parfois, mais en laissant les rideaux fermés.

Il semble que Françoise ait déjà vécu de la violence conjugale, son discours est très empreint de la crainte de revoir son ex-conjoint. Après quelques mois en logement, elle a commencé à dire que ce dernier s'était installé dans l'immeuble de l'autre côté de l'autoroute et qu'il entendait ce qu'elle disait. C'est pourquoi elle s'est mise à chuchoter de plus en plus, et à hausser le volume de la télévision au salon et de la radio dans la chambre à coucher. Son environnement était très cacophonique. Lors de nos rencontres, il fallait que je sois très près d'elle pour entendre ce qu'elle disait. J'acceptais de parler avec elle en même temps que la télévision et la radio jouaient très fort. Parfois, cependant, je devais négocier avec elle : « *Peut-on éteindre la radio pour aujourd'hui? Nous garderons la télévision allumée.* » Lorsque nous avions des démarches à faire auprès de l'aide sociale ou d'autres instances – nous les faisons toutes par téléphone, car Françoise refusait de sortir de chez elle — je lui disais : « *nous devons éteindre la télévision pour aujourd'hui, car ils ne nous entendront pas.* »

Ensuite, pendant de nombreuses semaines, Françoise a cessé de sortir ses ordures. Elle ne voulait pas jeter ses déchets de peur que les gens fouillent dans les sacs et découvrent qu'elle résidait dans le secteur. Le propriétaire m'appelait régulièrement, car il s'inquiétait des odeurs, de la vermine. C'était devenu une intervention difficile. Un jour, je me suis présentée chez Françoise en ayant en tête que s'il fallait marcher dix kilomètres pour déposer les déchets plus loin, nous le ferions! Après tout, le problème qu'il fallait régler était celui des ordures. L'intervention s'est bien déroulée; parfois, il faut accepter d'aller dans le sens du délire.

Pendant tous ces mois, Françoise n'était pas un danger pour elle-même, mais je restais à l'affût. J'allais la voir chaque semaine, vérifiant son état physique, m'assurant qu'elle mangeait. Puis, elle a commencé à réduire l'espace dans lequel elle vivait : elle a apporté son matelas dans le salon pour y dormir, car elle s'y sentait plus en sécurité, ensuite, elle a migré du salon au couloir où elle dormait sur des coussins. Françoise craignait que son ancien conjoint, installé dans l'immeuble d'en face, ait la capacité de voir à travers les murs. Entre les murs du couloir, elle se sentait protégée. Finalement, je suis arrivée chez elle un matin et, du couloir, elle avait migré dans la salle de bain. Elle y avait apporté la télévision et elle dormait dans son bain. La salle de bain était dorénavant le seul endroit où elle se sentait en sécurité dans son appartement. Les anges étaient trop nombreux et les voix n'étaient plus tolérables. Elle était convaincue que son ancien conjoint était dans la tuyauterie.

Ce matin-là, je lui ai dit : « *Françoise, ça ne va pas. Ça ne marche plus. Où iras-tu ensuite?* » Je lui ai dit que j'étais inquiète et je lui ai suggéré de se rendre à l'hôpital. Elle a refusé, mais elle s'y est rendue d'elle-même le soir même. Elle reconnaissait qu'elle était devenue trop angoissée. C'était la première fois qu'elle allait d'elle-même à l'hôpital. Dans l'équipe, nous avons considéré que c'était un beau succès.

Arrimer la personne à divers services

Lorsque Françoise est admise à l'hôpital, la priorité de l'intervenante est d'assurer un suivi à sa sortie, car sa santé mentale est fragile. Une place lui sera offerte en centre de crise dès sa sortie de l'hôpital. Diverses démarches consisteront également à solliciter la collaboration de professionnels de la santé autour de Françoise. Une rencontre sera notamment planifiée avec un psychiatre, au cours de laquelle l'intervenante aura pour objectif de faire ressortir les éléments délirants du discours de Françoise, alors que le sentiment de persécution de la part d'un ancien conjoint peut donner à penser à un choc post-traumatique plutôt qu'au délire. L'intervenante tentera également d'obtenir la collaboration du médecin de famille de la participante.

Françoise a été hospitalisée en psychiatrie pendant 48 heures, puis elle a reçu son congé. Devant les psychiatres de l'urgence, elle a raconté une histoire de violence conjugale, en n'ayant l'air ni décousue ni délirante. Elle sait qu'elle ne doit pas parler des rayons X qui traversent les murs, elle sait ce qu'elle peut dire devant les professionnels de la santé.

J'ai appris par les médecins que Françoise avait peu à peu diminué ses antipsychotiques, car elle se sentait somnolente. Ils ont renouvelé son ordonnance et elle a reçu son congé. J'ai annulé une rencontre importante pour être auprès de Françoise à sa sortie de l'hôpital. J'avais fait plusieurs démarches au cours des 48 dernières heures, afin qu'elle soit accueillie dans un centre de crise. Ma préoccupation était de m'assurer qu'il y ait un suivi après cette hospitalisation, que je savais serait de courte durée. Il fallait trouver une autre forme d'hébergement puisque Françoise ne voulait plus retourner à son appartement qu'elle croyait investi par son ex-conjoint. Nous estimions qu'elle ne changerait pas d'idée tant qu'elle ne serait pas un peu plus stable.

J'ai rencontré Françoise à sa sortie de l'hôpital en compagnie d'un intervenant du centre de crise. Elle a accepté de s'y rendre, mais elle a quitté le centre quelques jours plus tard et j'ai perdu sa trace pendant quelques semaines. Dans un centre de crise, il y a des règlements et Françoise refuse de laisser ses médicaments à l'accueil, elle veut les conserver avec elle. Elle a probablement une dépendance aux médicaments qu'elle prend pour soulager des douleurs au dos. Malgré que nous ayons un très bon lien, je ne peux pas lui parler de ses médicaments, ni voir avec elle si elle suit la posologie, s'il est possible qu'elle en consomme trop. Elle n'est pas du tout réceptive à cela. Son comportement face aux médicaments a fait en sorte qu'elle a été exclue de la plupart des ressources d'hébergement qui demandent de laisser les médicaments à l'accueil.

Françoise est très psychotique. Elle a besoin de médicaments pour se stabiliser. C'est pourquoi je me suis mise en quête d'un psychiatre qui pouvait la recevoir. Elle n'a pas donné de nouvelles pendant un moment, puis, le hasard faisant parfois bien les choses, elle est réapparue peu de temps avant la rencontre prévue avec le psychiatre. Elle a accepté de s'y rendre avec moi.

La chef d'équipe et moi avons accordé un souci particulier à la préparation de cette rencontre. Je craignais que, devant le psychiatre, Françoise parle surtout de violence conjugale et que les éléments

délirants de son discours ressortent peu. Alors, nous avons planifié d'amener la discussion sur des éléments concrets afin que le psychiatre ait accès au délire de Françoise. Ainsi, pendant la rencontre, j'ai posé des questions qui l'amenaient à préciser sa perception de la réalité : « *Françoise, est-ce que tu veux parler du moment où tu pensais que ton ex-conjoint pouvait pénétrer les murs? Est-ce que tu veux parler des anges que tu as vus chez toi?* » J'ai fait ressortir des propos un peu plus délirants. Je craignais que Françoise se sente abusée par ce procédé et que ça brise notre lien et, à un certain moment, elle a effectivement répondu qu'elle ne voulait pas en parler. Cela dit, la rencontre s'est bien déroulée.

À la fin de cette rencontre, Françoise était reconnaissante d'entendre que sa perception de la réalité provenait certainement d'une expérience passée, mais que le traumatisme qu'elle a vécu avait été exacerbé et que ses idées étaient plutôt paranoïdes. Elle a eu un diagnostic de trouble schizoaffectif. Le psychiatre a recommandé un hôpital de jour pour troubles psychotiques et Françoise a accepté.

Au fil des semaines qui ont suivi son hospitalisation, Françoise a cependant de nouveau cessé de prendre ses médicaments et les délires ont repris le dessus. Elle ne souhaitait plus aller au centre de jour de l'hôpital, elle estimait avoir moins de problèmes de santé mentale; à nouveau, elle arguait que ses problèmes étaient réels. Lorsque nous sommes allées à l'entrevue d'admission à l'hôpital de jour, je n'ai pas été admise à l'entretien et Françoise a vraisemblablement parlé principalement de violence conjugale. Les intervenants ont ainsi évalué que ce n'était pas la bonne ressource pour elle.

Devant cette impasse, je lui ai proposé de prendre rendez-vous avec son médecin de famille et j'y suis allée avec elle. Françoise a une bonne relation avec son médecin et je souhaitais le rencontrer afin que nous puissions travailler en collaboration. Son médecin est allé dans le même sens que les autres professionnels autour de Françoise : il lui a dit que ce qu'elle vivait était certainement souffrant, mais que, de l'extérieur, nous n'étions pas en mesure de voir les dangers qu'elle percevait.

C'est fragile. Il faut pousser un peu, sans la brusquer. Je cherche l'appui des gens autour de Françoise et en qui elle a confiance. C'est la raison pour laquelle j'ai insisté pour aller chez son médecin, même si c'était en dehors de mes heures de travail. Parfois, il faut aller juste un peu plus loin. Il est possible que cette alliance nous permette de faire des pas.

Chercher de l'hébergement

Pendant tout ce temps, l'équipe estime important que Françoise ait un hébergement sécuritaire pour se stabiliser. Cependant, cette dernière refuse les lieux qui lui sont proposés. Diverses démarches sont entreprises par l'intervenante pour trouver d'abord de l'hébergement d'urgence, puis un hébergement à long terme qui puisse répondre à son besoin de sécurité.

Depuis plusieurs semaines, Françoise n'était pas retournée chez elle, sauf pour prendre des vêtements. Nous avons cru qu'après un certain temps, elle voudrait peut-être y retourner, mais, même après quelques mois, elle croyait encore que son logement était investi par son ex-conjoint. Alors, nous avons entamé les démarches de résiliation de bail.

Il y a un équilibre à garder entre entrer dans le délire de quelqu'un et s'y laisser absorber. Il faut travailler avec la partie de la personne qui est en contact avec la réalité. Je ne suis pas restée centrée seulement sur ce qui angoisse Françoise : je n'allais pas tenter de faire fuir les anges de son appartement. Mon rôle est d'amener un peu de rationnel dans tout cela et de travailler à diminuer les éléments qui la stressent. Françoise n'est pas constamment dans le délire et une façon d'être en contact avec elle est à travers des questions concrètes. Puisque son anxiété est beaucoup liée au logement, nous lui avons proposé un répit en centre d'hébergement.

Nous nous inquiétions que Françoise retourne à la rue. Il était important qu'elle trouve un lieu sécuritaire où se stabiliser. Je l'ai arriérée au centre de crise, mais elle n'y est pas restée. Ensuite, j'ai fait de nombreux appels dans des centres d'hébergement pour lui trouver temporairement un lit. Je me heurtais à beaucoup de murs : ces endroits sont bondés de résidents. Françoise n'étant pas déjà connue d'une ressource, aux yeux des intervenants, elle avait le même statut que toutes les autres femmes itinérantes sur l'île de Montréal qui cherchent un lit. D'autre part, Françoise collaborait plus ou moins et elle refusait les lieux proposés. Par ailleurs, elle est débrouillarde et elle se dénichait des endroits où rester.

Nous lui avons proposé un appartement dans un OSBL qui offrait un environnement plus supervisé. Mais après quelques jours seulement, elle a demandé à résilier son bail, car elle ne se sentait pas en sécurité en ces lieux puisqu'il n'y avait pas d'intervenants présents la nuit. À la suite de cette deuxième expérience de logement, Françoise a dit ne plus souhaiter vivre en appartement.

Nous avons donc fait les démarches pour qu'elle soit admise à long terme dans une ressource d'hébergement. Pendant quelques mois, elle a été stable dans une ressource pour femmes. Elle se sent en sécurité dans un contexte où il n'y a que des femmes, où il y a une personne à l'entrée de l'immeuble et un couvre-feu. Dans un tel cadre, elle estime que son ex-conjoint ne peut pas s'immiscer. Elle pouvait enfin se reposer. Puis un événement impliquant des pompiers est survenu à la résidence et l'incident a de nouveau déclenché des peurs délirantes chez Françoise. Elle a cessé de dormir dans sa chambre, demandant constamment à dormir sur le lit d'urgence pour être plus près des intervenants. Depuis, elle n'est plus intéressée par le studio supervisé qui lui était offert par la ressource et pour lequel elle avait initialement montré de l'enthousiasme.

Retour sur le suivi

Françoise est peu en lien avec la réalité. Il est difficile de trouver des moyens efficaces pour l'accompagner à long terme vers un mieux-être. Le travail dans ce suivi va consister à faire de la prévention et à chercher des façons de faire des pas avec elle vers une plus grande stabilité.

Le suivi auprès de Françoise est difficile. Ce n'est pas tant qu'elle soit en crise, mais elle vit un mal-être qui perdure depuis longtemps. La maladie a pris le dessus. Alors, il faut travailler avec cette réalité. Il y a des hauts et des bas, mais elle est souvent envahie, elle n'a que de courts moments de stabilité. Parfois,

certaines personnes sont très délirantes, mais elles arrivent à vivre en appartement, le délire ne nuit pas à leur vie, à leur intégrité. On les laisse alors vivre avec leur folie. Mais dans le cas de Françoise, le délire nuit à sa capacité de prendre soin d'elle. Dans son cas, c'est souffrant. Je vais continuer de lui suggérer que sa peur la paralyse et l'empêche d'avancer. Malgré les divers hébergements qu'elle a essayés, elle ne se sent en sécurité nulle part.

J'ai fait beaucoup de démarches pour ouvrir des portes, faire du réseautage et tenter de l'arrimer à différents services. Je garde le lien avec elle. Il y a des pas qui se font. Françoise a fait preuve d'ouverture en se rendant à l'hôpital et en rencontrant un psychiatre. Si elle décide d'y retourner, la porte est ouverte. Si elle décide que ce n'est pas pour elle, je n'y peux rien. Nous offrons des possibilités, mais il appartient à la personne de les retenir ou non, bien que cela puisse susciter notre inquiétude.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

22. Guide pratique pour amorcer une discussion sur la consommation

« Ce qu'il faut cultiver, c'est une relation à l'autre, un point de vue sur les personnes au-delà de leur consommation. »

— RÉSUMÉ —

Dans l'approche du rétablissement, la dépendance est avant tout envisagée comme une stratégie qu'adopte une personne pour faire face à des traumatismes. Cette philosophie d'intervention étant relativement nouvelle, peu d'outils de travail s'inscrivent dans cette perspective. C'est pourquoi la spécialiste en dépendances de l'équipe SIM va élaborer un guide de discussion sur la dépendance dans lequel elle systématise l'approche de la réduction des méfaits en toxicomanie et identifie les principes généraux de son intervention. Il s'agit d'un guide d'entretien pour aider à la fois la personne et l'intervenant à mieux comprendre la dépendance et à travailler ensemble dans le sens d'une réduction des méfaits. Cet outil d'évaluation de la consommation permet, d'une part, de répondre aux exigences de l'institution en matière d'évaluation et, d'autre part, de formaliser une pratique à transmettre aux autres cliniciens de l'équipe

Oser un nouvel outil d'évaluation qui s'inscrit dans l'approche du rétablissement

L'équipe SIM est une équipe novatrice qui loge à l'enseigne d'une institution de santé qui a des règles de fonctionnement établies. Pour répondre à la fois aux exigences de l'institution et être fidèle à l'approche d'intervention du rétablissement qui caractérise le travail des cliniciens du SIM, la spécialiste en dépendances de l'équipe va élaborer, en collaboration avec le spécialiste en dépendance de l'institution, un nouvel outil d'évaluation de la toxicomanie.

En tant que cliniciens du CSSS, nous sommes tenus d'évaluer la consommation des personnes que nous desservons et un de mes rôles, en tant que spécialiste en dépendances, est de proposer l'usage d'outils de travail. Ce que nous avons en ce moment dans l'institution et dans différents milieux, ce sont des outils de dépistages fondés sur des entrevues structurées. Il s'agit essentiellement de grilles d'évaluation qui situent les personnes dans des catégories et qui ont pour résultat d'identifier une cote pour les diriger les personnes dans le réseau de la santé. Le dépistage permet aux experts en dépendances de déceler si une personne a un ensemble de problèmes liés à la consommation ou non : il arrive même que l'outil d'évaluation conduise l'expert à conclure que la personne n'a pas de problème de consommation, bien qu'elle soit venue cogner à leur porte parce qu'elle estimait avoir un problème de consommation!

Au sein de l'équipe SIM, nous avons la hantise de mettre les gens dans des catégories. C'est pourquoi, dans le cadre d'une approche du rétablissement axé sur les forces, je ne souhaitais pas employer les outils de dépistage actuellement utilisés au sein de notre institution, tels que l'indice de gravité de la toxicomanie (IGT). Qu'est-ce que la gravité d'une toxicomanie? Si une personne vomit après avoir consommé une bière, c'est grave. De mon point de vue, la consommation n'est pas objective : chaque

personne a sa dynamique, son hérédité. J'ai étudié différents outils, provenant tant des milieux anglophones que francophones, mais aucun n'était tout à fait fidèle à notre approche.

Nous avons décidé de développer un outil de travail sur la dépendance qui permettrait d'aller dans le sens du rétablissement et de la réduction des méfaits, tout en répondant aux exigences de l'institution. Au principe du rétablissement, il est envisagé que la consommation est d'abord une façon de faire face aux traumatismes. En rétablissement, le travail de l'intervenant consiste à accompagner les personnes dans leurs choix de vie et vise à ce qu'il y ait le moins de méfaits possible liés à ces choix. Ce que je propose, dans l'outil qui a été élaboré, c'est que l'évaluation de la consommation soit réalisée non pas par l'intervenant, mais par la personne elle-même. Il s'agit d'un guide de discussion qui vise à ce que la personne amorce une réflexion sur sa consommation, sa fonction, les impacts qu'elle a sur les différentes sphères de sa vie, et sur sa motivation à y apporter des changements.

J'ai travaillé le nouvel outil avec le spécialiste en dépendances du CSSS. Il m'a apporté une aide précieuse pour systématiser l'approche du rétablissement sur papier. Nous avons discuté longuement de la terminologie à employer. C'est souvent là qu'il y a de la friction avec l'institution. Nous nous entendions sur l'objectif principal de l'outil qui consiste à faire ressortir la fonction de la consommation dans la vie de la personne. Nous nous entendions également pour dire que le travail de l'intervenant est de « susciter l'ambivalence ». Mais nous ne nous entendions pas sur la façon de le faire. L'institution tient à ce que ce soit nous, les experts, qui évaluent la maladie mentale, l'usage des drogues, etc. Mais les intervenants de l'équipe SIM ont plutôt le mandat d'accompagner les personnes sur la route qu'elles souhaitent prendre. Par exemple, nous connaissons le diagnostic des personnes dans la mesure où elles veulent bien nous en parler. Nous ne nous situons pas dans un rôle d'expert. Cette façon d'entrer en relation avec les personnes fait réagir l'institution, ainsi que bien des partenaires.

Les trois grands volets du guide de discussion sur la dépendance

L'objectif du guide est de permettre aux personnes d'approfondir leur réflexion sur la consommation. Cela suppose d'abord de reconnaître l'importance que la personne soit disposée à parler de consommation. Fondé sur la technique d'entretien de l'entrevue motivationnelle, le guide se compose de deux documents : un guide de discussion et un manuel de l'intervenant. Le guide de discussion, qui se présente sous la forme d'un canevas d'entretien, se divise en trois volets : dresser le portrait de la consommation, explorer la motivation à agir sur la dépendance et mettre en relation la consommation et les autres sphères de la vie de la personne, dont celle de la santé mentale.

L'intention de l'outil de travail est que les personnes puissent amorcer la réflexion suivante : *en quoi la consommation m'est-elle utile? Que suis-je en train de gérer avec la consommation?* La consommation est une alliée. Elle aide les personnes à traverser des épreuves difficiles. Certaines personnes n'ont pas été outillées pour faire face aux traumatismes qu'elles ont vécus; parfois elles n'ont pas eu un entourage qui les soutienne. La consommation est une arme de destruction massive : elle détruit bien des choses au passage, y compris la personne elle-même, mais elle permet de passer au travers. Puis, à un moment donné, cette stratégie de protection cesse de fonctionner.

Le guide de discussion vise trois objectifs : (1) dresser le portrait actuel de la consommation de la personne; (2) amorcer une réflexion sur la fonction de la consommation dans sa vie, et (3) utiliser le contexte de l'entretien comme levier pour susciter chez la personne une ambivalence à l'égard de sa dépendance.

L'entretien motivationnel est à la base de cet outil de travail. Pour utiliser le guide, il faut maîtriser cette technique d'entrevue qui consiste à laisser la personne parler de sa propre expérience sans induire de réponse.

Au départ de toute intervention en dépendance, il importe de demander à la personne si elle est d'accord pour parler de sa consommation. Inutile de faire un entretien motivationnel si l'utilisateur et l'intervenant n'ont pas l'objectif commun de parler de consommation : « *Est-ce que tu consommes? Est-ce que tu accepterais qu'on en parle?* » Si la personne refuse, « *OK, on en reste là.* » Si elle accepte, « *Merci beaucoup.* » Quand la personne s'engage, il y a une porte qui s'ouvre et nous sommes au même endroit.

J'ai passé beaucoup de temps à la « mise en bouche » de l'outil, car il est très important que les personnes sachent que cette évaluation n'a pas pour objectif de les catégoriser. Cet outil sert à dresser un portrait de la consommation actuelle, afin que nous puissions mieux travailler avec la personne et à aller vers une réduction des méfaits.

Pour instaurer un climat propice à l'exploration de l'expérience de consommation, l'intervenant doit se montrer ouvert à parler des substances et de leurs effets. Il faut notamment s'intéresser aux effets positifs de la consommation, car ils expliquent en partie les résistances au changement. Il faut aussi reconnaître les conséquences d'un usage inapproprié des substances. La sensibilisation aux conséquences négatives est importante pour créer un déséquilibre émotionnel et prédisposer au changement.

L'intervenant doit adapter ses interventions au stade de changement où se situe la personne, selon qu'il s'agit d'initier ou de soutenir le processus de changement. Le contexte de l'entretien devrait conduire à renforcer le lien de confiance et l'alliance thérapeutique, en amenant la personne à mieux comprendre ce qui lui arrive et à croire davantage en ses capacités, notamment parce que l'intervenant s'exerce à explorer les ressources de la personne et à lui démontrer sincèrement qu'il croit en ses capacités.

Dresser un portrait de la consommation

En premier lieu, l'outil permet de dresser un portrait de la consommation. « *Que consommes-tu? Combien de fois par semaine?* » J'aime utiliser un calendrier pour rendre ce portrait concret. Je commence au début du mois : « *De la réception du chèque à aujourd'hui, à quoi a ressemblé ta consommation?* » Le calendrier permet de réaliser : « *Dans les dernières semaines, j'ai fumé du crack, j'ai*

fumé du pot, j'ai pris de l'alcool, j'ai pris deux speed (méthamphétamine) pour me remonter de ça. Je n'avais pas réalisé! » Il est rare que les personnes parlent de leur consommation de cette façon-là.

En dressant un portrait de la consommation des personnes, nous voulons aussi identifier un indice de dangerosité potentielle liée à la consommation, en évaluant la fréquence et le type de consommation. Nous avons des responsabilités en tant que spécialistes et nous devons faire de l'éducation auprès des participants au sujet des risques de surconsommation, mais aussi des risques de sevrage. La plupart des gens ne savent pas que l'alcool est la substance la plus dangereuse lors d'un sevrage. Tout le monde en boit, les terrasses sont ouvertes, il y a de la publicité partout; mais si une personne boit douze consommations par jour, sept jours sur sept, sa vie est en danger si elle cesse de consommer du jour au lendemain. Si le participant dit : « *Je veux cesser de consommer demain matin* », il faut être responsable et lui dire : « *ta motivation est là, c'est intéressant que tu souhaites arrêter maintenant, mais c'est dangereux.* »

Sans en faire toute une histoire, puisque l'intention est de dresser un portrait, il y a aussi un aspect médical dont il faut tenir compte : si la personne, par exemple, fait du diabète, de l'hypertension, etc. Il y a un indice indiquant qu'il faut voir une infirmière. Dans le manuel de l'intervenant qui accompagne le guide de discussion, il y a une échelle pour évaluer s'il y a un danger d'arrêter brusquement la consommation, en supposant que ce soit ce que la personne désire. Dans ce manuel sont aussi indiqués les médicaments qui créent une dépendance lorsqu'ils sont combinés à l'alcool. C'est la partie la plus rationnelle de l'évaluation. Nous commençons l'entretien avec cela.

Susciter un discours-changement

Dans une deuxième section, nous abordons la motivation de la personne à changer ses habitudes de consommation. Que la personne se dise motivée ou non, nous poursuivons le questionnaire : j'ai confiance qu'il ressortira de cet exercice une réflexion ou au moins une conversation intéressante au sujet de la consommation.

Nous regardons d'abord quelles sont les démarches que la personne a entreprises dans le passé. « *As-tu déjà pensé modifier, diminuer ou arrêter ta consommation?* »

- Oui, j'ai déjà fait quatre cures de désintoxication.
- Wow! Qu'est-ce qui fonctionne pour toi là-dedans? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné dans ces démarches-là?

À la suite de cette question, nous proposons une échelle de motivation. « *De 0 à 10 — 10 étant : je suis motivé, j'arrête maintenant et rien ne va m'arrêter; 0 étant : j'adore consommer ça fait partie de ma vie, je ne vais jamais rien changer à cela — où te situerais-tu?* » Il s'agit de favoriser un discours-changement : que la personne en vienne à se dire que s'il y a un changement à faire, le changement viendra d'elle-même.

Nous concluons cette section en demandant : « *quelle est ta source de revenus?* » C'est une question ouverte, une question d'entrevue motivationnelle. Nous visons toujours à susciter l'ambivalence.

- Tu reçois 530 \$, est-ce que c'est suffisant pour payer toute cette consommation-là?
 - Non je me prostitue.
- Ah, OK, pour toi il est clair que tu fais de la prostitution et des vols pour payer ta consommation ou si ce n'est pas si clair que ça?
 - Ben, oui, je ne l'avais jamais vu comme ça, mais c'est clair pour moi.

Cette question permet d'amorcer une réflexion du type : *regarde là où la consommation te mène*. Cela va de soi qu'il faut une source de revenus pour consommer, mais les personnes n'y pensent pas toujours en ces termes-là. Par ailleurs, parfois cela est tout à fait clair pour la personne et nous n'avons pas besoin de poser la question.

Explorer l'impact de la consommation et les ressources de la personne

Dans le dernier bloc, nous discutons plus spécifiquement de l'impact de la consommation et des ressources qui sont à la disposition de la personne pour apporter des changements dans sa vie. Il s'agit d'ouvrir des portes, sans insister. Nous ne souhaitons pas proposer des solutions, nous souhaitons que la personne trouve les siennes propres. Nous visons à lui permettre d'explorer ses propres ressources intérieures, à favoriser son autonomie, à susciter l'espoir qu'elle a ce qu'il faut pour s'en sortir : en ce moment elle ne choisit pas cette voie, mais elle en est capable, ce n'est pas une question d'inaptitude.

Ensuite, nous passons à ce que nous appelons la « balance décisionnelle ». C'est la chose la plus simple en dépendance, mais tout le monde s'entend sur sa pertinence. Quels sont les avantages et les inconvénients liés à la consommation dans les différentes sphères de vie de la personne? Nous explorons trois dimensions : les symptômes de la maladie mentale (anxiété, dépression, etc.), le traitement (rendez-vous toxico, suivis médicaux, médication, etc.) et l'organisation de la vie (hygiène, alimentation, etc.). Sur le guide de discussion, il y a une page avec trois tableaux vides qui sont divisés en deux : une colonne pour indiquer les relations positives et une colonne pour indiquer les relations négatives. Nous voulons que les avantages de la consommation soient également mis en évidence. Dans le manuel de l'intervenant sont inscrites les trois grandes sphères de vie sur lesquelles réfléchir. Il est libre d'avoir une conversation avec le participant et de venir ensuite placer les réponses dans le tableau. À cette étape-ci, nous commençons à dresser un portrait du mécanisme de la consommation. Nous regardons quels sont les avantages et les inconvénients ainsi que la fonction de la consommation dans les différentes facettes de leur vie.

J'ai introduit ces trois tableaux pour répondre aux exigences du CSSS : l'institution veut que les cliniciens fassent ressortir les grandes sphères de la vie des personnes et que nous explorions avec elles si la consommation a un impact sur elles. Selon les critères de l'institution, il fallait que cet outil d'évaluation de la toxicomanie soit un outil intégré, c'est-à-dire qu'il ne présente pas la consommation en silo, mais qu'il mette en évidence les liens entre la consommation et les autres dimensions de la vie de la personne

et notamment, avec la santé mentale et/ou la sphère juridique. En fin de questionnaire, nous voulons permettre de faire des ponts.

- Tu dis que tu consommes pour faire ton ménage?
 - Oui
- Qu'est-ce qui est difficile pour toi dans le fait de faire le ménage?
 - Il y en a trop et je ne sais pas par où commencer.
- Tu te sens dépassée.
 - Oui.
- À quoi te sert le speed pour le ménage?
 - À avoir du courage.
- Est-ce que ça fonctionne?
 - Non, j'en prends une, puis une deuxième. Après quatre speed, j'étouffe et je dois sortir de la maison.
- Si je comprends bien, tu prends du speed pour faire le ménage et finalement, tu n'y arrives pas.
 - C'est ça.

Il y a beaucoup de personnes qui pratiquent l'automédication avec la consommation. Nous demandons : « *As-tu déjà pensé consulter pour ces symptômes-là?* » Sans insister, nous pouvons demander à la personne si elle consentirait que nous lui fournissions de l'information à ce sujet. Et si nous sentons une disposition favorable, nous pouvons l'informer qu'il y a un psychiatre dans l'équipe.

L'outil prend la forme d'un entretien motivationnel et la discussion aura remué des choses que la personne n'avait jamais vraiment regardées auparavant. Pour clore l'entretien, nous lui demandons : « *Quels sont les avantages de ta consommation?* » Au cours de la discussion, les personnes peuvent se rendre compte qu'il y a des avantages, et pas seulement des inconvénients, à la consommation. Et, vice-versa, qu'il n'y a pas seulement des avantages. Enfin, nous demandons : « *À quoi ça sert la consommation dans ta vie?* » Cette dernière question permet à la personne de faire une synthèse de tout ce qui aura été discuté. Parfois la personne dira : « *Ça ne sert à rien.* » Il est bien important de ne rien dire à ce moment-là et de laisser la personne à sa réflexion. Il faut s'arrêter au bon moment et ne rien ajouter, ne pas tenter de reconforter.

En terminant la discussion, il est primordial de reconnaître qui a été la personne dans son processus de consommation et de faire ressortir ses forces. « *Dans tout ce que tu viens de me raconter, toutes les démarches que tu as entreprises, je vois que tu es quelqu'un de très persévérant. Tu as été très courageux de vivre dans la rue. Tu es un survivant.* » Nous devons contribuer à ce que la personne reparte avec une force intérieure qu'elle ne se connaissait peut-être pas. Il importe qu'elle ne se sente pas seulement diminuée d'avoir été cette personne-là, mais qu'elle puisse voir qu'à l'intérieur du processus, peu importe le résultat aujourd'hui, elle a des qualités et des forces qui lui serviront pour la suite.

Entrer en lien autrement et aller vers la réduction des méfaits

Dans le cadre de cet outil d'évaluation, nous ne demandons jamais aux personnes : « *Trouves-tu que ta consommation est problématique?* » Nous ne demandons jamais si elle souhaite de l'aide pour sa consommation. Nous ne cherchons pas à dépister un problème de dépendance. Nous ne cotons pas les personnes, elles ne sortent pas de là avec un indice de gravité : c'est ma plus grande fierté.

Il n'y a rien de menaçant pour les personnes dans cet outil. L'évaluation peut se faire en une rencontre. C'est tout de même assez léger. L'intention est avant tout de semer la graine d'une réflexion. En savons-nous plus à la fin de cette discussion? Oui, nous avons une idée du mécanisme qui est sous-jacent à la consommation. Les personnes sortent de cette discussion avec une belle réflexion et l'intervenant s'outille de beaucoup d'éléments pour faire un plan de réduction des méfaits. Par exemple, Manuel attendait dans la salle d'attente et il ne semblait pas bien se porter. « *Manuel, es-tu heureux?* »

- Non
- Sur 10, tu es heureux combien?
 - 3
- Pourquoi pas 7?
 - Parce que j'ai faim et j'ai consommé mon argent.
- Et si tu avais mangé?
 - J'aurais moins consommé.

La voilà, notre réduction des méfaits : si nous souhaitons aider Manuel à consommer moins, il doit manger. Comment ferons-nous? Je ne le sais pas encore, mais cela nous fournit une orientation d'intervention. La consommation est d'abord un symptôme pour intervenir, elle parle d'autres problèmes. Lorsqu'une personne tousse, c'est ce que nous entendons, c'est ce qui dérange, mais ce n'est pas nécessairement là que réside le problème.

Transmettre une pratique

La spécialiste en dépendances a trouvé, à travers l'élaboration de cet outil de travail, une façon particulièrement intéressante de transmettre une pratique aux autres intervenants de l'équipe SIM composée de cliniciens issus de diverses disciplines.

Dans l'intervention il y a une grande part d'intuition. J'y vais souvent à tâtons et parfois ça ne fonctionne pas du tout. Au départ, je ne trouvais pas simple d'expliquer les principes d'intervention sur lesquels je me base lors des discussions cliniques en équipe. Avec ce guide de discussion, toute l'équipe pourra désormais faire de l'évaluation en dépendance. Ultimement, cet outil nous permettra, comme intervenant, d'identifier des pistes d'interventions et d'établir un plan de réduction des méfaits avec la personne.

L'outil de travail a été présenté à l'équipe et tous les intervenants peuvent l'utiliser. Il n'est pas nécessaire d'être spécialiste en dépendances. Ce qu'il faut maîtriser, par contre, ce sont les principes de l'entrevue motivationnelle. J'ai insisté, dans le manuel de l'intervenant, sur la manière d'aborder les gens, en demandant toujours l'autorisation de parler de quelque chose, car c'est l'amorce de l'entretien

motivationnel. J’ai également indiqué l’importance de relever les forces de la personne en conclusion de l’entretien. Ce qu’il faut cultiver, c’est une relation à l’autre, un point de vue sur les personnes au-delà de leur consommation.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

23. L'usage du récit personnel et du cahier du rétablissement dans l'intervention

« À travers ces outils cliniques, j'ai pu apprendre à connaître les gens et avoir des éléments concrets pour les aider à reconnaître leurs qualités et leurs aptitudes. »

— RÉSUMÉ —

Les cliniciens du projet Chez soi travaillent avec des gens ayant des problèmes de santé mentale, sans par ailleurs se fonder sur les symptômes de la maladie pour définir ces personnes. Que faire du DSM-IV – la référence courante employée par les professionnels et les médecins pour diagnostiquer des troubles mentaux — sans en faire une bible? Une intervenante raconte ici comment le « récit personnel » et le « cahier du rétablissement » sont des outils qui peuvent être utilisés dans l'intervention pour avoir accès autrement aux personnes, pour mieux connaître les symptômes de la maladie mentale et établir avec elles des plans de crise, tout en gardant de ces personnes un portrait global de leurs forces et de leurs parcours de vie. Dans ce récit, une intervenante relate le suivi auprès de deux hommes qui ont accepté de faire leur récit personnel dès leur entrée au projet Chez soi, et comment cet exercice permettra de cibler les apprentissages à faire, d'accompagner une appropriation de leur santé mentale et d'aller vers une stabilisation en logement. Le récit personnel et le cahier du rétablissement s'avèrent notamment utiles pour clarifier les objectifs de la relation thérapeutique, ainsi que les rôles et responsabilités de l'intervenant et du participant.

Atterrir dans l'univers de la santé mentale

L'intervenante accorde une importance particulière à la façon de présenter aux personnes en début de suivi « le récit personnel », qui vise l'écriture de la biographie de la personne, et le « cahier du rétablissement », composé de divers exercices pratiques permettant de mettre de l'avant le potentiel et les qualités des personnes. Ces outils agiront comme balises dans l'intervention, à la fois pour l'intervenante et pour la personne au cœur du suivi, afin de s'inscrire dans une relation d'intervention mettant de l'avant les forces et les rêves des personnes.

Au départ, nous parlons aux personnes du rétablissement et elles ne comprennent pas tout à fait ce dont il s'agit; c'est au fil du temps qu'elles saisissent ce que nous entendons par « travailler avec les forces ». Nous ne voyons pas la personne à travers la maladie, nous ne sommes pas des infirmiers ou des psychiatres. Cependant, il ne s'agit pas non plus de faire fi de la réalité de la population que nous desservons : il est important de bien connaître les symptômes de la maladie mentale pour bien intervenir. Cela donne une couleur à l'intervention, mais nous avons le souci de ne pas réduire la personne à un diagnostic qui, par ailleurs, n'est pas toujours connu parce que nous ne faisons pas systématiquement venir les dossiers médicaux.

Lorsqu'on leur demande de dire des choses positives à leur sujet, leurs bons coups, leurs forces, souvent les personnes n'arrivent pas à en identifier. Elles sont dans l'ici et le maintenant, elles ne savent pas quels sont leurs rêves. Le récit personnel et le cahier du rétablissement permettent aux personnes de se voir autrement, d'avoir un regard plus constructif, plus positif sur elles-mêmes. Ça leur demande de prendre du recul, de faire le point.

L'écriture du récit personnel est une façon privilégiée d'ouvrir la porte à une discussion sur la santé mentale, sans insister, en laissant la personne en parler en ses propres termes. Il s'agit de s'intéresser aux événements importants dans la vie de la personne, de son propre point de vue. J'invite les personnes à raconter les différents tournants de leurs vies, bons ou mauvais, les choses heureuses ou malheureuses qui leur sont arrivées. Elles peuvent commencer la narration de leur histoire à n'importe quel moment. Le récit personnel permet d'inviter la personne à se raconter d'une manière qui peut être perçue comme moins intrusive. Il est notamment utile de s'intéresser aux liens que fait la personne entre sa réalité actuelle et son histoire. Et de l'aider à faire des liens. « Quel est ton parcours de vie? Quel sens donnes-tu à ce que tu as vécu jusqu'à maintenant? Comment ton histoire de vie t'a-t-elle influencée? »

Beaucoup de choses peuvent découler du récit personnel, dont le travail autour de l'appropriation de la santé mentale, lorsque les personnes sont intéressées à s'y mettre dès le début d'un suivi. Tout est dans la manière de proposer le récit personnel. Il faut montrer en quoi ça leur servira : ensemble, nous allons identifier les forces dont témoignent leurs expériences et explorer les façons dont ces forces peuvent à nouveau être utilisées dans le contexte de l'appartenance. « *Tu étais dans la rue, tu t'en es sorti, wow! Comment as-tu fait? Avec toutes les forces auxquelles tu as eu recours, nous allons pouvoir atteindre d'autres objectifs.* » J'ai eu la chance que quelques participants fassent leur récit personnel avec moi pour en constater l'impact dans leur vie et sur le cours du suivi.

Le cahier du rétablissement est particulièrement utile pour structurer l'espace des rencontres et pour se permettre de rester dans une approche par les forces. Ce sont divers exercices, divisés par chapitres, qui visent à ce que la personne reprenne du pouvoir sur sa vie et se mette en marche vers la réalisation de ses rêves. Ces exercices visent à ce que les personnes reprennent courage et espoir à l'égard d'un mieux-être, alors que les personnes craignent souvent de faire à nouveau face à l'échec.

ROBERT : Le récit personnel pour donner du contenu aux rencontres

Lorsqu'il arrive au projet Chez soi, on sait que Robert a vécu plusieurs épisodes délirants qui ont occasionné des hospitalisations. Il a également eu diverses expériences antérieures de logement qui se sont soldées par des expulsions. Les outils que sont le récit personnel et le cahier du rétablissement permettront à l'intervenante de structurer les temps de rencontre et de proposer une direction aux discussions, d'où émergeront de nombreuses informations pour cibler des apprentissages à accompagner.

Au début du suivi avec Robert, il y avait beaucoup de démarches à faire : cartes d'identité, permis de conduire, etc. Lors de chaque rencontre, nous mettions en commun les tâches que Robert avait

accomplies dans la semaine et celles qui m'avaient été attribuées. C'est encore ainsi aujourd'hui. J'arrive chez lui, il a son agenda du rétablissement, ses nouvelles feuilles de récit personnel, ses feuilles sur le rétablissement. Il est à sa table, il m'attend. Cela donne du contenu à nos rencontres.

Robert a immédiatement été interpellé par la démarche du récit personnel. J'avais peu de participants à ce moment-là, alors j'ai eu du temps à lui consacrer. À l'heure actuelle, il a écrit 78 pages! Au départ, il ne parlait que de Dieu et des extraterrestres et c'était important pour lui, alors nous l'inscrivions dans son récit personnel. Son écriture était difficile à lire, il fallait recopier, retourner le voir pour tel ou tel mot. Je lui ai fait remarquer que quand il me parle de lui, je comprends, mais quand il me parle de Dieu, il y a des mots que je ne comprends pas, ce n'est pas la même écriture. Après une année à écrire petit à petit son récit personnel, il est plus ouvert à associer la maladie et un certain discours sur Dieu. Je vois aussi que dans l'écriture de son récit personnel, le vocabulaire change, de nouveaux mots qui apparaissent, certaines forces; c'est plus positif.

À partir du récit de Robert, nous avons pu mettre en valeur ses forces. Nous en avons identifié une page et demie! Cette liste de forces, je l'ai écrite au « je » et je lui en ai offert une copie. *« Je suis un fonceur, je m'adapte facilement, je suis débrouillard, travaillant, ponctuel, capable d'arrêter de boire, sociable, un bon mécanicien, un bon pilote, mes enfants sont une force. Je me suis sorti de plusieurs peines d'amour, j'ai des rêves. Je suis persévérant, courageux, indépendant maintenant. La maladie n'est plus un obstacle pour moi, j'ai une bonne mémoire. Je suis franc, à l'écoute, j'ai confiance en moi et en l'avenir. »* Quand je la lui ai fait lire, il était ravi.

Ce que j'apprends dans le récit personnel me sert dans l'intervention pour faire de la prévention. Son récit de vie nous a permis d'identifier des patterns. J'ai notamment appris que Robert avait perdu tous ses logements parce qu'il invitait des gens de la rue et que ça lui causait divers problèmes. Alors, quand il est emménagé, nous avons cherché des façons d'éviter un certain nombre de problèmes qu'il avait connus auparavant. Et il les applique. Par exemple, il a reçu des plaintes de la concierge parce qu'il y avait trop de gens chez lui et qu'il y avait beaucoup du bruit, et à un moment donné, il a dit à la personne la plus bruyante de ne plus revenir chez lui.

Robert m'avait aussi raconté qu'il avait été hospitalisé avant d'arriver au projet Chez soi, car il avait vu des extraterrestres. À cette occasion, il était parti en voyage à Québec sans médicaments. Alors, lorsqu'il a voulu y retourner, nous avons préparé son voyage : si la dernière fois, il était parti à pied, cette fois-ci, nous sommes allés voir les horaires d'autobus. Et il a prévu la quantité nécessaire de médicaments. Mon travail consiste à lui demander : *« Comment peut-on faire autrement? »* Souvent, les personnes trouvent leurs propres solutions.

Contribuer à construire des ponts

Le travail auprès de Robert pour l'aider à identifier ses forces permettra de faire des pas vers une appropriation de sa santé mentale et de la prise de médicaments. L'intervenante agira comme soutien dans la préparation des rencontres avec le psychiatre, l'y accompagnant notamment à quelques reprises.

La direction claire prise dans l'intervention dans le cadre d'une approche du rétablissement permettra aussi de faire des pas avec les acteurs autour de Robert, dont son psychiatre.

Lorsque Robert est entré au projet Chez soi, il fut difficile de lui trouver un psychiatre. Celui qui l'avait suivi pendant vingt ans dans un hôpital psychiatrique spécialisé en psychiatrie légale ne voulait plus le suivre étant donné qu'il n'était plus en prison, qu'il n'y avait plus de charges ni de mandats d'arrêt contre lui. L'hôpital de Robert disait que le dernier psychiatre qui avait vu la personne lors d'une hospitalisation en avait légalement la charge. Or, ce dernier ne voulait pas le prendre : on me faisait appeler à l'hôpital, puis à la consultation externe, la secrétaire ne savait rien, elle me renvoyait à gauche à droite. Cela a duré un mois. Puis, l'infirmier de Robert a fait bouger les choses. Le psychiatre de l'hôpital psychiatrique a finalement accepté de reprendre le suivi. Robert ne voulait pas aller le voir. Robert disait souvent : « *je ne veux pas le voir, il se prend pour mon père.* » Il est vrai que le psychiatre n'était pas très ouvert et qu'il connaissait Robert dans ses errances des vingt dernières années. Selon lui, il ferait toujours fausse route. Il s'agit d'un psychiatre qui considère mieux savoir ce qui est bon pour le patient que le patient lui-même. C'est ce même psychiatre qui m'avait dit au début du suivi de ne pas « le mettre en appartement », parce que ça ne fonctionnerait pas. Il avait peu d'espoir qu'une personne puisse changer.

Il y a eu une première rencontre avec Robert, l'infirmier, le psychiatre et moi. Au début de la rencontre, le psychiatre me parlait comme si Robert n'était pas là. Puis, il a vu que je n'étais pas à l'aise : il me questionnait et je lui répondais : « *demandez-lui, il est là* ». J'ai expliqué au psychiatre l'approche d'intervention par les forces, comment nous comptions travailler avec lui. J'ai accompagné Robert à quelques rencontres chez son psychiatre. Les premières fois, il y allait à reculons. Je lui ai dit, « *il s'y prend mal ton psychiatre, mais ce qu'il veut c'est ton bien. Il pense qu'il le sait plus que toi. Ce n'est pas correct, mais on ne le changera pas!* » Ça l'a rendu plus tolérant. Avant, lorsque nous parlions du psychiatre, Robert se braquait. Aujourd'hui, il a un petit sourire en coin lorsque nous en parlons. Il y a une complicité entre nous autour de cela.

À un moment donné, Robert a cessé de prendre un médicament sans le dire et il a vu les effets néfastes que cet arrêt avait produits. Il a donc recommencé à prendre ses médicaments, puis il en a parlé au psychiatre. Jamais il ne lui aurait dit cela auparavant, car il avait peur de lui. C'était une victoire pour lui d'avoir osé dire qu'il avait diminué la dose de son médicament. Le médecin a dû convenir que Robert allait beaucoup mieux. Dernièrement, il lui a dit qu'il avait beaucoup changé et qu'il ne l'avait jamais vu aussi bien.

PAUL : Quelques pages suffisent parfois

Paul a une cinquantaine d'années. Il y a au départ très peu d'éléments dans son récit personnel, mais il y en a suffisamment pour nourrir la discussion et que pour l'intervenante ait certaines informations sur sa maladie mentale, ce qui lui permettra d'en reconnaître rapidement les symptômes lorsqu'ils apparaîtront.

Lorsque nous avons commencé l'écriture du récit personnel avec Paul, il y avait huit points, même pas des phrases, qui tenaient sur le quart d'une page. Il parlait très peu de lui. Il ne parlait jamais d'émotions en racontant les moments marquants de sa vie. Cela dit, les huit points qu'il a écrits expriment des choses importantes pour lui. Le récit personnel me permet de savoir qui est la personne devant moi.

Il a écrit ses huit points. Ensuite, nous les avons explorés ensemble, nous les avons décortiqués. Lui avait mis un mot ou deux et moi j'allais chercher des phrases. À la fin, nous avons obtenu quatre pages. Ce sont peu de pages, mais ça fonctionne néanmoins comme outil d'intervention. En faisant le récit personnel avec lui, j'ai appris que sa maladie s'exprime par des malaises physiques : Paul pense qu'il va mourir du cœur, il a fait de nombreux séjours dans plusieurs hôpitaux à cause de cela. Il me l'a raconté à travers l'exercice d'écriture de son récit.

À son entrée au projet, il était très important pour Paul d'avoir son appartement. Il avait vécu dans des centres jeunesse, en prison, en maison de chambres, mais il n'avait jamais eu de logement, jamais possédé de meubles. Pendant longtemps, tous les mois, il prêtait sur gage son téléviseur, puis il allait le reprendre. Il m'appelait pour me le dire et en début de mois, nous sommes allés le reprendre plusieurs fois. En apprenant qu'il n'avait jamais eu de logement auparavant, je lui ai proposé de l'aide pour l'entretien de son appartement afin de faire avec lui certains travaux ménagers qu'il n'avait jamais effectués. J'ai également appris qu'il avait été champion de ping-pong et de quilles lorsqu'il séjournait à l'hôpital. J'en ai profité pour l'inviter à jouer au quilles lors d'une activité d'équipe.

Au fil des mois, un bon lien s'était établi entre nous. L'argent est très anxiogène pour Paul : il y pense du matin au soir. Il m'appelle régulièrement pour me parler de son budget. Lorsqu'il reçoit un chèque ou un compte, il m'appelle. Nous avons beaucoup travaillé le budget, nous en avons fait plus d'une vingtaine, mais ça demeure très anxiogène pour lui. Je lui ai ensuite apporté des cahiers sur le rétablissement et j'ai remarqué que pendant qu'il les remplissait, il ne pensait plus à l'argent et son anxiété diminuait.

Accepter que la maladie prenne momentanément toute la place

À travers le récit personnel, l'intervenante aura eu accès aux symptômes de la maladie mentale de Paul et elle sera mieux à même de l'accompagner pendant les quelques mois que durera la crise. Il s'agira par la suite d'identifier les gains réalisés à travers les crises et d'en prendre note pour la suite.

À une certaine époque, l'appartement au-dessus de chez Paul a été occupé par des squatteurs, ce qui occasionnait beaucoup de bruit. Il semble que ce fût un déclencheur de sa maladie. À la même époque où les voisins faisaient du vacarme, il s'est mis à dire que des chercheurs voulaient le rendre fou pour l'envoyer à l'hôpital et faire des recherches sur son corps. Étant donné que nous faisons partie d'un projet de recherche et d'intervention, je faisais moi-même partie du complot. Il possédait chez lui de gros volumes sur la médecine qui entretenaient son délire sur des maladies physiques. Paul s'est complètement refermé, il ne voulait plus que j'aille chez lui. Il croyait qu'il y avait un complot contre lui, qu'il était surveillé à l'aide de caméras cachées dans son logement. Il disait que son appartement était comme une cellule de prison, en un peu plus grand. Ses voix étaient très envahissantes. Il ne sortait plus

de chez lui, par crainte de représailles de la part des policiers et des ambulanciers. J'ai essayé d'aborder la maladie, mais il ne voulait pas en parler au médecin : ça le confirmait dans ses craintes que nous voulions faire des tests sur lui. Je n'avais pas de levier pour intervenir, car nous faisons tous partie du complot.

Je lui ai proposé des moyens de diminuer ses voix, mais ça ne fonctionnait pas. J'essayais de lui présenter des méthodes, mais je n'ai jamais pu achever une discussion. Il était fâché et il était démuni, car il n'avait plus de pouvoir sur sa vie. Ses voix, celles qu'il associait à la recherche, lui disaient quand et quoi manger, quand se laver, elles lui disaient de ne pas fumer. Ses voix régissaient tout son quotidien. Les voix lui ont dit de quitter son logement et il a vendu son téléviseur et ses divans. C'était triste. Il me disait que tout ce qu'il avait dans la vie, c'était de fumer et c'était moi, et désormais, ses voix l'empêchaient de fumer et que moi, je faisais aussi partie du complot. Il n'avait donc plus de pouvoir sur sa vie. Il disait préférer mourir. Je n'avais aucun moyen de lui apporter du réconfort. J'ai essayé différents outils, différentes stratégies, mais j'étais impuissante devant sa maladie. Paul était très anxieux, il disait souhaiter retrouver sa vie d'avant, quand il avait des meubles et qu'il pouvait fumer. Il ne me restait plus qu'à l'accompagner dans sa souffrance.

J'ai espacé les rencontres, je l'ai respecté dans son désir d'être seul. Après quelques semaines, il m'a rappelée et a accepté progressivement de me revoir. Je lui disais : « *si nous avons rendez-vous et que ça ne te tente pas cette journée-là, tu m'appelles et je n'irai pas.* » De semaine en semaine, il a commencé à s'ouvrir un peu, je le sentais moins méfiant. Il disait encore qu'il était surveillé, mais il m'associait un peu moins au complot. Les voix ont diminué, la crise s'est tranquillement résorbée. Elle a duré seulement quatre mois, alors que Paul a déjà séjourné trois ans à l'hôpital psychiatrique pour la même raison. Pour moi, c'est une réussite : il n'y a pas eu d'hospitalisation. Des moyens, je vais essayer de lui en apporter plus tard. J'y vais à son rythme. J'essaie d'apporter de l'information. Nous avons fait un plan de crise au début du suivi que nous mettrons à jour. Nous avons gardé un lien. On avance, on recule, on avance, on avance.

Peu à peu, il a remeublé son logement, il a trouvé une bibliothèque et deux autres divans dans la rue. Il est déçu de ne plus avoir les mêmes meubles, mais il en a trouvé d'autres. De plus, il s'est acheté un téléviseur trop lourd pour aller le prêter sur gage! Tranquillement, il parvient à avoir de la nourriture jusqu'à la fin du mois. Il y a des apprentissages et des expériences à travers tout ça.

Des outils pour identifier les forces

À travers ces outils cliniques, j'ai pu apprendre à connaître les gens et avoir des éléments concrets pour les aider à reconnaître leurs qualités et leurs aptitudes. C'est une façon d'apporter du contenu aux rencontres, sans que ce soit menaçant. Je trouve ces outils particulièrement utiles dans le travail auprès des personnes qui ont peu d'autocritique. Si le cahier du rétablissement permet d'aller chercher les forces actuelles de la personne, le récit personnel va explorer les forces du passé. On y voit des récurrences dans le parcours des personnes, cela me permet de faire un certain travail de prévention pour la stabilité en logement et les symptômes de la maladie mentale.

On arrive ainsi à faire des pas avec les personnes et les professionnels de la santé pour briser certains cercles vicieux, pour accompagner vers une meilleure appropriation par les personnes de leur santé mentale, pour réduire le nombre et la durée des hospitalisations.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

24. Communiquer dans un univers en mouvement : L'organisation du travail d'une équipe interdisciplinaire

« On n'arrête pas les services, ni les soins, ni la communication. J'ai la chance d'avoir toutes ces personnes autour de moi qui ont leurs propres expertises. On a toujours un coup d'avance. »

— RÉSUMÉ —

L'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet Chez soi vise à prendre en charge l'ensemble de l'accompagnement de personnes en situation d'itinérance et qui souffrent d'un trouble grave de santé mentale. Pour ce faire, cette équipe réunit une diversité de professionnels: travailleurs sociaux, infirmiers, pairs aidants, psychiatres, spécialistes en toxicomanie, criminologues et psychoéducateurs. Le mandat du SIM pose des défis particuliers en matière de communication et d'organisation du travail, dans un contexte où les intervenants sont constamment dans l'évaluation des risques et que l'étendue des besoins auxquels il faut répondre ne peut s'inscrire dans des pratiques uniformisées. Dans ce récit, la chef d'équipe relate comment s'organise la communication et se partage le travail entre les professionnels de l'équipe: la répartition des interventions à faire au quotidien, l'adaptation des différents outils de communication à la réalité d'une équipe de suivi intensif en itinérance, l'organisation d'un espace commun de travail et le croisement des expertises des divers professionnels. Elle conclut en mettant en relief les défis et la richesse d'une équipe interdisciplinaire.

Une équipe SIM – itinérance

L'équipe SIM du projet Chez soi est la première équipe de suivi intensif à Montréal qui est spécifiquement destinée aux personnes en situation d'itinérance et souffrant de troubles graves de santé mentale (schizophrénie, troubles affectifs bipolaires, dépression et trouble sévère de la personnalité). Certaines de ces personnes ont longtemps été à la marge des services sociaux et de santé. L'équipe s'adresse à une population hétéroclite, composée de personnes aux trajectoires et aux difficultés nombreuses et variées, ce qui pose des défis particuliers pour offrir une intensité de suivi dans le milieu et organiser le travail entre les divers professionnels. La chef d'équipe compare ici la population desservie au projet Chez soi par rapport aux usagers des équipes de suivi intensif en milieu hospitalier.

En comparaison de la clientèle des SIM hospitaliers, les personnes que nous desservons au projet Chez soi ont souvent une santé mentale moins stable, car elles nous arrivent directement de la rue, sans avoir fait un séjour préalable à l'hôpital : elles sont souvent sans diagnostic, peu ont une médication et certaines ne sont même pas connues des hôpitaux. La majorité se compose de consommateurs actifs. Plusieurs sont sans papier. Nous ne connaissons pas la personne lorsqu'elle emménage en logement et c'est dans le contexte de l'appartement que l'équipe apprend à travailler avec elle.

Les personnes à qui s'adresse le SIM-itinérance font face à de multiples problématiques : la personnalité, la dépendance, les nombreuses ruptures de lien avec les soins et avec la communauté. L'organisation

actuelle des services fait en sorte qu'on « échappe » plusieurs personnes qui vivent à la rue et souffrent de troubles graves de santé mentale. Lorsque les personnes vont à l'urgence médicale pour y recevoir des soins, le plus souvent, elles ne sont pas évaluées pour établir si elles sont psychotiques, parce qu'elles sont amenées à l'urgence pour divers problèmes physiques (engelures, coup de chaleur, plaies). Puis elles sont retournées à la rue sans que les hôpitaux fassent de liens avec les ressources en itinérance susceptibles de les connaître. D'autre part, l'accès aux urgences psychiatriques pour les personnes en situation d'itinérance s'établit sur la base d'une rotation des établissements à la semaine. Ceci fait en sorte que des interventions peuvent se multiplier aux quatre coins de la ville sans que les personnes soient connues du personnel hospitalier. Certaines personnes ont également signé plusieurs refus de traitement. Sans compter que plusieurs trop peu organisées pour se présenter à un rendez-vous. Ce sont des personnes qui ne connaissent pas nécessairement à quelles portes de l'institution il faut cogner. Ce qu'elles connaissent, c'est la rue.

En comparaison d'un SIM hospitalier, les limites sont plus loin et l'intensité du suivi est plus grande. Si nous ne sortons pas des règles rigides, nous ne pourrions pas aller vers les personnes, au sens propre et figuré. Ainsi, notre travail consiste d'abord à reconnaître les personnes. On est dans la création du lien, on crée les opportunités pour rappeler à la personne que nous sommes là, par une présence sur la rue, en prenant un café. On s'adresse à des personnes qui vivent plusieurs enjeux et problématiques simultanément: il faut y mettre du temps. Il faut savoir tolérer une certaine zone d'inconfort comme intervenant, un certain flottement, un processus de psychoéducation généralement très lent. Et il faut apprendre à faire confiance à la personne, la laisser donner le cadre de l'intervention et lui offrir des services en fonction de ses besoins.

Étant donné le profil des personnes desservies et puisque dans le cadre du projet Chez soi elles sont installées en logement dès le départ du suivi, nous sommes beaucoup dans la gestion du risque – pas de la santé mentale nécessairement, mais de la toxicomanie, de la judiciarisation et des troubles de comportement – et dans la réduction des méfaits. Certaines personnes qui vivent en situation d'itinérance sont ambivalentes à l'égard d'un logement, notamment parce que ça signifie de payer un loyer, moins de liberté, plus de responsabilités et de contraintes. En comparaison, lorsqu'on offre un logement à quelqu'un qui est hospitalisé depuis trois mois, et qui rêve d'avoir un logement depuis dix ans, ça fait toute la différence. La personne institutionnalisée veut le logement et ça constitue un important levier dans l'intervention pour induire un changement. La personne est notamment prête à payer un loyer. Mais la clientèle à Chez soi connaît bien les ressources de la rue et certaines personnes sont ancrées dans cet univers et y bénéficient d'une certaine autonomie. Parfois, le logement est envisagé comme une option parmi d'autres. Alors, l'offre d'un logement n'est pas nécessairement un levier dans l'intervention au départ du suivi. Ce sont deux mondes très différents!

En tant qu'intervenants, nous faisons face à une personne ambivalente, qui se cherche. Elle nous arrive avec toute sa complexité, tout son bagage. Elle n'arrive pas graduellement, elle arrive d'un coup et parfois avec tout l'épuisement des autres ressources. Nous ne savons jamais de quelle façon nous devons accompagner les personnes. Mais nous savons qu'il faut être très présent. L'intensité au début

du suivi est centrale. Ainsi, une équipe SIM-itinérance est dans l'outreach, dans la création du lien et dans une constante évaluation des risques.

Répartir les rôles dans une équipe interdisciplinaire

Le SIM vise à créer un lien de confiance entre la personne desservie et une équipe, plutôt qu'avec un intervenant en particulier. Au quotidien, les dix professionnels de l'équipe sont appelés à se répartir les interventions auprès des différentes personnes desservies par l'équipe. Pour clarifier leurs rôles auprès de ces dernières, les intervenants se positionnent soit comme intervenant-pivot (ratio de 8 personnes par intervenant), membres d'une « mini-équipe » ou plus généralement en tant que spécialiste lors des discussions cliniques réunissant tous les professionnels de l'équipe.

Dans la planification de l'intervention clinique, un intervenant pivot et une mini-équipe sont assignés à chaque participant. « L'intervenant pivot » est celui qui veille à la continuité du suivi et qui a tout le dossier en tête : il possède une connaissance fine des diverses démarches qui ont été réalisées, il a en tête le plan de rétablissement (ou plan d'intervention) et les prochains pas prévus dans le cadre du suivi. C'est celui qui garde le recul sur l'intervention, coordonne plusieurs personnes autour du participant, veille à ce que l'information soit communiquée et que le participant développe des liens avec tous les intervenants. Si l'intervenant pivot coordonne le suivi, il n'effectue cependant pas la majorité des interventions, comme dans la formule du gestionnaire de cas. Cela requiert de transmettre une vision, de bien passer le relais et d'utiliser divers outils de travail afin d'assurer une fluidité dans les suivis. Ça demande également de faire confiance à ses collègues. Comme chef d'équipe, je vois aussi à gérer les horaires afin que plusieurs professionnels de l'équipe interviennent auprès d'une personne et que ça ne devienne pas de la gestion de cas.

Outre l'intervenant pivot, chaque participant est également entouré d'une « mini-équipe ». Cette dernière est composée de quelques intervenants, selon les compétences exigées pour offrir un soutien adéquat à une personne à un moment donné. Les intervenants d'une mini-équipe se rencontrent lorsqu'il y a une réorientation du suivi ou des impasses dans l'intervention. Ce sont eux qui valident le plan de rétablissement et qui apportent diverses solutions aux enjeux rencontrés. Ce sont également eux qui ont le dernier mot lorsqu'on a une décision à prendre. Les intervenants de la mini-équipe établissent un consensus entre eux, puis le reste de l'équipe va adhérer à la stratégie proposée. Même si un autre intervenant de l'équipe pense que ce n'est pas le bon chemin, on va l'essayer. Parfois, on peut avoir des surprises.

C'est lors de la rencontre hebdomadaire que tous les membres de l'équipe peuvent partager des stratégies d'intervention, exprimer leurs opinions et s'assurer que tous utilisent les principes du rétablissement. Les dix intervenants se réunissent un après-midi par semaine pour réfléchir aux défis cliniques de l'heure. Nous commençons la rencontre en partageant nos coups de cœur de la semaine au sujet des petites victoires des participants. Puis nous faisons des discussions cliniques, où l'intervenant pivot présente d'abord les enjeux de l'intervention auprès d'une personne, les essais, les erreurs, les bons coups, les culs-de-sac. Tous les intervenants mettent à profit leur expertise pour réfléchir aux suites

de l'intervention. S'il s'agit d'une intervention liée à des compétences spécifiques à certains spécialistes de l'équipe (démarches légales, toxicomanie, aptitudes à la vie quotidienne, partage d'expériences, défense de droit, évaluation psychosociale, psychiatrie, santé physique), il pourrait être convenu que ce spécialiste soit appelé à intervenir plus souvent auprès de la personne dans le cadre des prochaines semaines ou des prochains mois.

Nous travaillons avec les rêves des personnes, à ce qui les raccroche un peu à la vie. Que ce rêve soit réalisable ou non, des pas peuvent être faits en ce sens. Cela dit, il arrive que comme intervenants, nous perdions un peu de vue les rêves, car ce qui entre également en ligne de compte et qui vient parfois brouiller les cartes, ce sont la maladie, la toxicomanie, les démarches pour l'obtention des papiers d'identité, etc. Parfois, nous sommes trop absorbés par le quotidien des personnes. En tant qu'équipe, nous nous rappelons à l'ordre lorsqu'un suivi est trop centré sur les problèmes vécus par la personne, afin de nous recentrer sur ses rêves.

Mon rôle comme chef d'équipe est d'apporter du support clinique aux intervenants, de regarder avec eux les plans d'interventions. Je les accompagne pour sortir de certaines impasses cliniques, je les amène à réfléchir sur leurs interventions. Sachant qu'il n'y a rien d'écrit d'avance. On n'a pas les réponses à tout en tant que chef d'équipe. On en discute. Ces rencontres individuelles permettent notamment de valider les intervenants dans leur rôle, leur profession, leurs actes réservés.

Les rencontres hebdomadaires sont également l'occasion de réfléchir à l'organisation du travail et aux occasionnelles tensions vécues avec d'autres organismes ou instances. Quand on parle de communication, il faut aussi considérer les différents partenaires et les acteurs autour de la personne. Entre autres, dans le cadre du projet Chez soi, l'équipe logement et l'équipe des intervieweurs font partie de l'équipe autour de la personne. Ils font partie des lunettes dont on a besoin pour savoir comment va la personne, pour avoir de ses nouvelles sous différents points de vue.

Comme chef d'équipe, je suis aussi régulièrement en dialogue avec la psychiatre de l'équipe. Cette dernière a une grande responsabilité en regard des personnes desservies. Et nous sommes ses lunettes sur le terrain. C'est en collaboration avec la psychiatre qu'on évalue l'intensité des services nécessaire, la possibilité de faire des transferts vers d'autres équipes. Il faut aussi se coordonner dans l'organisation du travail, prévoir les visites à domicile de la psychiatre, identifier des projets à mettre en place.

J'ai également de nombreuses discussions avec le pair aidant. Faire confiance aux usagers, ça passe aussi par le fait de rester connecter au savoir expérientiel qu'apporte un pair aidant. Le pair aidant est une personne qui a fait l'expérience de problèmes de santé mentale, de l'itinérance et qui est passée par l'institution. Je le rencontre parfois avant les réunions d'équipe pour connaître son point de vue clinique. C'est un peu le baromètre de l'équipe. C'est aussi une personne qui est interpellée pour des interventions spécifiques, notamment pour dialoguer avec les proches de la personne.

« Faire la circulation quotidienne » : des outils de travail pour une bonne communication

Au quotidien, les cliniciens sont appelés à posséder une connaissance générale de tous les suivis. L'équipe offre notamment une permanence téléphonique jour et nuit, en cas d'urgence. Dans ce contexte, la transmission rapide et efficace de l'information entre les intervenants est centrale. Les intervenants du SIM travaillent dans un espace commun avec les mêmes documents. Divers outils de communication ont été mis en place ou adaptés afin de favoriser la communication dans l'équipe et les interventions à réaliser sont réparties tous les matins entre les différents intervenants de l'équipe.

L'intensité du travail a un impact sur la communication. Les journées sont bien remplies et il y a constamment de l'imprévu. Nous desservons une population qui est confrontée à différents défis et auprès de laquelle nous devons régulièrement être en évaluation des risques; cela représente, pour nous aussi, toute une charge émotive.

Dans un SIM, il faut que ça roule et que la communication entre les intervenants soit fluide. Pour ça, il faut mettre en place de bons outils. Un important enjeu de communication dans l'équipe est de rester informé de chacun des suivis. Il faut que les rencontres et les démarches soient consignées, transmises d'un intervenant à l'autre et que toute l'équipe soit au fait des stratégies d'intervention. Il est également important que tous les intervenants de l'équipe connaissent les apprentissages réalisés avec la personne à propos de la façon de l'aborder, ce qu'il est préférable de ne pas dire, les interventions qui ont porté des fruits.

Une réunion d'équipe se tient tous les matins, où sont brièvement passés en revue les suivis auprès de chacune des personnes. Les activités de la journée sont coordonnées au moment de cette réunion et les tâches à faire y sont distribuées entre les intervenants. Pour chaque participant, on identifie, s'il y a lieu, les interventions prévues pour la journée, comment la dernière rencontre s'est déroulée et les faits importants à signaler à l'équipe. Il faut apprendre à dire l'essentiel de façon concise. Lors de cette rencontre, les cliniciens se tiennent informés des objectifs d'intervention auprès de chaque personne. La distribution des médicaments est également organisée par l'infirmière au cours de cette rencontre, au fur et à mesure que nous révisons les interventions de la journée. Le matin, nous répartissons le travail à faire; ce n'est pas le temps de préparer l'intervention, ni de chercher des papiers. Lorsque les intervenants pivots planifient les visites à domicile, les démarches sont clairement définies et tous les documents nécessaires sont préparés. Il faut que tout le monde soit là à l'heure. C'est une rencontre brève de 45 minutes. Il a fallu habituer l'équipe à relayer les discussions cliniques aux mini-équipes : « Qui est l'intervenant-pivot? Consulte ta mini-équipe, prenez une décision. »

Il est impossible de déterminer un horaire à l'avance dans une équipe SIM, puisqu'il y a régulièrement de nouvelles situations qui se présentent : hospitalisation, crise, incarcération. Sur un grand tableau sont inscrits tous les jours de la semaine, ainsi que les personnes à voir et certaines routes sont déjà préétablies. Notre territoire couvre toute l'île de Montréal – comparativement à un SIM hospitalier où toutes les personnes desservies sont dans un secteur restreint de la ville - et il faut s'assurer de faire des routes de visite qui tiennent compte de la localisation des personnes dans la ville. Toutes les personnes sont à l'horaire, mais on ne décide pas à l'avance de qui fera quoi, jamais. Ça se décide le matin même.

C'est sur la base d'un agenda (kardex) que sera établi, lors de la réunion quotidienne quel intervenant part sur quelle route.

L'agenda est un document synthèse qui permet de garder le fil des interventions faites et à faire et qui peut être consulté en un coup d'œil. Il s'agit d'une page cartonnée qui rassemble les informations les plus importantes au sujet d'une personne dans le cadre du suivi. La page se présente sous la forme d'un horaire du lundi au dimanche, divisé am et pm. On inscrit à la mine les rendez-vous et ce qu'il y a à faire. L'agenda est mis à jour plusieurs fois par semaine, afin que l'intervenant qui visite la personne à domicile soit bien préparé pour la rencontre. La liste des interventions est rédigée en fonction des priorités et donne le portrait de la direction d'un suivi : on voit le plan de rétablissement de la personne à travers cette liste. Lorsque des interventions sont réalisées, elles sont cochées. Dans une autre case, nous écrivons l'horaire de la distribution des médicaments et de l'argent au cours de la semaine.

La page d'agenda de chaque participant est rassemblée dans un même cartable. Tous les matins, on la regarde et on sait ce qu'il y a à faire dans la journée. On vient d'alléger la communication, mais aussi de transmettre les informations. Une seule personne prend le cartable des agendas (kardex) et anime la rencontre du matin. L'idéal, c'est que cette même personne soit responsable de la répartition des interventions tout au long de la journée. Chaque jour, un intervenant reste au bureau pour faire l'agent de liaison. S'il y a une urgence ou que la personne annule sa rencontre, tu vas m'appeler. C'est le répartiteur qui distribue les interventions, fait la circulation au cours de la journée et fait le suivi auprès de l'intervenant qui travaille de 12 h à 20 h.

Par ailleurs, pour chaque participant, il y a un dossier rassemblant tous les documents le concernant : acte de naissance, certificat médical et divers documents officiels, plans d'intervention, les notes évolutives, ainsi qu'une évaluation psychosociale. Tout ce qui concerne une personne est rassemblé dans ce cartable. S'y trouvent également tous les documents qui seront nécessaires lors de la prochaine visite à domicile chez une personne (étoile du rétablissement, démarches papier, liste de ressources du quartier, formulaires à signer, etc.).

En amont, c'est l'intervenant pivot a la responsabilité d'établir et de garder à jour un plan de rétablissement (ou plan d'intervention - p.i.), sur la base duquel toute l'intervention découle par la suite. Toute l'équipe se coordonne autour du p.i. du participant et s'arrime aux stratégies d'intervention des autres membres de l'équipe pour être cohérents et conséquents. Avec la personne, nous identifions ses forces, ses envies, ses rêves et ses difficultés et nous établissons avec elle des objectifs et des moyens pour y arriver. De prime abord, le plan de rétablissement peut sembler contradictoire avec la réalité de l'itinérance, sachant qu'on a l'habitude de travailler avec un certain flou et que ça semble poser un cadre dont nous n'avons pas besoin. Il faut défaire cette mentalité. Ce n'est pas pour nous que nous faisons le p.i. C'est pour mettre la personne au centre de nos interventions. Il permet d'organiser le travail, de garder le cap sur le rêve. C'est également une demande de l'établissement. Et nous avons démontré avec le temps que ça marche. Le p.i. ça se fait en prenant un café, pas besoin de papier. Le cadre, tu l'as en tête, et tu poses des questions pour l'étoffer et le valider auprès de la personne.

Défis et atouts d'une équipe interdisciplinaire

Si chaque intervention dans le milieu se fait habituellement en solo, la planification des interventions s'effectue le plus souvent en équipe. La chef d'équipe note que l'arrimage des différentes expertises des membres de l'équipe constitue un défi, afin que toutes les compétences soient mises au service des personnes et de l'équipe.

L'équipe vise la réadaptation et le rétablissement des personnes. Croiser l'expertise des différents intervenants autour de chaque personne est un enjeu important. Infirmière, spécialiste en toxicomanie, psychiatre, pair-aidant, travailleur social, criminologue, psychoéducateurs ont tous des rôles particuliers à jouer et un regard spécifique sur l'intervention. Optimiser l'interdisciplinarité constitue un beau défi : il s'agit de se passer le relais sur des démarches ciblées qui correspondent aux forces respectives des intervenants.

Dans une équipe SIM, on peut facilement se sentir menacer dans son rôle comme professionnel, puisque tous les intervenants de l'équipe vont voir la même personne, ce qui peut donner l'impression que les autres empiètent sur mon champ d'intervention. Un défi est que tout le monde arrive à se réaliser comme professionnel à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Une difficulté est de garder le cap sur nos actes réservés. Si je suis travailleuse sociale, il s'agit de mon acte réservé sur l'évaluation psychosociale ou l'ouverture d'un régime de protection. L'infirmière, ce sont les prises de sang, tout ce qui est médical. Le psychoéducateur, ça va être l'organisation du quotidien, faire des horaires, retrouver une vie active, des activités productives, constructives.

Lorsque je vais à domicile, je suis travailleuse sociale, je vais aller porter la médication, mais je ne vais pas m'arrêter là. Je vais prendre le temps de questionner, d'observer : « As-tu eu ton chèque d'aide sociale? » « Tu m'avais parlé que tu voulais un téléphone... » « Est-ce que tu te fais à manger? » Par ailleurs, il y a un transfert de connaissance entre les professionnels au sein d'une équipe SIM. Et quand je vais aller voir Jérôme, je vais aussi partir avec la lunette de l'infirmière, grâce à qui j'ai appris à reconnaître les effets secondaires de la médication. Je demeure une travailleuse sociale, mais si Jérôme me dit qu'il tremble, qu'il a mal au cœur, je ne le laisse pas dans cet état-là, je vais avoir quelqu'un à qui me référer. Ainsi, c'est le défi, mais c'est aussi toute la beauté d'une équipe interdisciplinaire. Quand je vais à domicile, je reviens avec une observation, j'en parle au professionnel concerné : « je trouve que Jérôme tremble beaucoup, as-tu remarqué quelque chose? » On n'arrête pas les services, on n'arrête pas les soins, on n'arrête pas la communication, je ne garde pas ça pour moi dans mon bureau et je fais une note, puis quelqu'un d'autre va lire ça un moment donné ou j'en parlerai au médecin quand je le verrai dans plusieurs semaines. Non, c'est maintenant qu'on en parle et qu'on règle ça. Parce que j'ai la chance d'avoir toutes ces personnes-là autour de moi qui ont leurs propres expertises. On devient plus proactif et on a toujours un coup d'avance.

Ça signifie aussi qu'un enjeu de l'interdisciplinarité est que chacun ait maîtrisé sa profession avant d'aller dans ce champ de pratique, parce que c'est très confrontant au niveau de l'identité professionnelle. Une personne qui sort de l'école peut difficilement se joindre à une équipe SIM. Il faut d'abord vivre

l'expérience de sa profession afin de s'y camper. Souvent, ça prend aussi des intervenants qui sont capables de s'affirmer, de faire valoir leurs opinions professionnelles. Des personnalités fortes qui croient en ce qu'elles font, qui travaillent pour le bien-être de la personne et non pas pour elles-mêmes. Il faut persévérer dans ce qu'on a vu, dans notre hypothèse. Et faire confiance aux autres professionnels de l'équipe. Il arrive souvent qu'il faille se réorienter, se repositionner dans un suivi. On allait dans une direction, puis ça change suite à l'évaluation de l'état mental et on décide de faire la visite à domicile à deux ou que la situation requiert de faire de l'outreach. Dans les outils, dans la façon de communiquer, il faut se respecter entre nous. Si quelque chose ne fait pas mon affaire, je dois le dire. Et si vraiment je suis dans le champ, j'espère que quelqu'un me le dira. Par contre, si c'est une bonne idée, il faut le partager aussi.

Un de mes rôles comme chef d'équipe est de veiller à la dynamique d'équipe et de voir à ce que chacun puisse prendre sa place. Dans les rencontres d'équipes, il s'agira également de proposer une synthèse des discussions autour d'un enjeu clinique et de m'assurer que l'équipe s'entend sur les prochains pas à prendre. Il arrive également qu'il faille trancher.

Parmi les bonnes pratiques pour favoriser un esprit d'équipe et une meilleure interdisciplinarité, il y a nos journées de ressourcement, qui se tiennent aux trois mois et servent à offrir un moment d'arrêt et de réflexion. Les thèmes à discuter sont choisis en équipe, puis je fais l'ordre du jour. Habituellement, on travaille une demi-journée, puis on fait une activité sportive l'autre demi-journée. Une fois, nous avons regardé les outils de travail, une autre fois les plans d'intervention. La dernière journée de ressourcement que nous avons faite a été très difficile, mais on s'est offert un beau cadeau. On s'en allait vers la fin du projet et mon objectif comme chef d'équipe était de sortir du sentiment d'impuissance, d'être constructifs. On a donc pris une journée pour faire la liste des participants et identifier où ils pourraient aller. Pour chaque personne, nous avons revu: *quel est le plan de transition? Dans quel secteur est-elle? Toi l'intervenant-pivot, c'est ton participant, Jérôme où est-ce qu'on le voit dans trois mois? Ce serait quoi l'idéal? Un suivi intensif, d'intensité variable? Va-t-il rester dans son logement?* Il y avait tout le deuil à faire de la fin du projet, de laisser ces gens-là que l'on accompagne depuis longtemps. Ça a été très dur. Mais c'était intéressant parce que ça nous a permis de se dire que nous n'avons pas à tout porter ça sur nous: nous avons montré à la personne que c'était possible de recevoir de l'aide, de recevoir des services, de garder un logement, de payer le loyer, d'aller à l'épicerie. Il y en a qui ont fait plein d'apprentissages! Ce n'est pas rien. C'est ce qu'on a fait cette journée-là. Et il y a eu une suite. Le lendemain, on a refait le grand tableau avec le nom des personnes, pour avoir une image plus claire : cette personne-là est transférée, celle-là nous ne savons plus où elle est, etc. Après ça, nous avons pu passer à autre chose, continuer notre travail. Et le moral des troupes est excellent, les gens rient, on a du fun, il y a une bonne ambiance.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

25. Faire des pas là où c'est possible : traumatisme crânien, comportements agressifs et perte d'autonomie

« Dans le parcours de cet homme, des intervenants de différents services se sont investis, puis l'ont laissé tomber, car c'était trop lourd. »

« Dans l'accompagnement, j'avance où c'est possible avec lui, sans savoir où il sera en mesure de faire des pas. Il n'est pas fait pour vivre en groupe, mais il n'a pas l'autonomie de vivre seul. »

— RÉSUMÉ —

Dans le cadre du suivi relaté dans ce récit, l'objectif sera d'accompagner une personne souffrant d'un traumatisme crânien dans la recherche et l'obtention d'un hébergement adéquat, qui réponde à une capacité d'autonomie limitée et à une problématique de comportements agressifs. Un imposant travail de collaboration, d'arrimage et de médiation sera réalisé auprès des ressources existantes afin de lui trouver un toit et des services. Ce récit met par ailleurs tout particulièrement l'accent sur les façons dont l'intervenante va innover et régulièrement réviser ses manières de faire, afin d'accompagner M. Beaulieu dans ses apprentissages et de favoriser son autodétermination. En regard des diverses problématiques auquel fait face cet homme, l'intervenante travaillera simultanément sur plusieurs fronts, sans savoir là où il sera possible de faire des pas : s'outiller pour intervenir auprès d'une personne aux comportements agressifs; s'intéresser à la personne, et notamment à sa spiritualité; l'accompagner dans le développement de ses aptitudes à la vie quotidienne; et tout mettre en œuvre pour rattacher la personne à un environnement favorable. Ce suivi témoigne d'une grande écoute, d'une souplesse et d'une constance dans l'accompagnement d'un individu au profil particulier. Un accompagnement qui aura pour principal critère d'accompagner le rythme de M. Beaulieu, sans par ailleurs perdre de vue la responsabilité professionnelle d'évaluer les capacités réelles d'une personne et de l'orienter vers des ressources adéquates.

Offrir l'expérience d'un appartement avec services

Au cours de l'entrevue de recrutement au projet Chez soi, M. Beaulieu se désorganise et il sera nécessaire de faire appel à un service d'urgence psychosociale pour résorber la crise. À son entrée au projet, l'équipe SIV CSSS sait qu'il souffre d'un traumatisme crânien (aussi appelé traumatisme crânio-cérébral – TCC) qui limite sa capacité d'autonomie et occasionne des comportements antisociaux. Un studio sera proposé à M. Beaulieu dans une ressource d'hébergement communautaire.

Au début du suivi clinique, M. Beaulieu a accepté de signer des autorisations pour que nous communiquions avec diverses ressources et institutions. Nous avons appris qu'il a souffert d'un traumatisme crânien cérébral sévère à la suite d'une tentative de suicide, il y a vingt ans. Par la suite, sa mère lui a apporté le soutien affectif, financier et matériel nécessaire pour qu'il demeure en appartement. Lorsque cette dernière est décédée, M. Beaulieu s'est retrouvé seul dans un HLM et il a connu une désorganisation rapide. En quelques mois, son agressivité à l'égard d'une voisine (paranoïa et

harcèlement) l'a amené à être accusé d'agression physique et il a été évincé du HLM. Après l'évincement, il a séjourné quelques mois dans un refuge d'hébergement, puis il a été évincé de la ressource à cause de son agressivité.

M. Beaulieu était à la rue depuis cinq mois lorsqu'il a été recruté par le projet Chez soi. Dans les évaluations effectuées antérieurement par une neurologue, il était fortement suggéré qu'il vive dans un milieu encadré. Étant donné qu'il avait été désigné pour participer à une sous étude sur le logement social dans le cadre du projet, nous lui avons proposé un appartement supervisé dans une résidence d'hébergement communautaire du centre-ville.

S'outiller pour mieux intervenir

Informée des divers incidents liés à l'agressivité de M. Beaulieu, l'intervenante va d'abord chercher à s'outiller pour intervenir adéquatement auprès de lui. Elle vise ainsi à se positionner en soutien de cet homme régulièrement rejeté par ses pairs et les diverses ressources qu'il fréquente en raison de ses comportements.

L'atteinte crânienne de M. Beaulieu le rend susceptible d'avoir des comportements antisociaux, donc imprévisibles, involontaires, impulsifs. Partout où va, ça ne se passe pas bien à cause de son agressivité. Dans les cafés chrétiens qu'il fréquente, il se fait mettre à la porte. M. Beaulieu n'a pas d'autocontrôle. Quand un incident arrive, il explose et il n'écoute plus personne. Il a également peu d'autocritique. Dans le plan de gestion de crise que j'ai fait avec lui, tout est relié à Jésus. Ça ne me donne aucun levier. « *Si j'anticipe une crise, il faudrait prendre les mesures particulières concernant... À renoncer à moi-même, à porter ma croix et à te suivre au nom de Jésus. J'ai à remettre tout entre ses mains, merci Seigneur.* » Ainsi de suite.

Quand il est arrivé à la résidence d'hébergement, une évaluation de son agressivité a été demandée dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences physiques. Les gens de la résidence et notre équipe avaient des craintes. Le personnel du centre de réadaptation a diagnostiqué un trouble modéré du comportement. Cependant, dans l'année qui a suivi, nous avons remarqué une escalade de l'agressivité de M. Beaulieu.

À la suite de cette évaluation, nous avons obtenu un mois de soutien de la part du centre de réadaptation, sous la forme d'une formation sur les comportements agressifs. Comme intervenante, on m'a offert une méthode pour mettre fin à une discussion. M. Beaulieu avait dit qu'il était difficile pour lui de terminer une rencontre, avec qui que ce soit, car il se sentait abandonné. Lorsqu'il s'exprime, c'est très long, très vague, ça peut être irritant pour les gens qui l'écoutent. Alors, il s'agit de l'aider à synthétiser ses propos quand nous arrivons à la fin d'une rencontre : « *Écoute Pierre, tu as cinq minutes, termine ce que tu veux dire.* » Ensuite, je me lève. Ce sont des signes, il le sait. S'il continue, je dois quitter. C'est une démarche en trois étapes. Il y a eu des améliorations, bien que ce soit toujours à travailler.

S'intéresser à la personne, valoriser les forces et développer les aptitudes à la vie quotidienne

À travers les divers accompagnements, le respect du rythme et l'intérêt qu'elle porte à M. Beaulieu en tant que personne, se développera un lien significatif. Après une année de suivi, l'intervenante compte parmi les rares personnes, peut-être la seule, à pouvoir lui parler lorsqu'il vit une crise et à être en mesure de l'accompagner dans ses dynamiques relationnelles. Un suivi sous le sceau de la souplesse et de l'ouverture, au cours duquel elle changera sa manière habituelle d'intervenir et lui accordera plus de temps qu'à d'autres suivis.

Je dois faire preuve d'ouverture à l'égard de qui il est. Si sa foi était mise de côté dans le cadre du suivi, ça ne fonctionnerait pas. Je m'intéresse à ce qui est important pour M. Beaulieu, je m'informe; c'est ce qui permet d'établir un lien de confiance et de le maintenir. Je l'écoute sans le juger. Je vise à ce qu'il ne se sente pas encore une fois rejeté. C'est ce qu'il vit en permanence depuis son traumatisme crânien : parce qu'il boite, il tombe régulièrement lorsqu'il se déplace, il est aveugle d'un œil, à cause aussi de sa manière d'aborder les gens. C'est un suivi qui me demande de la patience. Il est parfois long d'écouter des propos religieux, mais ça lui fait plaisir et il ne faut pas mettre cela de côté; ça fait partie de lui. Il m'arrive aussi de me servir de ses champs d'intérêt pour établir un lien avec lui. Par exemple, je prends le petit verset de la Bible qu'il me remet à chaque rencontre et je le remercie. Et lorsqu'un verset me touche, je lui en fais part la semaine suivante.

M. Beaulieu a beaucoup de difficultés avec les courtes visites. C'est pourquoi je le rencontre deux heures plutôt qu'une seule lors des visites à domicile. Ce sont des aménagements qu'il est important de faire pour le respecter. Cet homme est isolé, il a peu de relations, alors moi je suis comme un bonbon pour lui. Je le vois une fois par semaine. C'est une visite qui lui fait du bien. Mais je n'arrive pas avec mes gros sabots. J'ai appris à lui parler. Aujourd'hui, je peux lui rappeler des faits qui se sont passés. Auparavant, c'était difficile, il s'emportait. Il disjoncte et il n'est plus capable d'être à l'écoute, il n'est plus capable de penser. À plusieurs reprises, je lui ai dit : « *Peu importe ce qui arrive, je ne vais jamais te laisser tomber, tu seras toujours soutenu. Mais il faut aussi que je te dise les vraies choses.* »

Tout est long dans ce suivi; il faut prendre le temps, mais nous y arrivons. Ça me demande beaucoup de patience pour accepter que M. Beaulieu ne prenne jamais de décision sur-le-champ, qu'il ait besoin d'un temps de recul pour réfléchir aux différentes options qui se présentent à lui. Il faut lui proposer une idée à la fois, une nouvelle activité à la fois. Il est très routinier. Il n'ira pas de lui-même vers quelque chose de nouveau, il faut l'y accompagner.

M. Beaulieu a relativement peu d'autonomie pour accomplir des activités de la vie domestique. Il a de la difficulté à amorcer les tâches et il a également une mobilité réduite. L'intervenante identifie cependant les forces de cet homme et sa capacité à se mettre en marche, malgré tout, pour certaines activités qui lui tiennent à cœur. En identifiant ses forces, elle voit des aptitudes qui avaient peut-être échappé au regard d'autres professionnels, et sur lesquelles elle tablera dans l'intervention.

Amorcer des tâches et en enchaîner les étapes est difficile pour M. Beaulieu. Il est très lent dans l'exécution de ses tâches et il a de la difficulté à se concentrer. Par contre, le rangement est impeccable. Nous avons travaillé différentes choses pour l'aider dans l'organisation du quotidien. Dans le plan d'intervention, le premier objectif était qu'il maintienne son logement propre. J'ai essayé d'établir avec lui une routine à l'aide d'un calendrier : un petit balai dessiné le jeudi; un pommeau de douche pour lui rappeler de se laver le vendredi. M. Beaulieu y arrivait plus ou moins. J'arrivais chez lui et je constatais que, visiblement, il n'avait pas pris sa douche, que les tâches ménagères prévues à l'horaire n'étaient pas faites.

Monsieur a eu une petite infection aux pieds. La plaie était principalement due à un problème d'hygiène. Laissé à lui-même, je ne suis pas certaine qu'il l'aurait soignée. Le médecin de la résidence lui a prescrit une solution antibactérienne pour tremper ses pieds. Nous sommes allés acheter une bassine et j'ai dû lui montrer toutes les étapes à effectuer : *« Tu prends la bassine, tu y mets de l'eau, tu mets deux cuillérées à soupe du produit, tu t'installes, tu prépares une serviette, puis tu trempes tes pieds pendant quinze minutes. Pour agrémenter le temps d'attente, tu peux mettre un CD. »* Ce sont beaucoup d'étapes. Deux mois se sont écoulés après cette ordonnance avant qu'il ne se mobilise. La douleur s'est intensifiée. L'intervenant de la résidence d'hébergement l'a aidé et lui a fait son bain de pied à quelques reprises. Puis il l'a finalement fait par lui-même quelques fois et il était content.

M. Beaulieu reconnaît qu'il a besoin d'aide. Il était d'accord pour que nous fassions une demande d'aide à domicile pour les soins d'hygiène. J'ai donc fait une demande pour avoir des services d'entretien ménager ainsi que de l'aide à domicile pour son hygiène. Une infirmière auxiliaire du CLSC est venue le rencontrer en ma compagnie.

M. Beaulieu est un homme respectueux. Il est capable de reconnaître ses limites dans l'exécution des tâches. Il a une bonne mémoire, un bon vocabulaire. Il prend ses médicaments lui-même. C'est la capacité de se mettre en mouvement qu'il n'a pas. Il écoute parfois, pas toujours, mais quand je lui dis que c'est mon tour de parler, il va m'écouter. Il sait prendre l'autobus, le métro, il sait se repérer dans l'espace. Régulièrement, il va à son église par lui-même. Il peut faire des activités, lorsqu'il en connaît le lieu et l'heure. Parfois, il a envie de manger au restaurant et il y va. Les évaluations d'ergothérapeutes notent, par ailleurs, que ça lui prend un temps excessif.

Travailler en vue d'un environnement favorable

La troisième sphère sur laquelle l'intervenante travaille avec M. Beaulieu est celle de l'isolement et de ses habiletés relationnelles. Elle fera appel à la collaboration des intervenants de la résidence afin de l'intégrer dans son milieu de vie. Malgré tous les efforts déployés pour intégrer M. Beaulieu, son agressivité ne peut plus être tolérée et la résidence d'hébergement demande qu'il parte. L'intervenante considère la défense de droit, mais estime que l'environnement n'est plus adéquat. M. Beaulieu y est désormais trop stigmatisé.

M. Beaulieu a vécu une année dans le studio de la ressource d'hébergement. Au départ, mon travail a beaucoup consisté à tenter de l'intégrer dans son milieu de vie. J'ai travaillé étroitement avec un intervenant de la résidence pour qu'il prenne part aux activités de groupe qui s'y tenaient. J'ai également rencontré la coordonnatrice et je lui ai expliqué le plan d'intervention auprès de M. Beaulieu. D'autre part, j'abordais la notion de respect avec lui, car il y a des problèmes dans sa façon d'aborder les gens : il les touche, ne respecte pas leur intimité et il peut être très agressif. Il s'agissait de l'aider à respecter le choix des autres résidents. M. Beaulieu a beaucoup d'intérêt pour l'église et son discours est toujours connoté de propos religieux. Pour cette raison, les gens s'éloignent de lui, le traitent de *Jesus Freak*. Je l'ai aussi sensibilisé au fait qu'il risquait de se faire intimider compte tenu de sa tenue vestimentaire : il porte une croix, une barbe et sur ses chandails il y a toujours des messages à caractère religieux. Ça lui nuit lorsqu'il tente d'aborder les autres. Il se fait également remarquer par sa démarche chancelante qui peut facilement lui donner l'apparence d'être sous l'effet de l'alcool.

Lorsque M. Beaulieu prend du recul, sa colère se dissipe, mais il ne reconnaît jamais sa part de tort. Ce sont toujours les autres qui sont à blâmer. Au fil du temps, une tension s'est également installée entre les gens de la résidence et lui. Par exemple, en décembre, il y avait un dîner communautaire à la résidence. Un résident a posé ses ustensiles à un endroit et il est allé chercher son repas. Entre temps, M. Beaulieu s'est installé là. On lui a demandé de choisir une autre place parce que celle-là était déjà prise; il s'est alors mis à crier. Tout le monde a quitté la salle et cet épisode a gâché le dîner. Certains résidents ont fait de l'angoisse. D'autres se retenaient pour ne pas le frapper. Tout le monde en avait assez.

À quelques reprises, la résidence m'a appelée parce que M. Beaulieu était en crise. J'ai fait beaucoup de travail de médiation, beaucoup d'interventions auprès de M. Beaulieu, mais je ne pouvais pas toujours répondre aux urgences. Notre équipe n'offre pas un service jour et nuit. Je suis intervenue souvent pour apaiser la situation en proposant à M. Beaulieu d'écouter un disque, d'aller manger au restaurant ou de faire un tour à l'extérieur.

Lorsque le coordonnateur de la résidence m'a appelée et m'a dit : « *ça suffit, j'ai besoin que tu sois là cette fin de semaine, mes intervenants ne sont pas formés pour lui.* », je lui ai dit : « *je n'offre pas ce service-là, par contre, je peux appeler M. Beaulieu pendant la fin de semaine. Et nous verrons par la suite comment mettre en place d'autres stratégies.* » Mais lorsque j'ai demandé une concertation clinique avec les intervenants de la résidence, il y a eu peu de collaboration. Leur limite était atteinte : « *À quoi ça sert? Il ne reconnaît même pas ce qu'il fait.* » Il est effectivement difficile d'intervenir auprès de lui, car il ne reconnaît pas son agressivité. À partir de ce moment-là, c'était plus tendu avec les intervenants de la résidence et je recevais des appels téléphoniques de l'intervenant : « *je ne lui offre plus les services, je ne lui donnerai plus de bain de pied, il est sous votre responsabilité, occupez-vous-en.* » C'était ainsi de plus en plus.

L'intégration au sein de la résidence n'a pas réussi. M. Beaulieu a cessé d'être admis aux activités, il ne pouvait plus prendre ses repas aux mêmes heures que les autres résidents à cause de son agressivité. Les intervenants de la résidence n'osaient rien lui reprocher, craignant sa réaction. Ils ont tenté beaucoup de

choses, mais c'était allé trop loin et il a été confiné à son studio. Au début, même s'il ne répondait pas aux critères d'hygiène et d'entretien, c'était toléré. Mais son trouble de comportement ne convenait pas à un milieu de vie en groupe. Il y a des affiches partout dans la résidence : *agressivité = tolérance zéro*, et à Monsieur, on permettait différents écarts de comportements. Comment justifier cela envers le groupe?

Lorsque j'ai vu qu'il se sentait de plus en plus rejeté et isolé à la résidence, je lui ai dit : « *Tu ne peux pas prendre part aux activités ici, on va aller en chercher à l'extérieur* ». Je suis allée visiter des ressources avec lui pour qu'il se trouve des activités. De lui-même, il a un intérêt assez marqué pour les églises, il est capable de se mobiliser, mais pour autre chose, c'est plus difficile. C'était beaucoup d'accompagnement. Il a participé aux activités d'un centre de jour pour personnes ayant des troubles cognitifs et ça s'est mal passé. Il a été dans une ressource pour personnes ayant des traumatismes crâniens où nous l'avions accompagné et ça s'est également soldé par de l'agressivité. Lors d'une activité de scrabble, une personne avait écrit le mot « athée »; il l'a pris comme une provocation et s'est mis à crier des versets de la Bible. Il a été mis à l'écart, puis il a finalement été expulsé de la ressource.

Finalement, l'intervenant de la résidence m'a dit que M. Beaulieu devrait quitter le plutôt possible, avant qu'il n'agresse quelqu'un et qu'il y ait une intervention policière. Devant la dégradation de la situation, j'ai acquiescé. J'aurais pu insister en invoquant la défense des droits, mais jusqu'où va-t-on dans cette direction-là? Encore faut-il s'assurer que ce soit pour le mieux-être de la personne et non pour défendre ses droits à tout prix, par principe. Si j'avais continué de défendre les droits de M. Beaulieu à vivre à la résidence, il n'aurait pas été heureux. Il était confiné dans son studio, il se sentait rejeté.

Évaluer les capacités, au-delà du rêve

Le suivi auprès de M. Beaulieu aura permis d'évaluer ses besoins, ses forces et ses limites. Après une année de travail assidu pour favoriser un bon environnement et l'arrimer aux services afin qu'il vive en logement autonome, l'équipe SIV constate le besoin d'un encadrement spécialisé.

Au cours des derniers mois qu'il vivait encore à la résidence, une demande avait été faite pour un hébergement spécialisé qui réponde à ses besoins de soutien relatifs à l'hygiène et à ses troubles de comportements. J'ai fait remplir divers formulaires par un ergothérapeute et des médecins. Il faut compter plusieurs mois avant d'obtenir des résultats du comité qui étudie la demande d'hébergement. Puis, il y a une liste d'attente pour obtenir un logement spécialisé. Et encore faut-il que la personne accepte d'y emménager.

Le projet Chez soi est axé sur la santé mentale, mais dans le suivi auprès de M. Beaulieu, la problématique est essentiellement comportementale. Cela a exigé beaucoup d'efforts pour m'assurer qu'il allait obtenir les services auxquels il avait droit. Dans le parcours de M. Beaulieu, des personnes de différents services se sont investies, puis elles ont laissé tomber, car ça devient trop lourd. Elles ne sont pas formées pour accompagner une personne avec ces problématiques et elles atteignent leur limite.

Dans ce suivi, nous avons exploré jusqu'où M. Beaulieu peut apprendre et s'il a les capacités de vivre de façon autonome en logement. Nous ne le savions pas à l'avance. M. Beaulieu a, par ailleurs, ses champs d'intérêt et mon travail est de l'accompagner dans sa normalité à lui. Si pour lui prendre une douche une fois semaine est suffisant, ce sera l'objectif. Mon travail est de l'aider à trouver des moyens et non pas à atteindre des résultats prédéfinis. C'est un accompagnement pour lequel j'avance avec lui là où c'est possible, sans savoir où et quand il sera en mesure de faire des pas. Je le prends où il est. C'est de son bien-être à lui dont il est question. À terme, ce sont les résultats de la personne et non les miens. Nous y allons à son rythme.

Nous devons accepter qu'étant donné le traumatisme crânien qu'il a subi, il aura toujours des altercations avec son entourage. Cet homme n'a pas d'autocontrôle et il ne reconnaît pas son agressivité. Il est également en perte d'autonomie; ça n'ira probablement pas en s'améliorant.

Par ailleurs, force a été de constater qu'entre ce qu'il désire et sa capacité de socialisation, il y a un monde. Au cours de la dernière année, il a pu apprendre à effectuer certaines tâches, mais il n'était pas en mesure de faire des apprentissages relationnels, compte tenu de certaines lésions cérébrales dont il a souffert. Comme professionnels, nous avons la responsabilité d'évaluer les capacités réelles des personnes. Une limite de notre travail pour travailler avec ce que désire la personne, c'est lorsque cette dernière n'est pas suffisamment en contact avec ses capacités réelles. Aujourd'hui, M. Beaulieu vit dans un hébergement de groupe accueillant des personnes qui ont un traumatisme crânien et des troubles de comportements. Son agressivité est liée à sa condition physiologique et ça demande des interventions spécifiques qui sont autres que celles s'adressant à des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Projet Chez soi à Montréal
Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

26. Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes

« Travailler en rétablissement, c'est d'abord de se gérer soi-même comme intervenant avant d'avoir la prétention de gérer la vie de l'autre. »

— RÉSUMÉ —

Dans les différentes sphères de son travail, l'équipe SIV-Diogène du projet Chez soi s'est munie de balises et d'outils pour garder le cap du « rétablissement » et éviter d'être absorbée par les urgences. L'approche du rétablissement est ici comprise comme autant de façons de regarder, de nommer, de questionner pour garder en tête les qualités et les capacités des personnes, plutôt que d'envisager celles-ci à travers leur maladie, leurs lacunes ou leurs symptômes. Dans le contexte d'une culture d'intervention où le diagnostic est souvent mis à l'avant-plan, une approche du rétablissement axé sur les forces des personnes demande une vigilance constante de la part des intervenants.

La cheffe d'équipe raconte ici son rôle de coordination du travail des intervenants, dans un contexte où il faut encourager la créativité nécessaire afin de répondre à des gens qui posent chacun un défi singulier. Son rôle consistera notamment à offrir le support et des outils aux intervenants afin d'enrichir leur travail dans le cadre d'une approche nouvelle, ainsi que de voir à la cohérence et la continuité des services offerts par l'équipe. Elle décrit ici les diverses conditions à réunir pour cheminer comme équipe au sein de l'approche du rétablissement : la supervision clinique, les outils, les formations, le dialogue avec d'autres équipes et la direction de la ressource.

Un « case load » d'intervenants

L'approche du rétablissement axé sur les forces consiste à mettre de l'avant le potentiel des personnes dans l'intervention. La cheffe d'équipe définit son mandat comme celui d'insuffler dans l'équipe cette vision du rétablissement et de contribuer à ce qu'une approche et une manière de voir soient transmises et appropriées par tous les cliniciens. Elle explicite ici sa place au sein de l'équipe et les diverses formes de soutien apportées aux intervenants.

Le rétablissement, c'est avant tout une philosophie qui dit que les personnes ont le droit à de l'information, le droit de faire des choix, d'être respectées, d'être reconnues d'égal à égal. C'est de s'assurer qu'il n'y ait pas d'abus de pouvoir, aussi subtil que ce soit. Sans par ailleurs tomber dans la négligence ou dans l'indifférence. Travailler en rétablissement, c'est d'abord de se gérer soi-même avant d'avoir la prétention de gérer la vie de l'autre. Je ne peux pas savoir ce qui convient aux personnes. Comme intervenant, si on arrive à gérer nos propres émotions, notre propre urgence, c'est un bon point de départ pour collaborer avec les personnes.

Au cœur de l'entrevue motivationnelle, il s'agit de travailler sur nous-mêmes comme intervenant pour ne pas faire d'interventions qui nuisent, pour poser les bonnes questions de la bonne façon, sans pour

autant les bombarder de questions. C'est le contraire de travailler SUR la personne, une approche directive, irrespectueuse et qui mène tôt ou tard les intervenants à se sentir frustrés. C'est d'apprendre à être à l'écoute de ce que dit la personne dans le ici et le maintenant. Travailler avec ses objectifs, ses besoins, ses rêves.

Nous avons pratiqué cette approche d'intervention pendant trois ans, jusqu'à ce que l'équipe puisse se regarder aller et se dire : « OK, là, c'est moi qui suis inconfortable »; « Là, je commence à être directif parce que je n'arrive plus à entendre cette souffrance ». On a beau dire que la rechute fait partie du processus, que ça va arriver, c'est tout de même difficile. C'est le vertige, parce que ce n'est pas toi qui conduis. Quand tu cèdes vraiment le volant, ça veut dire que tu es assis à côté de quelqu'un qui ne conduit pas à ta façon, qui parfois met le frein quand tu ne t'y attends pas et parfois c'est long de ne pas bouger. Ou encore la personne appuie subitement sur l'accélérateur. Elle ne prend pas nécessairement le chemin que je veux. Tout le travail consiste à être un bon copilote.

Suivre le rythme de la personne c'est une belle phrase, mais c'est un grand défi. Suivre le rythme, c'est d'accepter que la personne parfois ne se mobilise pas. Ça ne veut pas dire que nous ne ferons rien pendant ce temps-là. Il ne s'agit pas de tomber dans cette passivité-là avec la personne. J'ai un rôle comme intervenant, j'ai des attentes aussi et j'ai des ambitions pour la personne, parce que je crois en elle et ses capacités. Il faut que j'en sois consciente. On fait ce travail parce qu'on veut aider les gens. Mais ça demande de l'humilité : ce que je veux devient secondaire. Il ne faut pas que ce soit à l'avant-plan. Moi, je vais gérer mon impuissance, mon désir que tu ailles mieux. Parce qu'au fond, je n'ai aucune certitude que ma recette est la bonne pour toi. Ce qui a marché pour moi n'est pas nécessairement ce qui va marcher pour quelqu'un d'autre. Il n'y a pas de recette. Je crois qu'il n'y a pas de chemin non plus. Le chemin se fait en marchant.

Bien sûr, en tant qu'intervenant, on a des responsabilités. À un moment donné, on est suffisamment habileté pour déterminer lorsqu'on se trouve dans une zone où la personne est un danger pour elle-même ou pour autrui. On a des choses à faire, on va pousser plus, on va être plus directifs, on va être un peu plus insistant. Parfois, il faut aller enlever les obstacles au rétablissement. Comme peut par exemple en être un la toxicomanie. Mais l'autre partie, c'est d'accepter que la personne ait son pouvoir d'agir et que moi je l'accompagne dans tout ça.

Porter un modèle

Mon travail est de permettre aux intervenants de « faire chair » de cette approche. Il s'agit d'en montrer l'importance et l'utilité, de faire valoir qu'il est tellement plus facile de travailler en collaboration avec les personnes qu'en leur disant quoi faire, car une intervention directive provoque généralement de la résistance.

Au quotidien, dans les supervisions cliniques et les rencontres hebdomadaires, mon rôle consiste à proposer une manière de regarder par « le bout positif de la lorgnette », en voyant, notamment, à ce que le vocabulaire utilisé pour parler des personnes tienne compte de leurs forces. Il s'agit de mettre en lumière les aptitudes des participants dont on discute, plutôt que de les qualifier par leurs diagnostics,

leurs maladies ou leurs problèmes. Comme équipe, c'est le fait de se dire : « osons jouer le jeu », osons croire en la personne qui est devant nous. L'intervenant en rétablissement doit être capable de faire confiance à la personne et de voir qu'à travers ses rêves, elle trouvera de l'espoir et de la motivation pour aller de l'avant. Cela demande de se rappeler que c'est la personne elle-même qui décide du chemin à prendre et que nous sommes là essentiellement pour l'accompagner vers un mieux-être; nous sommes là pour utiliser ses expériences, sa connaissance d'elle-même et surtout pour écouter ce qu'elle souhaite et comment elle souhaite être accompagnée, comment elle envisage notre collaboration.

Travailler avec le rêve constitue un levier pour stimuler la personne. Lorsque nous avons des rêves, nous nous mettons en route, nous nous sentons en vie, les choses ont un sens. Tant mieux si le rêve est réalisable, mais le but de l'intervention n'est pas de réaliser les rêves; le but est de réveiller les personnes, de les aider à se mettre en marche. Sans par ailleurs faire pression pour qu'elles agissent leur potentiel. Notre travail est de mettre en lumière ce potentiel et de laisser la personne faire ses propres choix.

J'utilise l'approche par les forces auprès des intervenants, de la même manière qu'eux sont appelés à l'utiliser auprès des participants. J'aide les intervenants à être conscients de leurs forces lors des réunions d'équipe, des journées de ressourcement, afin de leur donner confiance en eux-mêmes, de leur permettre de voir leur potentiel et de les accompagner à aller plus loin lorsque c'est nécessaire. Au mois de janvier, l'équipe se réunit pour planifier l'année et se refaire un petit séminaire sur le rétablissement, se rappeler les enjeux de cette approche. Nous faisons aussi des jeux de rôle lors de journées de ressourcement pour développer entre nous des stratégies d'intervention telles que l'écoute active, l'entrevue motivationnelle, afin de faire en sorte que ces techniques deviennent des réflexes, que nous les ayons sur le bout des doigts.

Garder un recul sur les suivis

Ma présence régulière sur le terrain me permet d'être consciente du travail à faire et de rester sensible aux difficultés vécues par les intervenants. Nous travaillons au cas par cas; il y aura toujours de la nouveauté d'un suivi à l'autre. Cela me demande de bien connaître mon équipe. Il faut savoir comment les intervenants entrent en relation avec les participants, car c'est leur premier outil de travail. Pour ce faire, je dois passer du temps avec eux, les regarder intervenir, observer les savoir-faire et savoir-être des intervenants dans leurs suivis, voir leurs forces, noter les difficultés récurrentes et en discuter, pour bien coupler intervenant et participant. En connaissant les intervenants qui composent l'équipe, leurs forces, leurs lacunes et leurs besoins, je suis aussi à même de proposer des formations individualisées selon les besoins des intervenants et des formations pour toute l'équipe (telles qu'une supervision clinique sur les troubles de personnalité, une formation sur l'entrevue motivationnelle).

De plus, le travail de suivi dans la communauté s'apprend sur le terrain. J'accompagne régulièrement les intervenants sur le terrain dans des situations difficiles afin d'offrir un autre point de vue sur le suivi lorsque l'intervenant n'y voit plus clair. C'est ainsi que l'équipe peut apprendre à faire confiance en mon jugement clinique et humain. Il arrive également parfois qu'il y ait un clivage entre participant et intervenant. Comme cheffe d'équipe, je dois alors faire la part des choses et faire preuve de doigté pour

recadrer des situations difficiles. À l'occasion, il faut changer l'intervenant responsable du suivi, lorsque la relation entre le participant et l'intervenant ne peut plus être bénéfique.

Mon travail consiste à répondre aux urgences, mais aussi à offrir un support aux intervenants quand ils éprouvent de la culpabilité, de la frustration, de l'impuissance par rapport à une intervention, lorsqu'ils craignent d'avoir mis à mal le lien entre eux et la personne. Il s'agit de ne pas les laisser glisser dans la panique, le découragement et de les aider à prendre du recul par rapport à une situation. Par exemple, le décès d'un participant, un changement d'intervenant dans un suivi, l'agressivité d'un participant. Mon rôle est également de les accueillir dans leur fierté et leur sentiment d'avoir été adéquats et à la hauteur, et de maintenir et susciter la motivation dans l'équipe.

Je veille aussi à la cohésion de l'équipe, par des réunions d'équipe structurées et une pratique d'intervention unifiée entre les intervenants, bien que chacun ait par ailleurs sa personnalité et sa couleur. Cela requiert de connaître ou de créer les forces de l'équipe. J'insiste pour que les intervenants s'accompagnent, s'épaulent et connaissent tous les participants : c'est une force dans l'équipe. Cette connaissance des participants s'acquiert aussi à travers les présentations de plans de rétablissement et les bilans lors de nos rencontres hebdomadaires. Cela permet d'avoir des discussions de cas plus approfondies et de prendre le relais lorsque des collègues doivent s'absenter. Les visites à deux apportent aussi de l'air dans un suivi, un autre regard, d'autres interventions. De plus, elles permettent de limiter la dépendance dans la relation d'intervention.

Des outils pour garder le cap

L'approche du rétablissement axé sur les forces est une approche nouvelle qui demande de s'adapter, de changer les réflexes, de voir autrement. Bien que l'objectif de l'intervention demeure d'aller vers l'autonomie de la personne et de réduire la souffrance dans sa vie, il s'agit de s'intéresser à son cheminement vers l'atteinte d'un but, dont l'issue demeure inconnue, mais vers lequel la personne sera accompagnée dans ses choix. La cheffe d'équipe a constitué au fil du temps un coffre à outils pour guider l'intervention. Elle en identifie deux types : les documents au fondement du travail clinique et les outils utilisés au gré des suivis selon les besoins exprimés par les personnes et la personnalité des intervenants.

Cette boîte à outils est inspirée de diverses expériences : certains outils ont été adaptés sur la base des connaissances et des façons de faire qui existaient déjà à l'organisme communautaire Diogène, d'autres furent proposés par le projet Chez soi (inspiré d'une expérience d'intervention similaire menée à New York), d'autres outils ont été développés suite à des discussions avec les personnes desservies, ainsi que dans le cadre d'échanges d'expériences avec des organismes communautaires qui préconisent l'approche du rétablissement.

Les outils de base du travail clinique

Au début, le rétablissement demeurerait abstrait pour nous, c'était davantage de l'ordre des valeurs partagées. Maintenant, cela fait partie de nos façons de faire. Les débuts de suivi se font tous avec les

mêmes documents de travail : le portrait d'itinérance, la présentation du plan de rétablissement, le plan de prévention de crise, le bilan, le tableau des rêves, ainsi que le tableau des étapes du rétablissement. Ce sont des outils de base obligatoires. Ils servent, d'une part, à construire un regard axé sur les forces, les qualités, les valeurs et les expériences positives des personnes, et d'autre part, à structurer le travail et à assurer une continuité dans le suivi auprès de personnes qui sont, elles, souvent éparpillées. Enfin, ce sont des outils cliniques très importants en ce qu'ils amènent d'emblée la personne à être à l'initiative des objectifs et des solutions.

Un enjeu important de notre travail est de viser de petits pas et de savourer les petits succès. Les outils de travail que nous utilisons permettent de se centrer sur les pas réalisés, et c'est à travers ces petites réussites qu'il est possible de susciter la motivation des personnes. Les outils proposés nous aident à garder le cap et à orienter le suivi sur les objectifs et les projets identifiés par la personne. Ils nous permettent de rester connectés à ce que souhaite la personne pour avoir une qualité de vie et à sa vision de son rétablissement.

Le document « **portrait d'itinérance** » est utilisé pour initier le contact avec une personne et identifier avec elle, d'entrée de jeu, quelles sont ses forces. Le *portrait d'itinérance* vise à connaître l'histoire d'une personne, à s'enquérir de ce qu'elle a vécu; il rassemble un certain nombre de questions pour connaître son parcours et mettre de l'avant son potentiel et de ses forces. Cette personne a mobilisé diverses habilités en étant à la rue, elle a certainement fait preuve d'organisation et de débrouillardise pour assurer sa subsistance. Il s'agit de rechercher avec elle quelles forces traversent sa trajectoire d'itinérance et comment elle entrevoit la transition vers la vie en appartement. Il s'agit, en somme, d'identifier les éléments positifs pour faire obstacle à l'humiliation, car la vie à la rue peut susciter beaucoup de honte et certaines personnes peinent à voir ce qu'il y a de positif en elles lorsqu'elles débutent un suivi. Cette façon d'aborder la personne permet de la percevoir comme actrice de sa propre vie, plutôt que d'aller vers la victimisation. Le potentiel et les forces que la personne aura elle-même identifiés lors de cette première rencontre, l'intervenant les utilisera plus tard au cours du suivi pour l'aider à reconnaître ses capacités et à chercher comment elles peuvent être actualisées dans le nouveau contexte de la vie en appartement.

Voici les questions que nous explorons avec le « portrait d'itinérance » : *quelles sont les raisons qui vous ont amené vers l'itinérance? Qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre dans la rue pour vous? Quelles sont vos qualités personnelles, les stratégies utilisées pour survivre à la rue, pour traverser les périodes d'itinérance? Comment occupiez-vous vos journées? Depuis combien de temps êtes-vous à la rue? Si vous avez vécu d'autres périodes d'itinérance, qu'est-ce qui vous a aidé à sortir de la rue? Quelles sont vos expériences antérieures en logement? Présentement, qu'est-ce qui vous motive à avoir un appartement? Qu'est-ce qui pourrait être le plus difficile pour vous de vivre en appartement? Parlez-moi d'une situation difficile que vous avez vécue et comment vous l'avez résolue.*

Comme intervenants, nous allons aussi chercher des indices sur les difficultés potentielles que vivra la personne en logement, par l'intermédiaire de questions qui ne sont pas menaçantes pour les personnes. Ce sont de premiers éléments pour l'élaboration d'un plan de prévention de la crise.

Un **plan de prévention de la crise** est également préparé avec le participant dès les premières rencontres du suivi. Ce document est une autre occasion de demander à la personne de nous parler d'elle. Nous ne savons pas ce qu'est une crise pour cette personne. Il faut lui offrir l'occasion de se révéler, d'être mise à contribution dans la démarche vers son propre rétablissement. *Qu'est-ce qu'une crise pour elle? Comment la vit-elle? Que fait-elle quand ça lui arrive? Lorsqu'elle se sent fragile, que fait-elle pour éviter la crise, pour se protéger? Qu'a-t-elle déjà fait auparavant? Qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui a moins fonctionné? Quelles sont ses attentes envers nous lorsqu'elle vit une crise? Comment l'intervenant peut-il l'aider?* Ainsi, dès le départ de la relation d'aide, la personne s'approprie son cheminement, se responsabilise. De plus, le plan de prévention de la crise permet de bien définir le rôle de l'intervenant dans le cadre du suivi et de ne pas susciter des attentes irréalistes à l'égard de l'équipe. Souvent, ce plan sera révisé à la suite d'une crise, pour le raffiner et l'actualiser.

Le **plan de rétablissement** est centré sur l'atteinte d'objectifs de vie considérés satisfaisants pour la personne et que l'intervenant vise à accompagner, souvent en le décomposant en étapes accessibles. Le plan de rétablissement porte sur les éléments que la personne souhaite améliorer dans sa vie et sur lesquels l'intervenant devra garder le cap, malgré les urgences et les aléas du quotidien de la personne. Lors des rencontres hebdomadaires, les intervenants présentent à l'équipe les participants avec qui ils travaillent. La **présentation du plan de rétablissement** permet à l'équipe de connaître la personne. Cette présentation de cas est préparée avec le participant et nous maintient, comme intervenants, dans une approche du rétablissement : s'il ne s'inscrit pas dans une optique des forces, des objectifs et des moyens, l'intervenant n'arrive pas à utiliser le document pour présenter la personne aux autres cliniciens de l'équipe. Tel un empêchement de tourner en rond, l'usage de cet outil nécessite d'avoir établi, en collaboration avec la personne, quelle direction est prise dans l'intervention. Lors de la présentation du plan de rétablissement, l'intervenant répond aux questions suivantes : *quel est le projet de vie de la personne? Quelles sont ses sphères de vie insatisfaisantes? Quelle est la situation problématique sur laquelle elle souhaite travailler? Quels sont les objectifs de la personne, par ordre de priorité et stade de la motivation? Quelles sont les stratégies d'intervention envisagées?*

Après quelques mois d'accompagnement d'une personne, l'intervenant fait un **bilan** avec elle. Cet outil vise à explorer comment la personne se voit depuis une période de temps donnée. *Dans les six derniers mois, que s'est-il passé pour elle? Qu'est-ce qui a changé? Qu'est-ce qui n'a pas changé?* La personne est ainsi appelée à faire le point. Les intervenants peuvent estimer qu'une personne a fait du progrès ou non. Mais la personne elle-même, comment perçoit-elle son cheminement? Cet outil est également utilisé dans des périodes de stagnation où la personne a accompli certaines choses, mais que ça ne bouge plus pour elle. Ce bilan est également présenté à l'équipe en rencontre hebdomadaire.

Des outils pour travailler la motivation et susciter l'espoir

Il y a aussi une banque d'outils qui sont mis à la disposition des intervenants et qui sont utilisés au gré des suivis et selon la couleur des intervenants.

Le **guide du rétablissement** et le **récit de vie** sont des outils déjà utilisés par différents groupes en rétablissement au Québec. Ces documents permettent aux intervenants d'aider les personnes à se redéfinir comme un individu à part entière, avec des forces et des difficultés, plutôt que de se percevoir à travers un diagnostic, la honte, les conflits ou l'étiquette de l'itinérance. Ils permettent de normaliser ce que vit la personne, de la sortir de la sphère de la santé mentale, d'aller vers du positif, vers des démarches qui apportent de la satisfaction. Ils visent la prise du pouvoir par la personne sur sa vie, à accompagner la personne qui redoute de se mettre en marche vers la réalisation de ses rêves de peur de faire à nouveau face à l'échec.

Un organisme communautaire de la ville de Québec qui travaille sur la base de l'approche du rétablissement a été pour nous une source d'inspiration dans ce type de travail concret, par son souci des mots et du détail. C'est également à travers le travail de ce groupe que nous avons eu accès au manuel du rétablissement et au guide d'animation de groupes en rétablissement.

Comme équipe, nous avons produit un agenda maison destiné aux participants pour les aider à reconnaître leurs petites réussites au quotidien et à améliorer leur confiance en eux : on y trouve des pensées du jour, une feuille des ressources du quartier de la personne, la liste des droits et responsabilités du participant et une banque de petits plaisirs à identifier. « **L'agenda du participant** » a été créé en collaboration avec les personnes desservies par notre équipe, puis offert aux personnes intéressées à travailler dans le cadre d'une approche du rétablissement. Il sert, d'une semaine à l'autre, à déterminer avec la personne ses objectifs de la semaine, de petits objectifs accessibles, et à y revenir lors des rencontres suivantes. C'est un outil pour s'organiser au quotidien, pour travailler sur les aspects positifs, chaque semaine. On y suggère, notamment, de chercher une phrase par semaine qui motive la personne. L'agenda est très apprécié par de nombreux participants et il a aussi inspiré d'autres équipes cliniques par la suite.

Le coffre à outils, ce sont autant de moyens de travailler de façon créative et de contribuer à créer un lien. Il arrive que les rencontres soient anxiogènes, notamment pour les personnes souffrant d'un trouble psychotique. Il y a aussi des tensions qui peuvent être dues au non-paiement du loyer et qui viennent interférer dans la relation avec l'intervenant. Ainsi, lorsque le contexte de rencontre devient difficile, afin de faciliter la communication avec des personnes qui sont inconfortables avec l'intimité ou pour sortir de la confrontation, le **mandala** peut être un outil intéressant. Pendant la rencontre, participant et intervenant colorent un mandala tout en se parlant : souvent, cela mène la discussion ailleurs et ça aide à faire baisser la tension, à s'ouvrir plus facilement.

Un espace de travail

La cheffe d'équipe a le souci de maintenir un espace de travail qui rappelle les objectifs de l'approche du rétablissement. En témoigne l'aménagement du lieu de travail où se trouvent un tableau des rêves, un tableau des étapes du rétablissement, ainsi que diverses citations sur le rétablissement qui sont renouvelées chaque semaine.

Sur un large tableau, nous énumérons les rêves des participants afin de garder leurs objectifs en tête. Parfois, j'efface le tableau et les intervenants doivent à nouveau écrire le rêve de la personne. C'est l'occasion de revenir auprès du participant au sujet de son rêve, de se rendre compte qu'il y a peut-être un moment que nous n'en avons pas parlé. Est-ce le même rêve qui est poursuivi? Il se peut que nous ayons été absorbés par le quotidien de la personne. Voici quelques-uns des rêves énumérés au tableau : *s'acheter un vélo, avoir un plant de tomates, travailler, suivre un cours de soudure, ne pas manquer de nourriture, vivre à la campagne, voyager, devenir un intervenant en dépendances, s'entraîner au gym, retrouver mon ancienne vie (meubles et câble).*

Nous réalisons également un tableau des étapes du rétablissement, au sein duquel nous plaçons chaque personne desservie. Cet outil a été apporté par des pairs-aidants. Le tableau présente les cinq étapes de motivation vers le rétablissement : choc/déni; renoncement/désespoir; espoir et remise en question; volonté d'agir et courage; responsabilisation et pouvoir d'agir. En plaçant chaque participant dans l'une ou l'autre des colonnes, nous sommes mieux à même d'identifier quelles sont les interventions appropriées dans le cadre du suivi, en accord avec là où se trouve la personne dans son processus de rétablissement.

Dans la salle commune, il y a également des réflexions en lien avec le rétablissement qui sont renouvelées chaque semaine, afin de maintenir la motivation des intervenants. « **La contemplation** : la personne est plus consciente de son problème et elle pense plus sérieusement à apporter des changements dans sa vie. La souffrance est plus présente. La personne est plus réceptive. Elle a un grand besoin de parler à cette étape. » « **Questions et pistes de réflexion qui font émerger l'espoir** : "De quoi rêves-tu? Qu'aimerais-tu changer dans ta vie? Qu'est-ce qui te rendrait heureux?" » « **Questions et pistes de réflexion qui aident la personne à reconnaître sa propre valeur** : "parle-moi des réalisations dont tu es fier. Quelles qualités et compétences ces réalisations t'ont-elles demandées?" »

La direction

La contribution de la direction est également à considérer pour mener à bien le travail que l'équipe tente d'accomplir. Le support de la part de la direction de la ressource permet à l'équipe de créer et d'innover. La souplesse et l'ouverture d'esprit dont fait preuve la direction simplifient notre travail. Le directeur de la ressource fait partie de l'équipe : il a fait de l'intervention sur le terrain lorsque nous étions débordés, des déménagements, des achats avec des participants; il est proche de notre travail. Puisque nous portons les mêmes valeurs, nous avons une latitude qui nous permet d'expérimenter dans le cadre de cette approche nouvelle. C'est un travail au cas par cas et il arrive qu'il faille assouplir certaines règles. (Par exemple, donner des billets d'autobus, gérer les médicaments ou l'argent de la personne, alors que ce sont des choses qu'on ne fait pas généralement.) Il est important que la direction nous appuie t'appuyer parce que ce sont toutes sortes de petites choses qui permettent de suivre les pistes de solution que trouve la personne et de faire équipe avec la elle. Il est important de pouvoir compter sur une direction qui nous appuie, qui croit en l'approche du rétablissement et qui fait confiance à notre discernement.

Échanger entre intervenants de divers milieux

En conclusion, la cheffe d'équipe rappelle l'importance de permettre aux intervenants de nourrir leurs pratiques par des échanges avec des collègues et en s'informant des expériences menées ailleurs.

Il est important, pour maintenir le cap, de faire des échanges de pratiques avec les autres groupes qui ont les mêmes pratiques. Cela permet de se voir, de partager. L'approche du rétablissement axé sur les forces de la personne est un modèle assez récent et il n'y a pas beaucoup d'expériences accumulées; nous sommes en train de faire cette expérience. Il faut se soutenir là-dedans et se donner le temps pour se ressourcer auprès d'autres groupes d'intervenants, pour parfois y piger de nouvelles idées.

Nous nous rendons compte que, même avec nos outils, nous pouvons être absorbés par le quotidien des personnes, happés par nos vieilles habitudes. Il faut rester vigilant et c'est ce que permettent des rencontres avec des gens qui travaillent dans l'approche du rétablissement. Comme équipe, cela peut être un défi de jouer le jeu d'accompagner les personnes dans leurs rêves. L'échange avec d'autres intervenants permet de dédramatiser et de constater que nous tombons dans les mêmes pièges. Par exemple, dès que la personne a un rêve, nous le faisons nôtre et nous partons avec la balle! Il faut faire attention à ne pas vouloir plus que la personne, sinon nous la perdons. Il faut croire en elle, sans cependant nous approprier les objectifs qu'elle s'est fixés. On constate aussi que d'autres ont dû réviser leur niveau de tolérance dans l'évaluation de la dangerosité et veiller à ne pas tomber dans l'urgence. Il y a ce type d'ajustements à faire. Au départ, en tant qu'intervenants, nous voulons tellement que nous voulons souvent plus que la personne elle-même.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

27. Sortir des cadres établis pour accompagner un individu aux comportements violents

« Si un jour nous pouvons prendre un café avec lui, que nous le terminons et que nous nous saluons en quittant les lieux, nous serons à des années-lumière de là où nous étions au départ du suivi. »

— RÉSUMÉ —

Dans le cadre du projet Chez soi, il est souhaité que l'approche du rétablissement puisse apporter une réponse différente à des personnes qui se sont vues préalablement exclues de diverses ressources compte tenu de leur agressivité. Ce récit relate les stratégies d'intervention créatives adoptées par l'équipe SIM afin d'offrir des services à un individu délirant et dont les comportements agressifs et d'intimidation avaient jusqu'alors empêché de lui offrir un suivi.

Un clinicien de l'équipe SIM raconte comment plusieurs manières de faire habituelles au sein de l'équipe seront revues pour apprendre à connaître Blake. On mettra d'abord sur l'établissement d'une relation de confiance avec un seul intervenant de l'équipe, afin de saisir les dynamiques relationnelles de cet homme. Pour maintenir le lien avec cet individu très méfiant, l'intervenant principal au dossier fera preuve d'ingéniosité pour apporter une réponse positive à certaines de ses demandes, bien qu'elles s'inscrivent dans son délire. Par ailleurs, une étroite collaboration avec les professionnels qui entourent Blake (curateur et psychiatre) permettra d'imaginer et d'expérimenter différentes façons d'intervenir auprès de lui. Après quelques mois de suivi, des pas considérables seront faits vers la création d'un lien et la stabilisation de cet homme en logement.

Portrait d'un individu intimidant

Blake fait une entrée remarquée au projet Chez soi. Très rapidement, il s'inscrit dans une dynamique d'intimidation et l'accès au bureau des intervenants lui est interdit. Au cours des semaines qui suivent, les cliniciens ne parviennent pas à entrer en relation avec cet homme qui se met en colère, crie, s'avance vers les intervenants les poings levés.

Blake, un homme anglophone de cinquante ans, a vécu de nombreuses entrées et sorties de la rue. Blake a le délire qu'il possède des millions de dollars, des immeubles et il est constamment en demande. Il croit que les gens qui l'entourent ont une dette envers lui : il considère que la curatelle lui doit de l'argent, que son psychiatre lui doit de l'argent, tout comme le projet Chez soi. Ainsi, si nous abordons avec lui les modalités du paiement du loyer d'un logement subventionné dans le cadre du projet, il le perçoit comme une insulte : puisqu'à son avis, comme nous lui devons de l'argent, nous devrions payer son loyer, sa carte d'autobus, lui offrir à manger.

Blake est dans une dynamique d'intimidation. Si quelqu'un le regarde dans les yeux, il le perçoit comme un rapport de pouvoir. Il se fâche, sa respiration s'accélère, il serre les poings et s'avance vers son interlocuteur. Et cela constamment. Lors de l'entrevue de recrutement pour établir son admissibilité au projet, Blake a ciblé l'intervieweur qui est devenu pour lui la personne ressource à qui adresser ses demandes. Il a été très insistant et l'a intimidé. Il a appelé à de nombreuses reprises l'équipe recherche, en colère, alléguant qu'on lui devait de l'argent, qu'il souhaitait un logement, etc. Par ailleurs, les rencontres n'aboutissaient à rien entre Blake et les intervenants de l'équipe SIM. Un intervenant l'abordait avec des questions, mais Blake avait son propre ordre du jour; alors il se fâchait et quittait les lieux. Le seul fait de lui demander : « *Salut! Comment ça va? Qu'aimerais-tu comme logement?* » C'était déjà trop. Il est impossible d'avoir ce genre de conversation avec Blake. Il se met en colère, il crie, il frappe dans les murs et dans les portes.

Il y a eu un incident au cours duquel Blake a haussé le ton et s'est avancé vers un intervenant. Les policiers ont dû intervenir afin qu'il sorte de nos locaux. Dès lors, le mot d'ordre fut que Blake ne pouvait plus se présenter à nos bureaux puisqu'il avait ciblé des personnes au projet et qu'un périmètre de sécurité devait être établi autour d'eux. À partir de ce moment-là, il a été difficile de le voir ; nous ne connaissions pas les ressources qu'il fréquentait. Quelques semaines après son entrée au projet, les intervenants de l'équipe ne connaissaient toujours pas cet homme. Nous avons eu peu de contact avec lui. C'est pourquoi nous avons imaginé des stratégies particulières pour l'aborder. Notre porte d'entrée pour travailler avec Blake fut l'hôpital.

Établir un lien par la voie d'un intermédiaire

C'est par l'intermédiaire d'un psychiatre qui intervient déjà auprès de Blake qu'un intervenant de l'équipe SIM parviendra à entrer peu à peu en contact avec lui. Dans le cadre de ce suivi, un important travail de collaboration va s'établir entre les principaux acteurs qui œuvrent auprès de cet individu.

J'ai commencé à travailler avec le psychiatre de Blake, un homme qui innove dans ses manières de travailler. Il a été convenu qu'il nous aiderait à établir un lien avec lui. À cette époque, il était à l'hôpital. Nous y avons planifié une rencontre avec deux intervenants du SIM et le psychiatre. C'était la première fois que je rencontrais Blake. Il était malade et vulnérable : il vivait à la rue depuis un moment, mangeant et dormant peu. Dans sa chambre d'hôpital, le psychiatre s'est assis devant lui et nous nous sommes assis de côté. Lors de cette première rencontre, le psychiatre a joué le rôle du « mauvais policier » en prenant l'attention de Blake sur lui : c'est lui qui a mis les limites, qui a dit non et qui a agi comme modérateur. Dès le premier regard que Blake m'a décroché, je me suis senti déstabilisé par son agressivité. Je suis resté en retrait.

Un des objectifs de cette rencontre était de faire signer à Blake un contrat stipulant qu'il ne serait pas intimidant ou agressif envers les gens du projet Chez soi. Le lien entre le psychiatre et Blake a été déterminant et ce dernier a accepté de signer le plan de non-agressivité. Il a signé, en ajoutant la clause suivante : « *Il faut faire quelque chose contre la brutalité policière.* » Nous étions à l'époque où des

policiers avaient tué par balle un itinérant sur la rue. C'était sa façon de s'approprier le contrat. Nous étions ravis.

J'ai par la suite rencontré régulièrement le psychiatre pour avoir des discussions de cas avec lui et nous nous parlons parfois plusieurs fois au cours de la semaine. Selon le psychiatre et les données au dossier, Blake a un trouble schizoaffectif, un trouble de personnalité sévère — où les traits narcissiques chevauchent les traits antisociaux — et il souffre de paranoïa/persécution. Blake éprouve une grande difficulté d'attachement et les relations qu'il entretient avec les autres sont majoritairement à caractère utilitaire. Le psychiatre m'a expliqué que lorsque Blake sent qu'une personne a le moindre pouvoir sur lui, il va au-devant de cette personne pour reprendre du pouvoir. Cela m'est resté en tête.

Blake étant à la rue, nous avons convenu avec le psychiatre d'avoir les prochaines rencontres ensemble à son bureau. Le psychiatre et moi avons notamment tenté de faire avec lui un plan d'intervention et un plan de crise, mais nous n'y sommes pas arrivés. Puis, nous avons tenté, d'une façon un peu détournée, de lui poser des questions qui répondaient au plan d'intervention. Mais nous n'arrivions pas à discuter suffisamment longtemps avec Blake pour avoir du contenu. Faute de pouvoir faire un plan d'intervention en collaboration avec le participant, nous avons eu, quelques mois après le début du suivi, une rencontre avec l'équipe de liaison de l'hôpital, la curatrice, le psychiatre et moi pour préciser les rôles de chacun. Nous avons établi un plan de soins infirmiers en concertation pour mieux aider Blake.

Une belle collaboration s'est établie avec la curatelle et le psychiatre. Nous ne travaillons pas seuls, nous nous parlons toutes les semaines. Et nous sommes tous au même endroit, nous travaillons tous dans le même sens, nous ne nous posons pas la question de savoir s'il doit être exclu de nos services. En début de suivi, la curatrice me disait qu'elle n'était jamais en mesure de lui parler : « *Il ne semble pas comprendre qu'il est sous tutelle.* » Étant donné que Blake était très insistant et déplaisant à l'égard de la curatrice, nous avons convenu qu'elle ne répondrait plus à ses appels et que Blake devrait dorénavant s'adresser soit au psychiatre soit à moi pour formuler ses demandes. La curatrice, pour sa part, continuerait à déposer l'argent de Blake comme auparavant.

Tenter de nouvelles voies pour entrer en communication

Afin de progresser dans le suivi, les interventions auprès de Blake vont être canalisées vers l'intervenant et le psychiatre : le reste de l'équipe SIM et les partenaires qui gravitent autour de cet homme resteront momentanément en retrait. Pour se faire, l'intervenant donnera son numéro de téléphone au participant afin de favoriser l'établissement d'un lien de confiance, bien que cela contrevienne aux règles habituelles de l'équipe.

Pendant un moment, j'ai été le seul clinicien de l'équipe à intervenir auprès de Blake. S'il y avait quelque chose, à moins que ce ne soit une urgence en dehors des heures de travail, on me transférait l'appel. Pour une certaine période, nous avons estimé préférable qu'il y ait un nombre limité de personnes qui interviennent auprès de lui afin d'apprendre à le connaître. N'importe quelles questions ou demandes

adressées à Blake le font bondir. Même un « *comment ça va?* » peut être perçu comme une agression. À moyen terme, nous introduirons d'autres intervenants, lorsque nous saurons mieux comment l'aborder.

J'ai donné mon numéro de téléphone à Blake. Habituellement, ce numéro est seulement divulgué aux partenaires. Les participants ont accès à un numéro unique qui leur permet de nous joindre au bureau ou sur le téléavertisseur d'urgence. Nous avons fait le pari que si nous voulions avancer dans ce suivi, il faudrait déroger aux manières de faire habituelles. C'est ainsi que Blake a commencé à m'appeler une fois par jour. Il était encore dans les demandes, mais il pouvait m'appeler en tout temps. Cela a vraiment permis de faire des pas dans le suivi. Nous avons commencé à terminer certaines conversations téléphoniques, sans qu'il me raccroche au nez ou qu'il ne soit en colère : « *OK Blake, ça ne marche pas pour le moment. On se reparle, bye.* » C'est une importante étape de franchie de terminer une conversation sans qu'il soit en colère.

Répondre positivement à une demande

Une stratégie d'intervention centrale de ce suivi consistera à saisir des occasions de répondre positivement à une demande de Blake, afin qu'il soit intéressé à demeurer en lien avec l'équipe. Loin des préoccupations consistant à contrecarrer une relation utilitaire ou fondée sur la manipulation, il sera jugé par l'équipe qu'il s'agit, au contraire, de la seule façon d'entrer en lien avec cet homme très méfiant et aux requêtes insistantes.

Blake est constamment en demande. Et ce sont des demandes auxquelles nous opposons nécessairement un refus : « *Non, Blake, je n'ai pas des millions de dollars pour toi* ». Au début, il n'y avait aucun autre moyen d'entrer en relation avec lui qu'en discutant ses demandes. Nous avons rapidement compris que la possibilité de développer un sentiment d'attachement avec cet homme reposerait seulement sur ce que nous pourrions lui offrir. Il fallait donc reconnaître sa façon utilitaire d'entrer en relation avec nous, du moins au départ. Il fallait qu'il y ait des « oui ». C'est un défi lorsque les demandes consistent à vouloir recevoir des millions, à retrouver l'accès à ses immeubles ou à exiger qu'on lui rembourse d'importantes dettes. Il était difficile de dire oui, parce que toutes ses demandes étaient de cet ordre.

Nous avons décidé de danser avec Blake. Je ne crois pas à la manipulation : pour moi, c'est une stratégie d'adaptation. Il ne s'agit pas de mettre un cadre, il le respecte déjà : il reste derrière la porte de nos bureaux lorsqu'il vient, sans tenter de se faufiler. Nous souhaitons pouvoir accéder à une demande, et nous avons développé différentes stratégies assez amusantes pour ce faire.

J'ai d'abord invité Blake à manger, en lui laissant le choix du restaurant. Au moment de commander le repas, il voulait de la sauce soya sur son poulet général Tao. Le serveur lui disait que ce ne serait pas un très heureux mélange, mais Blake insistait. Devant l'hésitation du serveur, il a fait le tour du comptoir et il est allé se servir lui-même. Je me suis dit : « *Ouf, nous n'avons pas encore commencé à manger!* » Mais le repas s'est bien déroulé. Nous avons mangé l'un en face de l'autre et Blake m'a parlé tout au long du repas. Il m'a montré des photographies de voitures prises au centre-ville avec son nouveau téléphone

cellulaire. Nous avons discuté pendant une heure. Nous étions complètement ailleurs : je lui avais donné quelque chose, il me donnait quelque chose.

Ceci confirmait qu'il fallait répondre positivement à une demande. Il n'en demeure pas moins que nous continuions à refuser la plupart du temps. Mais puisque nous avons accepté une première fois, il savait que nous allions probablement à nouveau dire oui à l'avenir.

Ensuite, puisque Blake estime que nous lui devons tous de l'argent, je me disais : « *il faudrait qu'il reçoive de l'argent à l'occasion!* » J'ai appelé la curatrice pour lui demander si elle pourrait parfois lui remettre son argent par l'intermédiaire de l'équipe, par exemple pour l'achat de la carte d'autobus. Elle a accepté. Alors, à compter de ce moment, j'ai eu à l'occasion de l'argent pour Blake. Ça l'apaisait, bien que ce fût son propre argent. Par exemple, je lui ai remis un chèque de 28 \$, qui m'avait été transmis par la curatrice. Blake m'a répondu : « *Que veux-tu que je fasse avec si peu?* » Je lui ai dit que c'était le mieux que j'avais pu faire. Il était en colère, mais il a tout de même pris le chèque. C'est ainsi que nous avons commencé à répondre à des demandes, afin qu'il sente qu'on lui apportait quelque chose. Autrement, s'il avait considéré que nous ne lui apportions rien, nous l'aurions perdu. Il fallait être stratégique.

User de stratégies à la marge pour loger un homme délirant

Le délire de Blake fait en sorte qu'il ne veut pas payer de loyer. En collaboration avec les partenaires, l'intervenant va employer diverses stratégies pour lui permettre d'être logé, tout en respectant son délire et ses réticences. L'intervenant raconte, par ailleurs, toutes les précautions nécessaires prises pour entretenir une conversation avec cet homme qui souffre d'un sentiment de persécution et qui se met en colère sans crier gare.

Lors d'une rencontre avec Blake, nous sommes toujours sur une mine. Nous savons que la rencontre se terminera abruptement parce qu'il est fâché. Si nous avons trois minutes avec lui, nous avons trois minutes. C'est très particulier : il suffit de dire la moindre chose qui l'indispose et il se met en colère. Il faut réfléchir, bien choisir chaque mot. Je ne peux pas me préparer avant une rencontre avec lui et il est rarement possible d'envisager des démarches à entreprendre. Je sais qu'il fera une demande, je ne sais pas ce que ce sera et je ne sais pas comment j'y répondrai. Je sais, par contre, qu'aussitôt que je m'engage dans une avenue qui semble sans issue, il ne faut pas insister et rapidement tenter autre chose, sinon, Blake se met en colère. La rencontre peut se terminer en tout temps : il se lève et s'en va. C'est fini : rien ne sert de courir derrière lui.

Nous avons eu une rencontre avec le psychiatre, Blake et moi, dont l'objectif était de lui faire comprendre qu'il devait déboursier 30 % de son revenu pour être logé. Il refusait. De son point de vue, c'est nous qui lui devons de l'argent. À la suite de cette rencontre infructueuse, nous lui avons tout de même proposé de visiter un logement. Nous y sommes allés en voiture et le psychiatre s'est assis derrière avec lui. Blake n'a pas aimé le logement, mais il était tout de même ambivalent puisque nous avons passé près de trente minutes à lui dire : « *Blake, tu es fatigué d'être à la rue.* » Il était d'accord. L'agent logement a compris la dynamique et nous étions trois à danser avec Blake. Finalement, il s'est

fâché et il a haussé le ton. Le psychiatre lui a demandé de parler moins fort et il a répondu : « *Je ne suis pas capable de ne pas monter le ton, j'ai le droit d'être fâché.* » C'était la première fois que je l'entendais parler de lui. Il est parti et il a crié tout le long de la rue en s'en allant. Le lendemain, il rappelait. Donc, il est fâché, mais il pense tout de même que nous pouvons faire quelque chose pour lui. La visite d'un logement était pour lui une démarche concrète.

L'appartement visité ne lui a pas plu, mais il était fatigué d'être à la rue. J'ai eu l'idée de le loger dans une maison de chambre. J'ai demandé l'autorisation à la chef d'équipe : puisque le mois était déjà amorcé, pouvions-nous le laisser y habiter gratuitement pour les trois dernières semaines du mois? Ma requête fut accordée. Alors, nous avons dit à Blake : « *Cette chambre est gratuite jusqu'au premier du mois.* » Nous n'avons pas pu aller plus loin que cela. De mon côté, dans les semaines suivantes, il fallait que j'en vienne à lui dire qu'au début du prochain mois, s'il se plaisait dans cette chambre, il devrait déboursier 30 % de son revenu. Mais je n'ai pas réussi à me rendre jusque-là dans nos conversations. Nous ne pouvions même pas aborder la question de savoir s'il était bien ou non dans cette chambre.

Par ailleurs, nous avons des commentaires positifs de la part des responsables de la maison : il ne dérangeait personne. Au début, il était méfiant, il craignait que des gens entrent chez lui, mais les responsables l'avaient rassuré. Nous ne connaissons pas Blake encore. Il ne fait pas de bruit, il n'intimide personne, il ne quête pas de cigarettes, il a toujours les siennes. Nous voyons qu'il est en mesure de s'organiser, qu'il est structuré.

J'ai donc appelé le psychiatre et la curatrice et leur ai demandé s'il était possible de retirer du compte de Blake le montant du loyer à son insu, soit 269 \$, pour que ce dernier continue d'habiter la maison de chambre encore un autre mois. Étant donné que le délire d'argent et le sentiment de persécution sont tellement présents chez lui, nous avons convenu, la curatrice, le psychiatre et moi, que Blake demeurerait dans la maison de chambre et que le loyer serait payé directement par la curatrice. Quelques semaines plus tard, nous avons informé Blake qu'il payait son loyer par l'intermédiaire de la curatrice. Étrangement, il ne s'y est pas opposé.

Sortir du délire et parler d'argent

La stratégie qui consiste à entrer dans le délire de Blake en trouvant une façon de rembourser la dette qu'il estime lui être due permettra de faire un saut qualitatif dans l'intervention. Blake se montrera dorénavant plus confiant, et il fera preuve d'ouverture pour discuter de ses avoirs.

Dans son délire, Blake croit que l'équipe recherche lui doit 800 \$. Il me donnait des ultimatums pour répondre à sa demande de lui remettre cet argent, arguant avoir suffisamment attendu. Un matin, la curatrice m'a appelé pour me demander si nous devrions donner plus d'argent à Blake et si oui, comment procéder. Il avait accumulé 3000 \$ à la curatelle et il ne semblait pas bien saisir qu'il avait des économies qu'il devait dépenser, faute de quoi ses prestations d'aide sociale seraient coupées. Malgré qu'il ait vécu à la rue au cours de la dernière année, il avait réussi à économiser une somme

considérable. Nous avons donc convenu avec la curatrice d'offrir plus d'argent à Blake et nous allions profiter de cette occasion pour diminuer la « dette » de 800 \$ du projet Chez soi!

Blake nous demande constamment de l'argent qu'il estime lui être dû. Il ne veut parler de rien d'autre lors de nos rencontres. Si nous lui donnions 800 \$ sur une période de temps donnée, nous pourrions réduire peu à peu notre dette et, finalement, essayer d'aller ailleurs, d'envisager d'autres démarches avec lui. Nous avons donc inscrit sur une feuille les divers versements du remboursement de la dette de 800 \$. Lorsque nous ne lui devrions plus rien, de quoi allions-nous parler? Nous travaillons vraiment en dehors des cadres établis avec lui.

Quand nous avons commencé à donner de l'argent à Blake, à rembourser sa dette en somme, il a changé de délire. Il m'a demandé de lui rendre les clefs de sa BMW! Je commençais à être habitué à travailler avec lui et je lui disais : « *non, Blake, je n'ai pas les clefs de ton auto. Peut-être que tu en as une, mais je n'ai pas les clefs.* » La première fois il m'a raccroché au nez, mais très rapidement, le délire a cessé. Je n'ai plus eu de demande d'argent, plus de demande d'auto, plus de demande de quoi que ce soit. Je n'aurais pas cru que le changement se produirait aussi rapidement.

À la suite de ce revirement de situation, il a été convenu avec la curatrice, le psychiatre et la chef d'équipe que la gestion de l'argent serait à nouveau centralisée au curateur public. Ce serait à nouveau la curatrice qui gèrerait toutes les demandes liées à l'argent. Nous avons eu une rencontre avec Blake, la chef d'équipe, l'équipe de recherche et moi pour lui dire que nous n'avions pas d'argent, mais que la semaine prochaine, il pouvait participer à une entrevue de recherche qui lui donnerait telle somme d'argent. Pour toutes les autres questions relatives à l'argent, nous l'avons référé à la curatrice.

Ensuite, une rencontre a été planifiée avec la curatrice, afin d'expliquer à Blake l'état de son dossier. Jusqu'alors, la curatrice n'avait pas pu parler plus de quelques minutes avec lui au téléphone. Soit il raccrochait, soit il lui criait des bêtises. Le psychiatre et moi avons expliqué à la curatrice comment nous intervenions auprès de lui et quelles étaient ses dynamiques relationnelles. La rencontre, de 45 minutes, s'est très bien déroulée. Et pourtant, nous parlions d'argent! La curatrice a appliqué à la lettre les propositions que nous lui avions faites dans l'intervention et elle n'était pas intimidée par Blake. Lui, de son côté, est resté relativement calme. Lorsqu'il s'impatientait, il me regardait.

La curatrice a joué la carte de la transparence; elle lui a expliqué la tutelle, lui a montré tous les documents légaux et ses relevés bancaires. Elle a tout sorti, un dossier d'une dizaine de pages. Elle essayait de lui faire comprendre qu'il avait des économies, qu'il pourrait disposer de plus d'argent mensuellement, mais qu'il n'avait pas de placement. Il était content d'avoir accès à son argent. Il comprend très bien ses états de compte, il est très intelligent. Somme toute, nous avons réussi à lui remettre tous les papiers le concernant, y compris le jugement stipulant qu'il est sous tutelle, parce qu'il ne comprend pas pourquoi la curatrice ne peut pas lui remettre son chèque en entier.

A un moment donné, Blake s'est retourné vers moi pour me demander ce que j'en pensais. J'étais abasourdi! Je lui ai dit qu'à mon avis, tout cela semblait vrai. Alors il a dit, « OK, j'en ai assez » et il est parti. Ce fut une très belle rencontre.

Des indices d'attachement

Plusieurs mois d'interventions seront nécessaires pour que l'attitude d'intimidation du participant à l'égard de l'intervenant s'adoucisse et que s'amorce une relation de confiance. L'intervenant reconnaît les petits pas réalisés dans le suivi et identifie des indices d'attachement de Blake à son égard.

Blake pratique beaucoup l'intimidation. Par ailleurs, il n'a pas d'antécédents judiciaires majeurs. Le psychiatre m'a bien expliqué sa dynamique et je ne suis plus intimidé par lui. Pour me prémunir contre son agressivité très présente, je ne le prends jamais au mot, tout en demeurant présent. Et s'il me charge, je me tourne un peu de côté : je le laisse avancer sans lui faire face. Il recule tout de suite. Progressivement, il a cessé de s'avancer vers moi.

Dernièrement, il a commencé à m'aborder en me serrant la main et en me disant : « Bonjour, comment ça va? ». Quand il laisse des messages sur mon répondeur, il dit : « Bonjour, bonjour. Rappelle-moi dès que tu as mon message. » Si je suis en formation et que deux jours s'écoulent avant que je le rappelle, je ne reçois aucun message d'insultes entre temps. C'est très étonnant. Un jour, je l'ai appelé : « Je t'appelle pour savoir comment ça va. » Il m'a dit : « Je suis un grand garçon, je n'ai pas besoin de ça. » J'ai dit « OK Blake. » Et quand j'ai raccroché, j'étais très content qu'il m'ait à nouveau parlé de lui. Il me fixe une limite : ne va pas là, ça ne m'intéresse pas; c'est un début d'investissement. Ainsi, j'ai compris que je ne peux pas l'appeler pour lui demander comment il va. Je peux désormais me permettre de faire de l'humour avec lui, je peux le regarder dans les yeux. Désormais, lorsqu'il se fâche, il s'en va et il s'en prend à l'univers, mais il ne projette plus sa colère sur moi. Il me fait des blagues. Blake commence sa semaine en venant me voir tous les lundis matin. Il commence à construire un lien d'attachement. Nous sommes à peu près rendus là.

Rétablir une équipe autour d'un individu méfiant

Dans ce suivi, l'intervenant garde en tête le mandat de l'équipe SIM. S'il fallait d'abord qu'une seule personne développe une relation avec Blake, il est prévu qu'à moyen terme d'autres intervenants se joignent au dossier et puissent lui offrir des services spécialisés. L'intervenant conclut en rappelant la souplesse que nécessite le suivi auprès d'une personne méfiante.

Nous commençons doucement à introduire d'autres intervenants dans ce suivi. Pour ce faire, nous ne pouvons pas simplement envoyer l'intervenant visiter Blake à domicile. C'est d'abord moi qui dirige l'entrevue, qui requiert son attention pendant que l'autre intervenant reste derrière, car il est certain que Blake mettra la nouvelle personne à l'épreuve. En somme, j'introduis les nouveaux intervenants de la même façon que le psychiatre m'a introduit. Je n'y serais pas arrivé seul. Ça prenait un intermédiaire, un mauvais policier. Lorsque nous introduisons d'autres intervenants, nous prenons le plan de non-

agressivité avec nous, au cas où ça se passerait moins bien, mais il est possible que nous n'en soyons plus là avec Blake; une relation de confiance s'est établie.

Ce que nous apprenons de ce suivi en tant qu'équipe, c'est que le fait de répondre favorablement à la demande et de travailler avec beaucoup de souplesse est une clef pour créer un lien avec une personne très méfiante. Il est primordial de croire aux personnes et de faire appel à de nouveaux regards lorsque l'équipe est dans une impasse. Nous offrons des services à des personnes complètement à la marge de la société. Des personnes comme Blake nous obligent à faire preuve de créativité et de souplesse, à réfléchir autrement, à aller un peu plus loin, à changer nos manières habituelles de faire. C'est grâce à des gens comme lui que nous apprenons à créer.

Une équipe s'est formée autour de Blake : l'équipe SIM, la curatelle, le psychiatre, l'équipe recherche et l'équipe de liaison de l'hôpital. Tous les professionnels autour de lui sont très engagés vis-à-vis lui. Il continuera à faire son chemin et notre travail sera de nous adapter. Nous dansons avec lui. À la base du travail dans l'une des approches du rétablissement, nous accompagnons les personnes sur les routes qu'elles empruntent.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

28. Un pied à la rue, un pied en logement

Saisir dans l'intervention ce que signifie « avoir un toit »

« Sa vie à la rue est structurée. Alors que le logement représente pour lui beaucoup de contraintes, de responsabilités, une perte d'identité et la peur du rejet. »

— RÉSUMÉ —

Ce récit relate différentes stratégies d'intervention pour soutenir des personnes qui « magasinent » la vie en logement et pour qui l'appartement sera a priori davantage perçu comme un abri qu'un milieu de vie. Certaines personnes emporteront la rue en appartement, au moins en partie, et continueront à s'identifier davantage à une culture de la rue et au mode de vie qui y est associé. Au-delà de l'acquisition des habiletés pour vivre en logement, il va s'agir plus fondamentalement d'accompagner l'appropriation d'un habitat dans ses dimensions symboliques et identitaires.

Les intervenants de l'équipe SIM racontent ici les suivis auprès de deux hommes dont l'identité est intimement liée à la vie à la rue et qui hésitent à intégrer un logement: ils ont un vaste réseau à la rue, ils y sont connus et participent à des projets où leur statut comme itinérant est valorisé. Dans le cadre de ces suivis, l'équipe va reconnaître les valeurs et les modes de vie de ces deux hommes et les accompagner dans leur appropriation des lieux, à mi-chemin entre la rue et le logement. Il s'agira de suivre leurs allées et venues, et de se servir des emménagements, des retours à la rue et des relogements pour faire des pas avec eux.

ABRI OU MILIEU DE VIE?

Yvon, 53 ans, vit dans la rue depuis plus de trente ans lorsqu'il est recruté au projet Chez soi. Il sait s'organiser dans la rue et connaît bien les ressources qui s'adressent aux personnes en situation d'itinérance. Il peint, joue de l'harmonica et participe à divers projets culturels. Il voyage dans des ressources d'hébergement ailleurs au Canada. Dans le cadre du projet Chez soi, il emménage pour la première fois de sa vie adulte dans un logement. L'équipe va l'accompagner dans ses apprentissages, évaluant son intégration à ce nouveau mode de vie à la mesure de son parcours, de ses valeurs et de ses aspirations.

Yvon a toujours vécu à la rue. Il a vécu son enfance dans des foyers pour jeunes et il s'est retrouvé dans les rues de Montréal à sa majorité. Il a un historique médical de nombreuses psychoses toxiques, mais à son entrée au projet Chez soi, il ne consomme plus activement. Il a passé 35 ans de sa vie dans les rues du centre-ville et il est bien ancré dans le milieu de la rue. Sa vie est là. Il pourrait faire office de guide touristique de l'itinérance! Yvon est un nomade, débrouillard et organisé. Il gère son argent, il fait même des économies, il a des projets. Il s'habille bien, il mange bien, sa santé est bonne. Yvon est souriant avec tout le monde. Il a un bon réseau, des amis. Il connaît des ressources en itinérance un peu partout au Canada et il y est le bienvenu. Il est très valorisé dans son statut et son art : il fait des entrevues, participe à des films. Il n'y a pas d'appel de la police, il ne se bat pas, il est pacifique.

Il hésitait à emménager en appartement, craignant de perdre ses amis de la rue, d'être stigmatisé. Afin de ne pas le déraciner de son milieu et de ses repères, nous avons proposé à Yvon un appartement au cœur du centre-ville, à quelques pas des ressources qu'il fréquente. Pour lui, c'était le meilleur des deux mondes : il ne dormait plus à la rue et il était à vingt minutes à pied d'à peu près toutes les ressources. Après quelques mois en appartement, il n'y a rien dans son réfrigérateur : Yvon mange dans les ressources, qui demeurent son cadre de référence. Il était un peu mal à l'aise lorsqu'il m'a dit : « *Si tu regardes, il n'y a pas grand-chose dans mon frigo* ». Je lui ai demandé :

- Manges-tu tous les jours?
- Oui, dans les ressources.
- Alors, tout va bien.

Il a été surpris. Il s'attendait peut-être à devoir se justifier. Notre travail ne consiste pas à lui dire comment vivre en appartement. Nous nous assurons qu'il réponde à ses besoins. Pour Yvon, l'appartement sert essentiellement à dormir. Il peut partir et revenir n'importe quand. Cela dit, il a investi son logement, il l'a aménagé, il l'a entretenu. Il a accroché une photo de lui au mur. Il a acheté un ordinateur. Il a payé les premiers mois de loyer, il était content de nous montrer son reçu. Il a fait son bout de chemin.

Nous lui avons proposé divers accompagnements, et la plupart du temps il préfère se débrouiller seul, sauf lorsqu'il a des démarches administratives à faire, qui tendent à le rendre très nerveux.

Rester là à travers les allers-retours à la rue

En logement apparaissent des difficultés qui étaient peu visibles lorsqu'Yvon vivait à la rue. Ce dernier va par ailleurs découvrir les « risques cachés » du logement, qui apparaissent parfois subjectivement plus dérangeants que les risques de la rue. Il retournera à la rue. Un certain temps sera nécessaire à l'équipe pour apprendre à le connaître et comprendre le sens qu'il accorde au logement. C'est à travers la création du lien et la réalisation de certaines démarches qu'il sera possible d'accompagner Yvon une seconde fois vers le logement.

En appartement, nous avons constaté qu'Yvon a une compréhension limitée des choses. Il supporte mal la pression de l'entourage et les rapports d'autorité. Il a vécu de l'intimidation de la part de la gestionnaire de l'immeuble qui lui interdisait de recevoir des visiteurs et il n'a pas voulu que nous l'accompagnions pour défendre ses droits. Pour lui, ça passe ou ça casse. Il a préféré quitter son appartement plutôt que de faire face à la gestionnaire. Pendant un mois, nous l'avons perdu de vue, puis il est retourné chez lui.

Un deuxième incident a eu lieu quelques mois plus tard. Il s'était rendu à la banque pour retirer de l'argent. Les commis ne le reconnaissaient pas avec sa longue barbe et il n'a pas pu encaisser son chèque d'aide sociale. Il ne voulait pas se raser parce qu'il devait prochainement jouer dans un film. Se voyant désormais sans revenu, il a offert son appartement à un homme rencontré sur la rue : « *Prends mon*

logement, je n'ai pas d'argent pour le payer. Je pars à Matane. » C'est ce que nous avons appris quatre mois plus tard.

Quand il est revenu à Montréal, nous l'avons informé de ce qui s'était passé dans son logement. Il a accepté d'aller voir l'appartement et il a constaté les dégâts causés par la personne à qui il avait laissé les clefs. Il a récupéré quelques papiers pour ses impôts, puis il a dit vouloir se débarrasser de tout et il a signé la résiliation de bail. Yvon a trouvé qu'il était dommage que les lieux soient dans un tel état, mais il se trouvait néanmoins généreux d'avoir aidé un jeune homme à la rue. Nous lui avons expliqué que s'il avait résilié son bail, il n'aurait pas eu tous ces loyers en retard. Ça lui aurait évité de perdre ses effets personnels, ses meubles, son téléviseur et son ordinateur. Cela lui aurait évité des ennuis à lui, ainsi qu'à l'équipe et au concierge.

Le fait d'avoir une cohorte fixe dans le cadre d'un projet de recherche et d'intervention constitue un contexte favorable pour être toujours disponible lorsque la personne est prête. La porte a toujours été ouverte pour Yvon. Dans la plupart des services, on ferme le dossier lorsque la personne ne se présente pas à ses rendez-vous. De plus, la beauté d'une équipe SIM itinérante, c'est d'être en lien avec divers partenaires sur le terrain et de garder nos filets de communication. Nous avons des nouvelles d'Yvon.

C'est alors qu'une intervenante dans l'équipe a pris la direction clinique de ce suivi. En rencontrant Yvon, elle lui a dit : « *Tu m'intrigues, où est-ce que tu te tiens?* » Pour apprendre à le connaître, elle est allée à sa rencontre dans divers lieux qu'il fréquente. Pour créer le lien, nous n'avons pas reparlé du logement tout de suite. Ce n'est pas une priorité pour lui. Yvon vit dans l'action, beaucoup à travers son art. Il est sans domicile fixe, mais il ne traîne pas pendant la journée, il a toujours diverses activités. La rue, c'est sa communauté. Nous avons créé un lien en allant là où il est, dans les ressources où il fait de l'art, en allant voir le vernissage de ses toiles. C'était de s'intéresser à lui. Tout en introduisant parfois dans la conversation : « *tu vis où en ce moment? Est-ce que tu es fatigué? On pourrait te trouver un logement.* »

Nous l'avons rattaché par le relationnel et par des démarches : refaire la demande pour sa carte RAMQ perdue, pour obtenir à nouveau l'aide sociale. On a travaillé à son rythme. On a passé de bons moments avec lui. Nous avons eu accès à une partie de son histoire. Il n'a pas eu une vie facile. Il a vécu dans des appartements supervisés, il a été pris en charge par la psychiatrie et il a pris la poudre d'escampette lorsqu'il a pu. La rue est vite devenue une option pour lui. Yvon a tellement d'habiletés sociales, qu'on peut oublier qu'il a des besoins.

Il est intéressant de voir comment il est arrivé à se construire à travers tout ça. Sa vie à la rue est très structurée. Elle lui confère beaucoup d'autonomie et de liberté. Il peut vivre dans l'ici et le maintenant, sans responsabilité. Il n'y a pas de résolution de problème, il n'a pas à chercher de solutions. Au quotidien, il a plein d'habiletés. Il connaît divers lieux où dormir, il est très organisé, il est informé de ce qui s'y passe. Il a un beau vernis qui contraste avec une certaine pauvreté intérieure. Yvon a une compréhension limitée de certaines choses. Lire, compter, c'est difficile. Probablement qu'il a une légère déficience qui s'exprime par une rigidité de la pensée. La résolution de problème s'avère pour lui très difficile. C'est difficile pour lui de retenir de nouvelles informations, difficile également de s'orienter. Il a

très peu d'autocritique. Il n'a pas les bons mots, il faut beaucoup de temps pour comprendre ce qu'il dit. Il faut passer du temps avec lui pour comprendre ce qu'il demande, ce qu'il désire. Il te donne un papier et il faut que tu cherches pourquoi et ce qu'il veut que tu fasses avec ça. Il sent vite le rejet, il se sent vite incompris. Il est très difficile de le rassurer. Il a une pensée tangentielle où les idées sont un peu mêlées, elles ne sont pas interreliées.

S'il a construit de bons points de repère dans la rue au fil des années, lorsqu'il se retrouve dans un nouvel endroit, par exemple un hôpital, il ne sait pas où aller et il ne demandera pas de l'aide. Il est difficile de faire de la psychoéducation avec lui, car il a des idées très arrêtées. Sa compréhension est dans l'ici et le maintenant. Il a changé plusieurs fois de téléphone cellulaire, car il ne maîtrisait pas l'une ou l'autre des fonctions. Plutôt que de l'apprendre, il change de téléphone. De même, il avait beaucoup de difficulté à comprendre qu'il n'avait pas besoin de payer la facture de consultation de 1300 \$ de l'hôpital une fois qu'avait été émise sa carte temporaire du Régime de l'assurance maladie du Québec. Ou encore, pour ne pas perdre les clefs de son logement, il les laisse dans son appartement, puis verrouille la porte. À son retour, il va sonner chez le concierge.

S'intéresser au sens du « chez soi »

L'équipe SIM va respecter Yvon dans son appropriation du logement en tant qu'abri et pied-à-terre. C'est en s'intéressant aux avantages de la rue et aux menaces et inconvénients du logement tels que les envisagent Yvon, qu'il sera possible de marcher à côté de lui et d'explorer la possibilité de reconstruire une identité dans le cadre du logement.

On a appris à connaître Yvon en étant là quand il avait besoin : après une chute à vélo pour aller à l'hôpital, lorsqu'il arrivait avec des papiers qu'il n'arrivait pas à déchiffrer, quand il y a eu un mal entendu avec le propriétaire. Nous étions disponibles lorsqu'il se présentait. Ce fut payant dans la création du lien. Et c'est à cause du lien que nous avons pu l'amener une seconde fois en logement. Nous avons exploré avec lui les différents usages possibles d'un logement. Est-ce que tu peux y peindre? Oui. Est-ce que tu peux faire ton lavage? Oui. Est-ce que tu peux t'y faire à manger? Il répond : « non. Je vais manger dans les ressources. » La priorité d'Yvon dans un logement, c'est le balcon où il peut dormir en sécurité. Pour lui, un logement, c'est avant tout un entrepôt, un atelier de peinture.

Avec Yvon, nous travaillons le fait d'avoir un pied à terre. Avec ou sans appartement, il continue d'aller dormir régulièrement dehors, il aime dormir dans les parcs, en plein air. Ou encore il dort chez des amis ou dans des ressources. Dans son appartement, il a longtemps dormi directement par terre sur des couvertures; il ne voyait pas la nécessité d'avoir un matelas. Le réfrigérateur de son appartement semi-meublé n'était pas branché; il ne s'en sert pas.

Pour Yvon, un appartement est la source de beaucoup de stress. Il ne souhaite pas avoir de responsabilité. Il ne veut pas que les choses soient compliquées. Pour lui un appartement, c'est compliqué. Si une situation impliquant un colocataire devient difficile, sa solution est de lui laisser les clefs et de quitter les lieux. Il a de la difficulté à mettre des limites. Quand tu possèdes soudainement un

loyer, que tu as plus que les autres qui vivent encore à la rue, il faut mettre des limites pour que la rue ne débarque pas dans l'appartement. Mais c'est quelque chose qu'Yvon a beaucoup de difficulté à faire. Il a aussi de la difficulté avec les rapports d'autorité. Pour lui, parler avec le concierge est un grand risque. De son point de vue, si l'appartement confère quelques privilèges, il signifie également beaucoup d'inconvénients, beaucoup de responsabilités. Payer un loyer, le garder propre, ce sont de grosses responsabilités pour lui.

Ce que l'on constate aussi, c'est qu'une personne peut être autonome dans la rue — avoir l'autonomie de l'utilisation des ressources pour personnes en situation d'itinérance — sans par ailleurs être autonome en appartement. À la rue, Yvon a confiance en lui, il a plusieurs rôles sociaux : il est un musicien, un artiste, un citoyen. Il est sûr de lui, confiant, organisé. Il a un horaire. Mais il n'a pas cette assurance lorsqu'il est en logement. Ça demeure un espace menaçant pour lui. De plus, s'il est reconnaissant d'avoir un appartement, il n'est pas très à l'aise avec le fait d'être suivi par une équipe traitante, d'être inclus dans un système qui ne cadre pas avec son idée de la liberté. Dans le suivi, c'est très compliqué d'aller chez lui. Il faut convenir d'une heure spécifique qu'il détermine. Les visites à domicile sont très intrusives pour lui. Peut-être l'appartement est-il un lieu trop privé, où il est mis face à son « anormalité », où il s'expose au jugement? Il a peur que le concierge voie les lieux, qu'il voie qu'il a dépanné quelqu'un à la rue, qu'il amène les couvertures de la rue. Il faut reconnaître aussi que comme intervenant, on peut devenir exigeants quand les personnes ont un logement. Il y a plein de détails dont les personnes doivent tenir compte : avoir de la vaisselle et un lit, utiliser un cendrier, porter des vêtements propres. Yvon n'est pas là-dedans et il a peur du jugement. Il sent une pression de normalisation.

Nous y sommes allés à son rythme. Après trois mois dans le nouvel appartement, quelque chose a changé. Il dit : je vieillis. Il commence à envisager d'aller dans une ressource d'hébergement pour les personnes de 50 ans et plus. Sa vie jusqu'à maintenant, ce fut la chorale, les activités artistiques, l'harmonica, les implications pour la défense des droits. L'expérience de l'appartement a permis de consolider quelque chose chez lui, de se poser la question : est-ce que je veux vivre à la rue encore longtemps?

ENTRÉES ET SORTIES DE LA RUE AU GRÉ DES SAISONS

Tenter le logement

Selon les saisons, la préférence de Dave oscille entre la vie à la rue et les logements offerts dans le cadre du projet Chez soi. Sa longue habitude de l'itinérance et ses origines culturelles inuites teintent son rapport au logement.

Dave est un homme d'origine inuite âgé de 56 ans. Il souffre d'alcoolisme et commence à présenter des séquelles physiques d'une grande consommation d'alcool. À son entrée au projet, il vit à la rue en compagnie de plusieurs personnes de sa communauté. Il a un large réseau dans la rue. Dave est

également connu des passants qui le saluent, le photographient. Il a notamment été filmé dans le cadre d'un documentaire sur l'itinérance.

Parmi ses critères de logement, Dave souhaite demeurer dans le secteur où il a vécu à la rue au cours des dernières années. Il a vécu dans un premier appartement pendant six mois. Les intervenants doivent faire l'épicerie pour lui, retirer du réfrigérateur la nourriture périmée. Toutefois, sa santé s'améliore, son hygiène également. Cela dit, son mode de vie est passablement dérangeant pour ses voisins. Les policiers sont appelés régulièrement à intervenir. Il y a beaucoup de visites, de bruits, de consommation. L'endroit est devenu le repère de son réseau d'amis; des amis bruyants, qui dorment partout chez lui, y compris sur les balcons. Dave est évincé de son appartement le 1^{er} juillet, pour excès de boisson et de compagnie.

Réduire les méfaits et maintenir le lien

Dave a refusé les différentes possibilités d'être relogé. Il choisit la rue. C'est la belle saison. Le retour à la rue suscite des inquiétudes chez les intervenants du SIM, puisqu'il s'agit d'un homme affaibli physiquement et dont le jugement sur son propre bien-être est possiblement altéré à la suite d'années de forte consommation d'alcool. L'équipe tentera de le protéger, tout en respectant ses choix. Et ses non-choix. On fera notamment appel à la fiducie volontaire comme outil d'intervention pour le protéger d'une consommation excessive et du vol, et pour rester en lien avec lui pendant les mois qu'il vit à la rue.

Dave a une forte dépendance à l'alcool et il a des pertes de mémoire consécutives à cette consommation. L'état de ses jambes témoigne d'une atteinte neurologique. On lui a fourni un fauteuil roulant, plusieurs marchettes, des cannes, des lunettes, une prothèse, des souliers. Il a tout perdu. Cela nous pose des questions éthiques. Il est très difficile d'intervenir auprès de lui dans la rue. Il est la plupart du temps intoxiqué et très souvent entouré de ses amis. Sa motivation à l'égard d'un logement et de sa propre santé fluctue. Il y a des jours où rien ne l'intéresse.

Nous le visitons trois fois par semaine pour garder le contact avec lui. Il est relativement facile de le retracer; il est connu et toujours dans le même secteur. Au cœur de l'été, nous nous assurons qu'il ne souffre pas de déshydratation. Nous vérifions l'état de ses yeux, régulièrement infectés. Quand, aux deux jours, nous lui apportons son argent, il se cache pour le recevoir. Il est probablement victime de taxage : d'autres itinérants lui font payer le droit d'occuper un espace de trottoir pour la quête. Mais son choix est clair : il ne souhaite pas visiter d'appartement, ne souhaite pas retourner en logement. La vie à la rue est son seul souhait pendant les mois qui suivront. Les avantages de la rue l'emportent sur ses désagréments. L'été, la vie à la rue est un mode de vie bien ancré chez lui.

On continue de lui apporter son argent et de faire un examen visuel à chaque visite pour évaluer son état. Il ne nous autorise rien d'autre. Il y a cependant plusieurs filets de sécurité autour de lui : il est connu dans le quartier, il est entouré, s'il lui arrivait quoi que ce soit, nous en serions rapidement informés. Il demande à sa conjointe de téléphoner régulièrement à l'équipe pour que nous sachions où il se trouve. Il exprime bien ce qu'il veut et il sait que nous sommes là.

Saisir le sens du logement

Au fil du suivi prend forme un cycle d'entrées et de sorties de la rue qui varient au gré des saisons. Avant qu'arrive l'hiver suivant, les différentes équipes du projet Chez soi vont s'arrimer pour offrir un logement qui corresponde au mode de vie de Dave, plutôt que d'y opposer de la résistance. Le futur propriétaire sera interpellé pour favoriser un environnement favorable autour de lui. On va également reconnaître ses pairs comme un facteur d'autonomie en logement, sachant qu'il a une mobilité réduite et des pertes cognitives.

Nous avons compris que, pour Dave, l'appartement est essentiellement un endroit pour se protéger du froid, être au sec, prendre sa douche. Un appartement est intéressant pour lui pendant la saison froide. Il invite des gens pour l'aider, parce qu'il est en perte d'autonomie. Il invite des gens pour le ménage, pour la compagnie, pour aller chercher sa bière au dépanneur. Pendant la saison estivale, il retourne à la rue.

Au fil des mois, nous saisissons que ce qui prime pour Dave, c'est la communauté, le support des gens autour de lui et la consommation. Dave est Inuit ; il y a une dimension culturelle à son comportement. Dans cette culture, la collectivité est importante. Pour un futur appartement, il faut donc chercher un environnement très particulier qui corresponde à ces valeurs, à ce mode de vie, un milieu tolérant qui autorise sa vie en communauté. L'équipe logement³ s'est mise à chercher un appartement qui répondrait à ces critères. Il était difficile de trouver un lieu où le reloger. Un appartement près des voisins était exclu : ils seraient tôt ou tard dérangés par les va-et-vient. Il y avait aussi un secteur délimité, situé près de son réseau social, où Dave souhaite résider.

L'équipe logement lui trouve un appartement à la fin de l'été. Il est tout indiqué pour y recevoir de la visite. Le propriétaire est au courant de son mode de vie. Le logement est situé au premier étage, il y a peu d'escaliers pour y accéder. L'immeuble se trouve dans un quartier adjacent à l'endroit où il veut habiter. L'équipe est emballée. Mais deux mois s'écouleront avant que Dave accepte de le visiter et de s'y installer. Comme le temps rafraîchi, son intérêt pour y emménager se développe. Nous attendons.

Dave a passé l'hiver dans ce second appartement en compagnie d'un colocataire, puis il est retourné à la rue dès le début du printemps, avec son charriot rempli de ses effets personnels et de sa marchette. Il disait ne pas aimer l'environnement dans lequel il habitait. Des voisins l'avaient volé à plusieurs reprises et il n'a pas la capacité de se défendre. De retour à la rue, nous avons rapidement vu la santé de Dave dégringoler. Il avait de nouveau une importante infection aux yeux. Nous avons maintenu le lien avec lui, nous avons continué de lui apporter son argent placé en fiducie. Il était toujours heureux de nous voir sur la rue.

Quelque temps après, le propriétaire a expulsé les locataires qui intimidaient Dave. Un intervenant a fait valoir à Dave que dans ses conditions, l'appartement pourrait peut-être être un lieu propice où vivre. Il

³ « L'équipe logement » est une équipe du projet Chez soi qui a pour mandat de trouver des logements, principalement dans le marché locatif privé, aux participants du projet.

était d'accord. La résiliation de bail était signée, mais les meubles se trouvaient toujours sur place et le propriétaire a consenti à déchirer la résiliation. Trois autres semaines se sont écoulées avant que Dave ne retourne chez lui. C'est probablement à la suite d'une violente bagarre dans la rue qu'il a fait le constat qu'il n'était plus en mesure de faire face aux dangers de la rue et qu'il ne pouvait plus se défendre. Il a estimé que l'appartement, somme toute, pouvait lui servir de refuge.

À son retour en logement, un nouveau colocataire emménage avec lui. Ce dernier l'aide à faire le ménage, à préparer la nourriture et à faire quelques courses. Nous avons acheté une ixième marchette. Les lieux ont été aménagés pour les rendre plus conformes à sa mobilité réduite. Dave rêve de recommencer à pratiquer son art. Nous sommes allés avec lui acheter le nécessaire pour dessiner et sculpter. À cette occasion, un intervenant de l'équipe lui a demandé s'il souhaitait faire un arrêt pour saluer ses amis dans la rue. Il a répondu non. Il ne souhaite plus être à la rue pour le moment, bien que nous soyons encore en été. Il semble avoir développé un sentiment d'appartenance à son nouveau quartier; les gens le connaissent, l'environnement est tolérant, quelques personnes de la communauté inuite y résident et certaines personnes qu'il fréquentait dans la rue viennent lui rendre visite à l'occasion.

Changer le regard sur l'intervention

Il peut se passer des années avant qu'une personne définisse son identité à travers l'habitat, qu'elle s'approprie le logement non pas dans ses dimensions fonctionnelles, mais symboliques, en lui donnant sens en fonction de son identité et de son histoire. De nombreux facteurs interviennent dans ces allers-retours entre la rue et le logement. L'équipe raconte les apprentissages à tirer de ce suivi, et le travail à faire sur soi comme clinicien. Plutôt que d'envisager les nombreuses tentatives avortées, les maintes propositions écartées, les fins de non-recevoir, il convient de changer le regard sur l'intervention. Il faut « regarder autrement », c'est-à-dire du point de vue des apprentissages et valeurs de la personne, plutôt que des attentes des intervenants.

Ce qu'il faut voir, c'est qu'à travers ces suivis, nous faisons des pas. Yvon sait que nous sommes là, il a eu des expériences de logement, il a fait des démarches liées à ses déclarations de revenus, à sa santé physique. Pour ce qui est du reste, qui sommes-nous pour lui dire de ne pas vivre à la rue? Cet homme vit avec les conséquences de ses décisions et il ne s'en plaint pas. C'est d'accepter ses choix et de l'accompagner dans les quelques démarches pour lesquelles il demande de l'aide. De son côté, Dave a une adresse et un médecin. Il a commencé à voir la vie à la rue sous un autre angle. À moins qu'il y ait un risque grave, nous devrions être capables de demander aux personnes: « *Que désirez-vous? Est-ce que ça vous arrange que nous soyons là? Si on reste, il peut se passer ça. Si on part, il peut se passer ça. Qu'est-ce que vous en pensez?* » C'est la personne qui prendra la décision.

Enfin, il a un travail à faire sur soi en tant qu'intervenant pour accepter la personne là où elle est dans son cheminement, dans ses valeurs. Ce n'est jamais une solution gagnante que d'appliquer nos propres valeurs. Le rétablissement, nous l'apprenons sur le terrain. À travers les suivis, nous découvrons l'ampleur de ce que signifie respecter l'autodétermination des personnes. L'approche par le

rétablissement nécessite une redéfinition de l'intervention. Avec Yvon et Dave, ça va comme c'est supposé aller.

Cela dit, nous ne nous sommes pas arrêtés au fait que la personne puisse se sentir chez elle à la rue. Nous continuons de lui proposer de l'accompagner. Parfois, il faut ressusciter le rêve. Le désir n'est plus là. Comme si les gens l'avaient perdu de vue. Nous continuons à porter l'espoir, à proposer, nous restons présents.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS Jeanne-Mance

29. Raccrocher à la vie des personnes qui souffrent de toxicomanie

« Nous n'avions pas vu le problème de dépendance.
Si quelqu'un m'a appris que la toxicomanie n'a pas de visage, c'est bien lui. »

« Nous avons été plus insistants, nous avons persévéré pour établir cet espace de discussion
autour de la consommation. Ce n'est pas une question de le faire ou non, mais de savoir
comment bien le faire. »

– RÉSUMÉ –

Ce récit de pratique aborde des interventions liées à la toxicomanie dans le cadre de situation où des personnes mettent leur vie en danger. Il y aura un travail en gradation pour accompagner vers un arrêt de consommation, où l'équipe se donnera pour mot d'ordre qu'il faut être créatif et insistant face à des situations où des personnes se sentent impuissantes devant leur propre consommation et sont à risque de mourir. Si le suivi se construit le plus souvent autour des demandes des personnes, en se positionnant dans l'accompagnement de leur choix, il arrive que le devoir de l'intervenant de protéger les personnes d'elles-mêmes constitue une balise du travail autour de la toxicomanie, en mettant momentanément en veilleuse le travail actif autour du rétablissement. Parmi les stratégies d'intervention pour créer un espace pour parler de la consommation et mettre en place des facteurs de protection, il est ici question d'insister pour mettre la question de la dépendance à l'horaire des rencontres, de négocier des arrêts d'agir, d'établir un « plan de mort » et de faire alliance avec les acteurs autour de la personne.

Deux ans sans savoir...

Deux ans s'écouleront avant que l'équipe apprenne que Jason a un problème de toxicomanie qui met à court terme sa vie en danger. C'est au fil des indices et du témoignage de divers acteurs qu'on se fera un portrait plus juste de la situation. Les stratégies d'intervention dans le cadre du suivi seront par la suite sensiblement révisées, en tablant sur les dernières années d'expérience de l'équipe afin d'identifier des moyens concrets de travailler auprès d'une personne dont on craint pour la vie.

Dans le suivi auprès de Jason, nous n'avions pas vu de prime abord le problème de dépendance. Au cours des deux premières années, il m'avait parlé de choses qui se sont passées dans sa vie, il avait notamment été question de dépression, de problèmes de sommeil. Jason avait occupé deux emplois, mais il les avait quittés parce qu'il souffrait d'insomnie. Cela dit, nous ne faisons pas beaucoup de démarches concrètes et je ne comprenais pas ce qui l'empêchait d'aller mieux. Chez Jason, il n'y avait pas de problème de santé mentale majeure. Les gens qui vivent à la rue y sont pour une raison. Nous avons un peu de difficulté à comprendre sa situation. C'était un de mes suivis où la personne est très fonctionnelle, très autonome. Dans un souci de ne pas être intrusif, on prend ce que la personne veut raconter comme étant un problème et ses besoins pour aller vers un mieux-être. Il s'est passé deux années avant que nous identifions le problème de toxicomanie. Si quelqu'un m'a appris que la toxicomanie n'a pas de visage, c'est bien lui.

Jason a commencé un nouveau travail et avec la rentrée d'argent additionnel, il n'a plus été possible de cacher son problème de consommation. Différentes personnes se sont mises à nous appeler pour nous faire part de conduites problématiques. L'intervenante en emploi qui travaillait avec Jason a su par son employeur qu'il s'absentait du travail le lendemain de la paye. Pourtant Jason disait aimer beaucoup son emploi. Puis sa nouvelle conjointe nous a appelés un peu en panique pour nous parler de la consommation de Jason. Elle m'a laissé des messages disant qu'il y avait des seringues partout, qu'il avait été admis à l'hôpital pour un abcès au bras et qu'il ne nous en dirait rien.

Nous avons appelé Jason à l'hôpital pour prendre de ses nouvelles et il nous a autorisés à parler à son médecin. C'est par le médecin que nous avons appris que ce n'était pas la première fois que Jason était hospitalisé et que son état de santé était inquiétant : il souffrait de problèmes cardiaques très importants et c'était une question de « prochaine fois » avant que son cœur ne flanche. Il avait fait une embolie pulmonaire. Ainsi que plusieurs overdoses. Sa vie était en danger.

Il y avait eu certains indices au fil des mois, mais certains nous avaient d'abord échappés. Il y a notamment eu un épisode à son entrée en logement où Jason n'avait pas payé son loyer pendant quatre mois, et la situation ne s'était rétablie qu'à l'aide d'une fiducie. Il était bénévole dans un organisme lié à la toxicomanie. C'est quelqu'un qui est revendicateur et qui est sensibilisé aux difficultés des personnes itinérantes, alors je pensais au départ qu'il s'identifiait à ce monde-là. En fait, ces indices d'une possible consommation allaient à contre sens de ce que j'observais sur le terrain : jamais je n'avais vu Jason en état de consommation et il n'en avait jamais parlé non plus. Je savais qu'il avait un peu consommé dans le passé, mais je pensais que ce n'était plus problématique.

Je me fais la réflexion qu'il est possible qu'il ait appelé à l'aide quelques fois et que j'aie pu manquer les signes. Par exemple, au cours des deux premières années de suivi, il n'a pas signé d'autorisation pour communiquer avec d'autres personnes. Le formulaire de consentement à communiquer, nous proposons de le remplir au début du suivi, puis nous le refaisons chaque année. Je lui avais expliqué : « *si jamais il arrive quelque chose, je pourrai communiquer avec les personnes identifiées, autrement, je ne pourrai rien raconter à personne. Quelqu'un peut m'appeler et je ne pourrai pas lui parler.* » Pendant les deux premières années de suivi, Jason disait non, il n'y a personne. Ainsi, la première année, le document avait été barré. L'année suivante aussi. Puis un beau jour, il m'a demandé si j'avais une feuille avec moi pour y inscrire quelqu'un. On n'était pas dû pour refaire cette feuille d'autorisation, on venait de la faire un ou deux mois auparavant. Il était bon pour l'année. Il voulait m'autoriser à communiquer avec un intervenant de la ressource en toxicomanie où il était bénévole. OK, on l'a fait. Mais je n'ai pas appelé tout de suite. J'ai fait le lien quand j'ai su qu'il consommait. Alors, j'ai communiqué avec l'intervenant de la ressource en toxicomanie, en lui disant que j'étais inquiète, que je venais d'apprendre qu'il consommait. L'intervenant était déjà au courant de la consommation de Jason. Par contre, il n'était pas au courant de ses graves problèmes de santé.

Parmi les personnes desservies par notre équipe au cours des deux dernières années, nous avons vu plusieurs décès reliés à la consommation. Comme équipe, nous avons décidé d'orchestrer le travail autour de la toxicomanie, de nous positionner différemment à l'égard des dangers liés à la toxicomanie.

Ces situations nous ont amenés à des réflexions sur comment travailler avec les personnes, comment redonner espoir, comment rester constant quand la personne est dans le déni de la situation, quand elle abandonne, quand ça dérape? Ça nous a amenés à chercher de nouvelles façons de faire, à prendre une position plus claire en regard de ces situations-là où des personnes mettent leur vie en danger. Nous nous sommes outillés pour être plus à l'aise à orienter les suivis sans craindre d'être directifs. À cette époque, nous avons consulté certaines personnes qui étaient passées par des épisodes très difficiles de consommation. Ces personnes nous ont parlé de leur impuissance face à la dépendance. Des personnes qui avaient tout essayé et qui disaient : « *j'ai peur de mourir, mais je ne suis pas capable d'arrêter. Les thérapies ne marchent pas pour moi.* »

Ces réflexions nous ont menées à remettre en question l'idée que la consommation est un choix. Il y a aussi parfois beaucoup d'impuissance vécue par les personnes. J'ai du mal à croire que quelqu'un décide de se *shooter* ou de faire de la prostitution par choix. Il peut y avoir autant de raison, c'est son histoire, mais je ne peux pas, en tant qu'intervenant, arrêter d'espérer qu'à un moment donné la personne se sentira un peu mieux, qu'elle aura la force de désirer autre chose pour elle-même.

Comme équipe, ce dont nous avons convenu dans le suivi auprès de Jason, c'est d'orienter le suivi pour que la question de la toxicomanie reste à l'ordre des rencontres. On ne fera pas du déni avec la personne, c'est un minimum. D'être constants, de revenir à la charge, même si on peut parfois craindre que la personne se mette en colère. On va travailler à reconstruire une estime, à reconstruire un espoir. C'est d'être là, d'être à l'écoute, d'essayer de comprendre d'où ça vient. En parler ouvertement, lui permettre de parler librement de son expérience également. De parler de l'impuissance, de la honte, de l'humiliation des divers essais ratés, du désir de s'isoler. Du sentiment qu'il est trop tard, que la personne a raté sa vie.

Mettre la table pour une discussion sur la dépendance

La cheffe d'équipe ira voir Jason pour ouvrir la discussion sur la dépendance. Il s'agira de l'aider à aborder ce sujet resté tabou au cours des deux premières années du suivi et de lui offrir l'aide de l'équipe. Le travail de l'équipe consistera dorénavant à garder le sujet de la consommation à l'ordre du jour des rencontres, d'établir un portrait de la situation avec Jason et d'être à l'écoute de sa souffrance.

Étant donné les dernières informations que nous avons eues, nous savions que Jason avait un problème grave de consommation et que sa vie était en danger, il était à risque d'une overdose. Il fallait que quelqu'un aille parler de « l'éléphant rose » : *tu n'abordes pas le sujet, donc je ne l'aborde pas.* C'est la cheffe d'équipe qui l'a rencontré pour faire l'intervention initiale. Elle lui a fait part des inquiétudes de l'équipe. Elle lui a dit : « *nous savons que tu consommes. Vu la situation, il m'apparaît important que nous parlions des vraies affaires. Je suis venue te dire ce que je vois et t'offrir notre aide. Mais la décision t'appartient. Si tu décides de ne rien faire, nous allons gérer notre impuissance, et toi tu vas gérer le risque.* » Nous ne lui avons pas posé la question, nous l'avons mis devant le fait accompli. Il ne l'a pas avoué, mais il ne l'a pas nié non plus. Il n'arrivait tout simplement pas à le nommer. Il a fallu qu'on le devine. Ensuite, nous avons pu en parler.

Nous voulions établir un portrait de la situation, de son point de vue. De notre côté, nous étions inquiets. Et pour lui, était-ce un problème? Est-ce qu'il avait peur de mourir? Jason a répondu que oui, il était parfois inquiet. Il savait que les précautions qu'il prenait n'étaient pas suffisantes pour lui éviter l'overdose. Il a parlé des risques qu'il percevait, dont le fait de consommer seul. Lors de cette première discussion autour de la toxicomanie, il a un peu parlé des thérapies qu'il avait déjà faites et des multiples échecs qu'il avait connus, de la honte associée à sa consommation de cocaïne. Que de s'en sortir dépendait de sa volonté et qu'il ne sentait pas qu'il avait cette détermination. Jason n'a pas dit : « *mêlez-vous de vos affaires* », auquel cas, nous n'aurions pas pu faire grand-chose. Au contraire, il a été touché par notre intervention et il a confirmé qu'effectivement, il avait peur. Il a parlé qu'il aimait beaucoup son nouveau travail, qu'il s'y sentait utile, valorisé. Il y avait également une nouvelle conjointe dans sa vie. Travail et conjointe étaient des choses auxquelles il tenait, qu'il n'avait pas eues depuis longtemps. Malgré tout, il disait ne pas arriver à cesser de consommer.

J'ai ensuite accompagné la cheffe d'équipe lors de deux autres rencontres, pour voir un peu comment elle amenait la question, puis j'ai repris le suivi. Il a fallu insister au début. Et au départ, il a fait de petits « acting out » : on est en train de parler et il se lève, il va regarder ses fleurs ou encore il prend le balai et commence à nettoyer la pièce. On observait qu'à ce moment-là, l'angoisse montait. Nous le regardions et nous lui disions : « *ça semble difficile pour toi d'en parler.* » Il s'agissait de nommer ce qui se passait dans l'ici et le maintenant, de l'accompagner dans ce qu'il était en train de vivre. Puis, au fil des rencontres, il a été plus à l'aise, il s'est ouvert. Il ne cachait plus sa consommation. Lors d'une rencontre, j'ai passé deux heures et demie avec lui. Habituellement, ce sont des rencontres d'une heure, mais il avait tellement de choses à dire que je suis restée là. Il m'a dit qu'il consommait de la cocaïne par injection depuis des années, comment il consommait, toute l'histoire de sa vie autour de la consommation. C'était une consommation très à risque, il avait manqué mourir d'une overdose à quelques reprises. Pendant deux ans nous avions manqué le but et tout à coup, ça sortait en vrac!

Ce n'est pas parce que les personnes ne parlent pas de leur consommation qu'il n'y a pas de problème. Si elles n'en parlent pas, c'est parfois que l'anxiété que ça génère est intolérable. Il faut connaître les signes qui permettent d'identifier un possible problème de dépendance. Il faut affiner notre regard dans l'intervention. Il y a beaucoup de honte associée à la toxicomanie. Nous lui avons offert un espace où il pouvait se raconter, tout simplement. Un espace pour parler de ce qu'on vit quand on a des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie; que notre famille ne veut plus rien savoir, parce qu'on a épuisé notre réseau. De la honte de n'avoir plus d'argent, l'impression de n'avoir de valeur pour personne. Il y a beaucoup de ressources en toxicomanie pour t'aider à t'en sortir, mais pas pour aider à ventiler sur ce que c'est que d'être dans la consommation tout le temps. Un espace pour simplement partager son vécu. C'est dans cet espace de liberté que l'espoir commence à naître. Cet espace où je peux me dire, et commencer à me comprendre moi-même auprès d'une personne qui ne me juge pas, qui peut m'accueillir. Quand on parle de savoir-être, quelque chose d'essentiel est d'être capable d'accueillir la souffrance de l'autre dans toute son intensité. C'est une première étape. Rester là, écouter, tout simplement. La deuxième étape vient toute seule et elle vient de la personne.

Nous avons fait un travail de persévérance avec Jason. On se disait : à n'importe quel moment, on peut nous appeler pour nous informer qu'il est mort. Lors des rencontres suivantes, l'idée était de persister et de le confronter au risque réel de mourir, et de faire contrepoids au déni. Nous avons été plus insistants pour construire cet espace de discussion autour de la consommation et pour nommer ce que nous étions en train de voir. Ce n'est pas une question de le faire ou pas, mais de savoir comment bien le faire. Comment faire les interventions, sachant qu'elles vont être plus intrusives et directives, pour amener la personne à faire face à la réalité, pour démanteler la défense que constitue le déni? « *Je sais qu'en ce moment tu es sûr de toi, mais je me demande, la journée que tu auras ton chèque, comment ça va se passer. Il y a quelque chose qui fait que tu n'y arrives pas, mois après mois. Cette envie de te sentir quelqu'un d'autre pour quelques instants... Qu'est-ce que tu dirais si on faisait quelque chose pour te protéger?* »

Nous lui avons demandé ce que nous pouvions faire pour l'aider. Des rencontres plus ciblées à certains moments du mois où la tentation de consommer était plus présente? Des rencontres plus fréquentes? C'était également de lui dire : « *pour la thérapie, nous sommes prêts quand tu veux.* » Nous avons fait les premiers pas. Il ne s'agissait pas de tester sa volonté. Parfois, il y a une fenêtre de motivation de 24 h et il faut la saisir quand la personne est prête. Au fil des discussions, nous avons aussi abordé le fait qu'il n'y a pas de thérapie parfaite. Possible que la nourriture, l'horaire, le personnel ne lui conviennent pas entièrement, mais qu'il fallait se centrer sur son objectif à lui.

Un travail de persévérance

L'équipe va en place diverses stratégies d'interventions visant la protection de cet homme dont les pratiques de consommation le mettent à risque de décès. L'autorisation de communiquer va jouer ici un rôle important dans le travail de prévention, pour travailler avec une autre ressource et partager la responsabilité entre différentes personnes. Après que toutes les stratégies pour travailler la motivation de Jason aient été épuisées, l'équipe conviendra de faire avec lui un « plan de mort ».

J'ai eu beaucoup d'appui de la part de l'intervenant de la ressource en toxicomanie. Nous avons chacun notre morceau du casse-tête. Entre nous, on s'est dit qu'il fallait essayer d'amener Jason vers une thérapie parce que sa vie était en danger. Nous faisons le constat que la situation était rendue très loin. Nous avons travaillé ensemble, nous nous sommes parlé souvent. Si Jason manquait un rendez-vous avec moi, j'appelais l'intervenant, et vice-versa. Toute mon équipe était aussi au courant des derniers faits et des stratégies d'intervention. Je m'assurais d'avoir un autre intervenant pour me remplacer si je m'absentais, pour qu'il y ait vraiment une continuité dans le suivi. À un moment ou à un autre, nous avons tous été impliqués. Nous étions inquiets que ça finisse mal pour Jason. Et sa conjointe continuait d'appeler, ce qui était parfois dérangeant, mais ça nous permettait également de voir l'ampleur du problème.

Pendant un moment, Jason allait à ses rendez-vous médicaux, pour les prises de sang, etc. Puis, il a cessé d'y aller. Je sentais qu'il s'abandonnait. J'étais très inquiète. J'y pensais les fins de semaine. En revenant au travail le lundi, je craignais d'apprendre qu'il soit mort. C'était une période très critique. Et c'est

pourquoi nous avons décidé d’être plus directifs dans l’intervention. C’était un enjeu de vie ou de mort. Même si c’est un adulte et que c’est lui qui fera le choix de vivre ou non. Moi, j’ai une responsabilité, nous sommes devant quelqu’un qui ne va pas bien, qui est souffrant. Je ne peux pas juste être témoin de cette situation. La personne nous dit qu’elle ne se sent pas capable de faire mieux.

Nous avons fait un travail en gradation et quand tout a été fait pour le motiver, pour l’informer sur les risques, nous avons tenté une stratégie pour avoir un impact. Nous avons convenu en équipe de faire un plan de crise avec Jason, que nous avons en fait appelé un plan de mort. Le but était de le sortir du déni, de le faire réagir. Nous voulions nous assurer qu’il était conscient de l’ampleur de la situation. C’est pourquoi nous avons décidé de lui demander ce qu’il voulait que nous fassions s’il lui arrivait de mourir.

Je suis allée chez lui et je lui ai dit : *« On va faire une activité qui ne sera pas tellement le fun, mais je pense que c’est nécessaire. Tu sais que nous avons eu des décès dans l’équipe, et souvent on ne s’y attendait pas. Et on ne savait pas quoi faire, avec qui communiquer, ce que la personne aurait souhaité avoir comme cérémonie. Et vu que ta santé est tellement fragile en ce moment, que tu es à risque d’une overdose, je pense que ça vaut la peine qu’on ait cette discussion-là. Je voudrais pouvoir t’honorer dans tes souhaits après la mort. Qui est-ce que tu voudrais que je contacte, etc. ? »* Il était un peu secoué de cette intervention, mais il donnait les informations. Il s’est engagé dans l’exercice. Je voyais que ça le touchait, mais il m’a dit que je pouvais appeler sa sœur, il m’a donné un numéro de téléphone. Il l’a bien pris, malgré que ça rende l’idée de la mort très concrète.

C’est suite à ce plan de mort que Jason a accepté une première fois d’aller en thérapie. Il a accepté que nous travaillions en équipe pour l’aider. Nous avons organisé une rencontre-réseau avec Jason et les acteurs qui le connaissaient : l’intervenante en emploi (IPS), l’intervenant de la ressource en toxicomanie et nous. L’objectif de la rencontre était d’avoir un portrait général de la situation et de voir comment on pouvait mieux appuyer Jason dans son désir d’aller en thérapie. Nous avons exploré les solutions avec lui. À ce moment-là, il a été planifié comment serait payé l’appartement et les factures lors de son séjour en désintoxication, qui arroserait les plantes, comment serait payée la ressource. Cette rencontre a aussi été l’occasion pour que les différentes personnes autour de Jason prennent acte de la gravité du problème.

Il a ainsi été prévu que Jason parte en thérapie au début novembre, la journée du chèque d’aide sociale. Erreur. Le besoin de consommation était trop fort pour qu’il résiste et il a consommé son chèque. Suite à cette rechute, Jason s’est isolé des différentes personnes qui avaient été impliquées dans la planification de la thérapie. Nous l’avons perdu de vue et nous étions inquiets. Sa boîte aux lettres était pleine. Il avait été absent à son dernier rendez-vous avec moi et trois jours plus tard, ni moi ni les ressources qui le connaissaient n’avions eu de ses nouvelles. Il s’était également absenté de la ressource où il était bénévole, sans avertir. Autant de comportements inhabituels chez lui. Alors, nous nous sommes déplacés à deux intervenants jusque chez Jason pour voir comment il allait. Nous étions prêts à demander l’aide des policiers pour défoncer, parce qu’on craignait qu’il soit décédé dans son appartement. Comme il ne répondait pas à la porte, nous sommes grimpés sur son balcon pour regarder par la fenêtre. Il est passé dans le salon et il nous a vus, les deux intervenants le nez collé dans sa

fenêtre! Il avait voulu nous éviter, mais là il ne pouvait plus! Il a ri un peu. Il nous a ouvert la porte. De voir ainsi tout le monde se mobiliser autour de lui, sans le juger, semble avoir eu un impact fort sur lui. Jason a été touché que nous n'abandonnions pas. Il a dit : « *vous y tenez vraiment, hein? Vous ne lâcherez pas?* » À cette occasion, il m'a proposé de prendre ses clefs, pour ne pas avoir à défoncer la prochaine fois!

Nous avons refait la planification de son départ en thérapie, en ne misant plus sur le premier du mois cette fois-là. Un intervenant a fait un arrangement avec la ressource en toxicomanie pour que le paiement s'effectue un peu plus tard via la fiducie du projet. Et la ressource est venue chercher Jason directement chez lui. Une semaine après cette visite à domicile, Jason partait en thérapie. Cette nouvelle tentative pour aller en thérapie fut la bonne. Jason avait vidé et débranché son réfrigérateur. Un signe qui nous disait que cette fois-ci, il avait l'intention d'aller jusqu'au bout.

Jason aura bientôt complété ses quatre mois de thérapie. Ça ne veut pas dire qu'il ne rechutera pas quand il sortira, mais au moins son corps a pris une pause. Et puis il a goûté à l'abstinence. Il a également travaillé des choses sur lui. Il m'a appelé dernièrement pour me dire qu'il travaillait des choses difficiles et qu'il se rendait compte que le plus dur commencerait lorsqu'il sortirait de thérapie. Pendant ces quatre derniers mois, je suis allée chez lui pour prendre son courrier et arroser ses plantes régulièrement. C'était pour lui une condition pour pouvoir partir en thérapie.

Retour sur ces interventions : négocier des arrêts d'agir et taper sur le même clou

Pour terminer, l'équipe SIV-Diogène propose une réflexion sur la ligne fine qui consiste à identifier les situations où les personnes se mettent en danger, à mettre tout en œuvre comme intervenant pour la protéger, sans par ailleurs s'inscrire dans une prise en charge. Un travail tout en nuance où se combinent empathie et persévérance.

Nous avons appris à faire preuve d'une certaine insistance en regard de la toxicomanie dans certaines circonstances, à travailler sur une façon empathique et chaleureuse d'aborder le sujet, sans attendre que la personne en parle d'elle-même. Le décès de certains participants nous a menés à mieux orienter nos interventions. Nous avons appris à ne pas confondre le respect de la personne et de ses choix, avec le fait de faire du déni avec elle. Il y a des situations où il faut d'abord travailler à retirer les obstacles au rétablissement. Le déni est un mécanisme de défense fréquent parmi les personnes que nous desservons. Nous devons être capables de nous positionner, de créer un espace dans la relation d'aide pour aborder la question de la toxicomanie. Il faut fixer des objectifs avec la personne et négocier des arrêts d'agir pour les comportements destructeurs. Il faut nommer la réalité telle qu'elle est, en restant bienveillant et empathique. Refléter, être persévérants, faire des liens entre les différents incidents et la consommation. Ça ira parfois au compte-goutte, mais il ne faut pas perdre le fil et continuer à taper sur le même clou. « *Tu vas me trouver plate, je vais insister encore aujourd'hui pour que nous en parlions...* » ; « *OK, si tu ne veux pas en parler aujourd'hui, nous y reviendrons la prochaine fois.* » « *Je pense que c'est important que j'insiste...* » Ainsi, plutôt que de se dire qu'on n'abordera pas une question puisque la personne ne veut pas en parler, il s'agit de voir que les différentes stratégies mises en œuvre

par cette dernière (changement de sujet, nouvelles urgences qui surgissent subitement, un optimisme à outrance) témoignent de son malaise. Parfois, il revient à nous à aborder le sujet, à faire les premiers pas. C'est là où il est important d'avoir un lien de confiance.

Il s'agit ici de situations extrêmes, et non pas de la majorité des suivis qui concernent des personnes qui consomment. On parle de situations qui s'apparentent à la crise suicidaire, où la vie de la personne est en danger et où notre travail est de sortir la personne de la passivité extrême, de l'abandon. Comme équipe, nous avons notamment fait une liste des personnes à risque de mourir, qui oriente nos priorités d'interventions. Insister et être proactif dans l'intervention autour de la toxicomanie, c'est autre chose qu'une prise en charge, autre chose que de faire violence à la personne, du paternalisme ou du chantage émotif. Il faut insister d'une façon bienveillante, mais ferme. Nous avons appris à oser être directifs en nous appuyant sur l'entrevue motivationnelle. Il s'agit d'orienter le suivi, d'être créatifs et de demeurer flexibles.

Projet Chez soi à Montréal

Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), Diogène

30. Terminer la relation d'intervention ... tout en s'assurant que les personnes gardent leur élan

« Les gens qui ont vécu longtemps à la rue ont souvent une faible estime d'eux-mêmes. Le bilan sert à explorer avec les personnes que ces étiquettes qu'elles portent sur elles-mêmes ne sont plus aussi pertinentes qu'elles l'ont été. »

— RÉSUMÉ —

Dans le cadre du projet Chez soi, on s'adresse à des personnes combinant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale qui ont parfois été longtemps éloignées des services, et ce, pour diverses raisons : stigmatisation de la part des services, méfiance, désorganisation ou comportements agressifs. À la fin du projet Chez soi, une préoccupation des intervenants de l'équipe SIV CSSS J-M consistera à s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de services, que la personne conserve ses acquis et qu'une certaine vision cette personne, construite au fil des années dans le cadre d'une approche du rétablissement, soit transmise au nouvel intervenant ou à la nouvelle équipe. À la fin du suivi, les intervenants veilleront aussi à valoriser les pas faits par la personne dans le cadre du suivi, notamment à travers le bilan. Ce retour visera aussi à identifier ce qui a aidé la personne dans le suivi, et éventuellement contribuer à la réconcilier avec le réseau des services.

Deux suivis sont ici relatés. Le premier concerne le transfert personnalisé du dossier d'une jeune personne qui souffre de schizophrénie et qui a de la difficulté à exprimer ses besoins, afin que soient préservés ses acquis. Le deuxième raconte les précautions prises avec une femme qui a un lourd parcours d'exclusion, afin de bien terminer la relation d'intervention et qu'elle puisse en faire une expérience positive. En conclusion, l'équipe SIV souligne l'importance de tenir compte également de l'environnement de la personne dans le cadre de la fin d'un suivi.

« Faire une rencontre à trois »

Fatima est une jeune femme qui parle peu et qui a des difficultés à entrer en relation. Dans un contexte où se doit se terminer la relation d'intervention, l'intervenante va organiser un transfert personnalisé vers une autre ressource en s'assurant que les besoins de Fatima soient bien entendus et qu'elle ne soit pas laissée à elle-même. Il s'agira de s'assurer que la personne n'aura pas à prouver son besoin d'aide, à recommencer à zéro pour obtenir des services. L'intervenante va également faire un nouveau plan d'intervention avec Fatima, pour lui permettre de clarifier ce qu'elle souhaite continuer de travailler et l'aider à se situer à l'égard de la nouvelle relation d'aide qui s'amorce. La fin du suivi sera également saisie pour faire le bilan avec Fatima du suivi dans le cadre du projet Chez soi.

Les démarches qui vont s'échelonner sur plusieurs mois permettront de faire une transition en douceur avec le nouvel organisme d'accueil. Il s'agira de sensibiliser la relève, de les informer sur la manière dont on a travaillé avec la personne, les bons coups, ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien.

Fatima est une femme d'origine dominicaine née au Québec. Elle a 32 ans et souffre de schizophrénie paranoïde. Elle a parfois des idées délirantes, mais ce sont surtout les symptômes négatifs de la schizophrénie sont très présents chez elle : son affect est généralement plat et elle ne va pas vers les autres. Ça donne de prime abord une impression de nonchalance, mais quand on la connaît on sait qu'elle a de la difficulté dans ses interactions avec les autres et qu'elle ne comprend pas très bien les rôles sociaux.

Avant son entrée au projet, Fatima a vécu une situation un difficile : elle a accouché de son quatrième enfant et la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) lui en a retiré la garde dès la naissance. Fatima n'en parle pas. Le suivi a beaucoup tourné autour de l'organisation de sa vie : son budget, la propreté de son logement, des démarches administratives, les factures. Pendant son suivi, un autre gros morceau fut le travail d'accompagnement par une conseillère en adaptation au travail (agente IPS). Fatima a travaillé quelques mois chez Walmart et la conseillère a beaucoup travaillé avec elle pour s'intégrer à son milieu de travail. Fatima a également un psychiatre depuis plusieurs années et qui a continué de la suivre aux trois mois pendant qu'elle était au projet. Nous avons eu une belle collaboration de sa part, notamment lorsqu'elle a fait son retour au travail, afin d'ajuster la médication pour ses horaires de nuit.

Nous avons bien préparé la fin du suivi avec Fatima, bien qu'elle était déjà partiellement attachée à des services. D'abord, j'ai pris contact avec l'intervenante d'une autre ressource qui serait attitrée à son dossier. Nous avons eu deux conversations téléphoniques lors desquelles j'ai fait le portrait de Fatima, de ses objectifs, ses plans d'intervention, ce que nous avons travaillé, toutes les démarches autour de l'emploi, quels étaient les progrès réalisés, ce qu'elle souhaitait faire dans son suivi, quelles étaient ses difficultés et ses forces en logement. Ce fut l'occasion de noter que Fatima se débrouille bien maintenant, elle gère son budget et elle a de l'argent à la fin du mois, elle mange bien, elle s'occupe de son chat. Parmi les besoins qui demeurent, elle a certaines difficultés à comprendre les papiers administratifs. Par exemple, elle avait retrouvé ses bulletins de paye de Walmart et elle a cru qu'il s'agissait de chèques, alors elle les a déposés au guichet. Elle a par la suite été accusée de fraude et il a fallu aller régler ça avec la banque.

Notre suivi se terminant en mars, à la fin décembre nous avons fait une rencontre à trois : Fatima, la nouvelle intervenante et moi. Lors de cette rencontre, j'ai laissé Fatima parler du suivi et des objectifs qu'elle voulait atteindre. Elle a beaucoup axé son bilan sur les derniers mois du suivi. Elle a parlé de Walmart, puis elle s'est concentrée sur le fait qu'elle faisait des démarches pour émigrer dans un autre pays. Elle voulait savoir si la nouvelle intervenante pouvait l'aider dans ces démarches-là. Puis à la fin, j'ai complété le portrait des différents plans d'intervention qui avaient été fait avant, ce sur quoi nous avons travaillé. Ensuite, l'intervenante s'est présentée et lui a expliqué son rôle. À la fin, on s'est occupé de choses plus techniques. Nous avons parlé du transfert de la fiducie pour le logement. Fatima a déjà perdu un logement social parce qu'elle n'avait pas payé son loyer. Elle gère bien son budget désormais, nous aurions pu envisager de retirer la fiducie, mais nous avons convenu avec Fatima que lorsqu'elle et la nouvelle intervenante jugeraient qu'elle serait prête, il serait toujours possible de retirer ce service. Fatima était d'accord et elle a signé le transfert de la fiducie.

Au retour des Fêtes, j'ai préparé un plan d'intervention de fin de suivi avec Fatima. Je lui ai demandé ce qui pourrait être pertinent comme objectifs à travailler ensemble, dans l'optique où notre suivi ensemble se terminait en mars. Nous avons prévu de faire un sevrage progressif, et d'intercaler les rencontres entre moi et la nouvelle travailleuse sociale au début de janvier, mais son emploi du temps ne lui a pas permis. Cela dit, Fatima ne manifeste pas de malaise à l'égard de la fin du suivi et de l'idée de passer d'une personne à l'autre. Malgré cela, j'ai tout de même vu qu'elle était plus proactive lorsque j'ai commencé à parler de la fin de son suivi à Chez soi : elle faisait plus de demandes. C'était beau à voir.

En mars, j'ai eu ma dernière rencontre avec Fatima. À cette occasion, je lui ai demandé : *« j'aimerais que tu me parles de ton expérience. Comment tu étais quand tu es arrivée au projet Chez soi, comment tu as trouvé ça, comment tu es aujourd'hui, et quels sont tes projets d'avenir. »* Ce fut vraiment très intéressant de faire cet exercice avec elle. Elle a été étonnamment loquace, contrairement à son habitude. Elle a dit que ce qui est beaucoup ressorti du projet Chez soi, et je pense que le suivi de l'agente IPS y a beaucoup contribué, c'est : *« maintenant, je peux faire la conversation. Moi, je ne savais pas faire la conversation avec quelqu'un. Je ne savais pas ce qu'il fallait faire et ce qu'il fallait dire. Maintenant, je suis capable. »* Elle a dit aussi que ça lui avait permis d'apprendre comment parler avec son médecin et sa travailleuse sociale pour nommer ses besoins, ses objectifs, parler de ce qui est déranger dans son environnement pour qu'on puisse l'aider. Le projet a donc été important au niveau de ses habiletés sociales. Elle a de nouveaux repères. Une autre chose que Fatima a identifiée, c'est qu'elle a aimé ne pas être tenue de faire quelque chose toutes les semaines. Je respectais son rythme, si c'était trop pour elle de nous voir pendant une heure cette semaine-là, nous écourtions la rencontre.

Avec Fatima, on ne sera pas dans l'émotif, elle ne nous dira pas ce que ça lui apporte émotionnellement. C'est toujours un peu technique, un peu formel. Mais ce que ça lui a apporté, elle a été capable de le nommer. Le plus souvent dans nos rencontres, je n'avais pas de rétroaction. J'étais très heureuse en sortant de cette rencontre. Voilà un an que je suivais Fatima. Lorsqu'on se retrouve devant une personne avec qui il est difficile de discuter, difficile d'obtenir son point de vue et qu'elle termine le suivi en donnant accès à ce que le suivi lui a apporté, sa vision des choses, c'est extrêmement intéressant. Je n'avais pas pris conscience qu'elle pouvait avoir ce type de discours. Je me fais la réflexion que si c'était à refaire, avec une personne comme Fatima, je prendrais plus le temps d'ouvrir sur des questions ouvertes, générales et de la laisser broder autour de ça : *« parle-moi de ton expérience jusqu'à présent »*. Comme quoi, il y a des apprentissages à faire jusqu'à la fin pour nous aussi en tant qu'intervenants!

« Donner un sens à la fin du suivi »

Guylaine a longuement vécu en situation d'itinérance et son parcours est ponctué de relations d'exclusion, des relations le plus souvent brèves, marquées par la rupture et le sentiment d'échec. Elle avait peu vécu de relation positive avant le suivi offert par l'équipe SIV. Au fil des deux dernières années, s'est établie avec l'intervenante une relation dans la constance et le lien est devenu significatif. Aussi, au moment où se termine le projet, il s'agira de veiller à ce que la fin du suivi ne soit pas vécue comme un abandon, en aidant Guylaine à comprendre ce qu'elle vit, à s'y préparer, à y donner un sens.

L'intervenante va proposer une façon positive de voir la fin de la relation, en la situant comme un apprentissage. Bien terminer la relation visera à outiller la personne dans ses habilités relationnelles, à faire du modeling et à réparer le sentiment d'exclusion vécu par le passé. On espère que la relation positive développée avec un intervenant permettra de nourrir l'espoir, de réconcilier la personne avec le réseau des services, de croire qu'elle peut trouver réponse à ses besoins.

Parmi les démarches pour terminer la relation de façon positive, l'intervenante proposera de faire un bilan des dernières années, afin d'identifier les nombreux apprentissages et ce qui sera poursuivi par la personne par la suite. Pour la personne, cet exercice permet de constater le chemin parcouru. Pour l'intervenante aussi.

Guylaine a 55 ans et elle a vécu plus de vingt ans en situation d'itinérance. Elle a vécu dans la rue et non seulement dans les ressources. Elle a fait de la prostitution, elle a beaucoup consommé, de la cocaïne particulièrement et du crack. La consommation fait encore partie de sa vie. Quand j'ai pris le relais du suivi auprès de Guylaine, elle logeait dans un édifice où vivaient des personnes particulièrement défavorisées : des gens très près de l'itinérance, ça parlait fort à toutes heures du jour et de la nuit, les personnes étaient toujours en état de consommation. Quand Guylaine a reçu les meubles du projet, elle les a vendus tout de suite. Toutes les semaines, elle vidait ce qu'elle avait, il y avait de nouveaux meubles qui entraient, une nouvelle télévision, le matelas avait changé. Rien n'était stable dans son appartement. Elle disait que le fait de rester dans cet endroit-là lui nuisait à cause des consommateurs. Elle a déménagé une première fois. Elle a à nouveau vécu des difficultés en lien avec sa consommation par injection à cause d'un voisin qui était lui aussi un consommateur. Elle a déménagé une seconde fois. C'est suite à cela qu'elle a commencé à trouver une certaine stabilité en logement.

Depuis qu'elle est dans son nouvel appartement, soit environ 8 mois, il y a des cadres accrochés sur les murs, qui y sont toutes les semaines. Une bibliothèque est là depuis le début aussi, il y a des livres à l'intérieur. Un matelas toujours à la même place, sa télévision, sa table. Elle a commencé à accumuler des biens, à les garder et à se sentir chez elle. Ça peut paraître simple, mais elle a un rideau dans sa grande fenêtre qu'elle a pris la peine d'installer comme il faut et qui donne une belle lumière. On rentre chez elle et c'est accueillant. Elle a souvent des bonbons ou une liqueur pour m'accueillir. Elle s'est liée d'amitié avec une voisine.

Au cours de nos rencontres, Guylaine était à l'aise de parler, mais ça devenait plus ardu lorsqu'il s'agissait de parler de ses difficultés. Nos rencontres commençaient par un « comment ça va », elle parlait de ses affaires en général, on effleurait tous les sujets, mais quand je rentrais dans le vif d'un sujet, par exemple la consommation, ou que je posais des questions, elle présentait rapidement des signes de nervosité. Elle se referme rapidement quand on va toucher à quelque chose. « OK, c'est assez pour aujourd'hui. » Et la semaine prochaine si ça ne lui tente pas, elle est malade... Elle a un diagnostic de maladie affective bipolaire et de trouble de personnalité limite. Guylaine est par ailleurs une personne honnête et j'ai également été authentique avec elle dans le suivi. Ça nous a servi beaucoup. On a appris à se connaître là-dedans. Elle s'est permis de comprendre qu'il était normal que je pose des

questions dans le cadre de mon travail, que cela avait pour but de mieux comprendre. Je continuais de parler de sujets plus délicats, même si je savais que ça allait créer un malaise.

Au cours de l'année et demie où nous avons travaillé ensemble, Guylaine disait que dans le passé, rapidement elle mettait fin à ses suivis, parce que toucher à ses bobos, elle n'aimait pas tellement ça. Parmi les conditions de participation au projet Chez soi, on doit accepter un suivi psychosocial en même temps que le logement. Ceci l'a un peu obligé à créer un lien et à avoir quelqu'un à rencontrer toutes les semaines, et ça n'a pas nécessairement été mauvais pour elle.

Je savais que ce ne serait pas simple d'aborder la question de la fin du suivi. En décembre, je lui ai dit que nous attendions des nouvelles à propos de la fin du projet. Je lui ai dit que je m'étais fait une feuille indiquant ce que j'avais à travailler, selon moi, avec chaque personne jusqu'en mars. Et j'ai dit : « *Rendue à toi, je ne savais pas trop. J'avais envie qu'on en parle.* » Là, tout de suite, je l'ai vu se refermer.

- Tu n'aimes pas qu'on parle de la fin du projet?
- Non, pas vraiment. Écoute, je pense que j'aimerais mieux qu'on ne se voit plus. Je vais finir ça maintenant. C'est correct. Tant qu'à ce qu'on continue et que ça ne donne rien.

Selon ma lecture, ce qui était en train de se rejouer là, c'était le rejet qu'elle a vécu dans sa vie. Elle préférait terminer ça elle-même maintenant, pour avoir le contrôle sur la situation. Pour ne pas se faire rejeter une nouvelle fois, pour ne pas souffrir de ça très longtemps. Alors j'ai repris avec elle. Elle m'avait parlé de tous les abandons qu'elle avait vécus dans sa vie, du fait qu'elle n'a jamais vraiment eu une relation positive. Les relations qu'elle a eues étaient le plus souvent violentes, elle s'est fait abandonner, elle a été adoptée étant jeune et elle est passée d'une famille d'accueil à l'autre. Elle a essayé de reprendre contact avec sa mère biologique, mais ça n'a pas fonctionné. Guylaine n'a pas eu de lien significatif, sur le long terme, qui lui aurait permis de se rendre compte qu'il y a des choses agréables dans une relation, mais qu'il y a des moments où c'est plus difficile aussi, ou plus irritant. Il s'est agi de voir la dynamique qu'il y avait derrière sa réaction de repli. D'entendre ce qui est en train de se passer, de voir la peur de l'abandon.

Lors de cette rencontre, je lui ai dit que j'avais envie qu'elle ait un exemple d'une relation significative positive. Et pour ça, notre relation devait se terminer d'une manière positive. Et la manière positive, n'était pas d'y mettre fin cette journée, mais de se préparer à cette fin. Je lui ai dit que dans le cadre de la relation positive que nous avons développée, il y a le début, mais il allait y avoir une fin, et qu'une fin, ça se prépare. Ce n'est pas toujours agréable, mais il y a un bilan qu'on a à faire ensemble. Je lui ai dit : « *pour toi, j'ai envie qu'on finisse ça tranquillement et qu'on le prépare bien.* » Et j'ai ajouté que pour moi, c'était important également que ça ne se finisse pas sec. Moi aussi, dans une relation qui a duré longtemps, j'ai besoin qu'on en parle et qu'on finisse la relation sainement. Elle a fini par dire : « *OK, je vais le faire pour toi.* » Je lui ai rappelé que ce n'était pas juste pour moi, que c'était pour elle aussi, pour qu'elle ait un bel exemple d'une belle fin de relation. Elle avait été plutôt d'accord. Ça a été une grosse rencontre et c'était vraiment touchant.

C'était en décembre. Elle m'a demandé de convenir que la prochaine fois que je lui reparlerai de la fin du projet, ce serait quand je saurais exactement quand le projet se termine, quand la subvention au logement se termine et quand je ne serais plus là. Par la suite, nous avons eu des rencontres où nous ne parlions pas de la fin du projet; nous avons continué à parler d'elle, de l'amitié qu'elle a développée avec une voisine et qui est très positive pour elle.

J'ai à nouveau ouvert sur la fin du projet quelques semaines avant la fin mars : « *la dernière fois qu'on a parlé de la fin du projet, tu m'avais dit que tu voulais seulement qu'on en parle quand j'aurais des nouvelles. Là, j'en ai. Est-ce que c'est correct pour toi si je t'en parle aujourd'hui?* » Elle a dit oui. Je lui ai dit qu'il était possible que la semaine prochaine soit notre dernière rencontre. Je lui ai parlé de la possibilité d'avoir un nouveau suivi dans son secteur. J'avais parlé avec les gens du CSSS et ils avaient l'air très gentils, ouverts, on pouvait faire un transfert personnalisé et se rencontrer tous ensemble. Guylaine est restée relativement calme. Elle m'a dit qu'elle ne voulait pas de suivi pour la suite. Elle l'a dit avec sa tête, pas seulement avec son impulsivité : « *je crois que là où je suis rendue en ce moment, ça va bien.* » J'ai quand même essayé de voir avec elle si le suivi qu'elle avait eu avait été utile. « *Si ça été utile, peut-être que ce pourrait être utile pour toi de continuer avec quelqu'un d'autre?* » Elle a dit : « *non, je suis vraiment contente de comment ça s'est passé. Mais ça va être difficile de recommencer avec quelqu'un d'autre. Une nouvelle relation, que quelqu'un d'autre apprenne à me connaître, je n'ai pas envie de ça et je me sens assez confiante pour continuer seule.* » Nous avons convenu que je lui donnerais tout de même la liste des ressources de son quartier et qu'au besoin, elle irait. Parce qu'elle va chercher de l'aide maintenant : si elle a besoin d'aller à l'hôpital ou chez son médecin, elle y va d'elle-même. Donc, elle ne voulait pas de suivi pour la suite.

Faire un bilan

Dans le cadre du suivi, Guylaine aimait beaucoup que nous utilisions des moyens comme *l'étoile du rétablissement* pour faciliter nos discussions. C'est dans ces moments-là qu'elle réussissait à nommer comment elle se sentait dans sa vie. On pouvait parler de sa santé, de sa consommation. Au cours de la dernière année et demie de suivi, nous avons fait *l'étoile du rétablissement* à deux reprises. Deux semaines avant la fin du suivi, nous l'avons refait. Je regardais *l'étoile* qu'elle avait remplie et j'ai dit : « *c'est dommage que nous n'ayons pas celle qu'on avait fait une des premières fois qu'on s'est vues il y a deux ans, parce qu'on aurait pu comparer.* » Guylaine a dit : « *ah! Je l'ai!* » Elle l'avait gardé.

Alors, nous avons comparé. Elle est restée fixée un moment devant *l'étoile*, à réanalyser tout ça. Il y a eu un beau silence. Après, je lui ai demandé comment elle se sentait, et elle a beaucoup parlé de la fierté de voir qu'elle s'était améliorée dans la plupart des sphères (santé physique, aptitudes à la vie quotidienne, réseau social, gestion de la dépendance, estime de soi, etc.). Pour elle, ça a été très significatif. De réaliser où elle en était rendue. De se dire, oui c'est difficile du point de vue des relations à créer, mais dans ces deux-trois dernières années, il y a eu une bonne amélioration.

Lorsque nous avons refait *l'étoile du rétablissement* au moment de cette avant-dernière rencontre, on s'est également permis de faire un budget. Ça été une grosse rencontre ça aussi, il y a eu beaucoup de

shakage de patte! Faire le budget a permis à Guylaine de voir qu'elle avait la possibilité de rester dans son appartement. C'est un appartement qu'elle aime beaucoup, qu'elle a investi, il y a une voisine qui est son amie positive. La consommation fait encore partie de sa vie, mais d'une manière plus modérée. Depuis le début du suivi, c'était la première fois que Guylaine envisageait de rester en logement. Avant, elle avait toujours dit qu'à la fin du projet, elle retournerait dans un refuge ou à la rue.

Nous avons donc réussi à faire un bilan de ce que nous avons fait ensemble, et que ça se termine plus sur une note préparée, plutôt que de mettre un point final abruptement. Ça lui a permis de voir les acquis. C'est ce qui est intéressant dans la fin d'un suivi, de ramener tous les acquis que la personne a faits. Il n'y a pas eu de transition vers un autre service. Mais on s'est assurées d'une relation qui se terminerait d'une manière positive. Elle n'avait pas vécu de fin de relation positive. C'est elle qui s'enfuyait, qui mettait un terme abrupt, qui partait et ne redonnait plus de nouvelle. Elle m'en avait déjà parlé dans le passé que pour elle, fuir c'était un de ses moyens. Et quand elle se sentait abandonnée, elle s'en allait. Elle vivait une relation difficile avec un homme violent dernièrement et sa manière d'arrêter ça a été de couper son téléphone. Préparer, nommer, non. Elle coupe. Et là, je ne voulais pas qu'elle coupe. Nous avons une relation suffisamment significative pour qu'elle accepte de jouer le jeu, qu'elle me fasse confiance, qu'elle puisse entendre ma manière de percevoir ça. Et que ça prenne un sens pour elle.

Les gens qui ont vécu longtemps à la rue ont souvent une faible estime d'eux-mêmes. Parfois, ils se voient comme des personnes indignes de confiance, méfiantes, qui ne savent pas nouer des relations saines. Ces étiquettes peuvent durer longtemps. Le bilan sert entre autres à explorer avec les personnes que ces étiquettes ne sont plus aussi pertinentes qu'elles l'ont été : « *tu dis que tu ne fais pas confiance, mais ce n'est pas ce que je vois. Dans telle circonstance, tu as fait confiance. Dans telle autre, tu t'es ouverte.* » Il y a là une résistance qui n'est pas toujours rationnelle et qu'il faut travailler à défaire.

Une fin du suivi pour l'intervenante aussi

Pour moi aussi c'est une fin de suivi. C'est important d'être transparent. Je me permets de me montrer humaine là-dedans et de montrer que pour moi aussi ça signifie quelque chose, ces deux années-là à suivre quelqu'un. Et j'ai besoin que ça se prépare. La personne, nous la voyons chez elle une fois par semaine, on voit son progrès, son épanouissement, ses difficultés. C'est toujours un petit déchirement d'arrêter un suivi et de dire qu'on ne verra plus jamais cette personne-là avec qui on s'est inscrit dans une relation significative. C'est important pour eux, c'est important pour nous aussi de faire le bilan. De voir ce qu'elle en a retiré, là où la personne est rendue et quels sont ses objectifs pour la suite. Et de voir que ce n'est pas triste. Ça fait juste partie de tout ça.

Garder en tête l'environnement de la personne

Pour terminer ce récit à propos de la fin d'une relation d'intervention, l'équipe SIV note qu'il faut se préoccuper de continuer à tisser des liens entre la personne et son environnement. Le suivi dans le milieu aura donné lieu à divers contacts avec les proches de la personne, les gens qui composent son environnement immédiat, certains services. Il faut s'assurer que ce réseau soit connu de la nouvelle

équipe qui prendra le relais : amis, famille, voisinage, les organismes fréquentés. Le cas échéant, il y aura également un souci particulier pour préparer les proches de la personne aux changements induits par la fin du suivi.

Un facteur de risque important auquel sont confrontées les personnes, c'est souvent d'avoir un réseau inexistant. Si la famille est là, nous sommes en lien avec elle dans le cadre d'une approche écosystémique. C'est soutenant pour le participant que la famille y soit. C'est souvent rassurant également pour la famille de savoir qu'un intervenant est là, quand ils ont connus leur proche dans la toxicomanie, l'itinérance. Nous leur expliquons pourquoi nous sommes là, en quoi nous accompagnons la personne. Tout au long du suivi, on dit à la famille ce qu'on voit : ses forces, ses points à travailler, ses acquis. Souvent les proches n'ont pas le même regard sur la personne, leur confiance en elle est fragile parce qu'il y a eu différents épisodes difficiles. Il faut leur montrer que la personne n'a pas seulement un discours de changement, mais qu'il y a des changements réels qui s'opèrent.

En fin de suivi, il faut avoir un dernier contact avec la famille, soit par téléphone ou dans le cadre d'une rencontre avec la personne et ses proches. Et encourager ces derniers afin qu'ils aient le goût de continuer. *« Si vous saviez comme votre présence est importante. Comme il est important d'avoir quelqu'un avec qui partager quand on se relève. »* Il faut leur dire.

Dans le transfert au prochain intervenant, quand des proches ont été présents dans le suivi, nous faisons valoir l'importance de ce réseau. Parfois, on n'ose pas prendre contact avec la famille, et j'insiste en disant qu'il faut les rencontrer dès le départ et les impliquer dans le suivi. Il peut s'agir simplement de se présenter aux membres de la famille, aux amis afin de faire connaissance, de briser la glace. Leur faire savoir qu'un nouvel intervenant est là. Si les proches ne veulent pas s'impliquer à ce moment-là, ils auront le numéro de téléphone de l'intervenant, appelleront peut-être le jour où ils s'inquiéteront. Il s'agit de faire valoir auprès de la nouvelle équipe que ce qui a été gagnant auprès d'une personne combinant problèmes de santé mentale et itinérance est le travail dans une approche systémique.

Projet Chez soi à Montréal

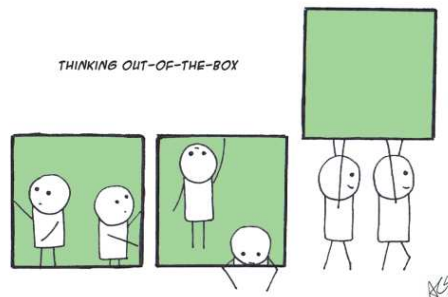
Équipe de suivi d'intensif variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance

25 PRINCIPES D'INTERVENTIONS

Les pages qui suivent dressent une liste de 25 « principes d'intervention » qui font l'objet d'une forte adhésion parmi les clinicienNEs du projet Chez soi à Montréal. Ils apparaissent centraux pour répondre aux spécificités d'une population conjuguant parcours d'itinérance, problème de santé mentale, et le plus souvent de toxicomanie, dans le contexte d'une approche « logement d'abord ». Ces consensus sont issus de la rencontre des expertises d'une grande diversité de professionnels ayant œuvré au projet Chez soi : infirmières, travailleuses sociales, psychiatres, éducateurs spécialisés, pairEs aidantEs, criminologues, spécialistes en dépendance et conseillères en adaptation au travail.

Ces consensus d'experts ont été dégagés de l'analyse transversale de 30 récits de pratique rédigés en 2010-2011 (27 récits) et 2013 (3 récits). Ils ont d'abord été discutés, peaufinés et validés lors de deux rencontres réunissant chacune près de 30 clinicienNEs, cheffes d'équipe et gestionnaires composant les trois équipes cliniques du projet Chez soi, en mai et septembre 2011. Ils ont été bonifiés et priorisés suite à une nouvelle consultation auprès des professionnels des trois équipes en mars 2013.

Plutôt que de valider l'application sur le terrain de certaines approches d'intervention, selon une approche top down, il s'est agi ici d'identifier ce qui émerge de la pratique des équipes cliniques : comment sont relevés les divers défis de l'intervention auprès de personnes conjuguant problèmes mentaux et parcours d'itinérance? Quelles sont les pratiques développées au sein de cet espace d'innovation que fut le projet Chez soi? Quelles traces les intervenantEs souhaitent-ils laisser? Il est à noter que nous avons ici eu pour principal objectif de synthétiser des manières de faire qui sont spécifiques au travail combinant logement d'abord, santé mentale, itinérance et toxicomanie. Par conséquent, nous avons peu mis l'accent sur des principes plus généraux de l'intervention auprès de populations marginalisées, tels que la nécessité de créer un lien de confiance, d'aller vers les personnes (outreach) ou d'accompagner le rythme.



— ACCOMPAGNER DE LA RUE AU LOGEMENT —

1 – MISER SUR L'INTENSITÉ DU SUIVI LORS DE LA SORTIE DE LA RUE

Un effort d'observation et de présence soutenu est déterminant au cours des premiers mois en logement pour apprendre à connaître une personne, mettre en place des facteurs de protection et l'accompagner vers une stabilisation résidentielle.

Dans une approche logement d'abord, c'est dans le contexte de l'appartement que les intervenantEs apprennent à travailler avec la personne. Puisqu'il y a intégration rapide en logement, les équipes cliniques connaissent peu les personnes qui s'y installent (histoire de vie, besoins et sphères d'autonomie, antécédents médicaux et judiciaires). Un suivi intensif est ainsi nécessaire pour identifier avec la personne quels sont ses besoins et pour avoir une meilleure compréhension de ses dynamiques, de ses forces et de ses difficultés.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les visites à domicile et les accompagnements dans des services, des organismes et divers lieux publics constituent des lieux privilégiés d'observation pour mieux saisir la réalité de la personne, son état mental, ses besoins et ses sphères d'autonomie.
- Les sources d'informations à privilégier sont ce que les personnes dévoilent d'elles-mêmes et ce qui est constaté par l'intervenantE dans le cadre du suivi dans la communauté.
- Faire les démarches AVEC une personne lorsqu'elle les accomplit pour les premières fois est central au suivi, et ce, à divers niveaux : pour mettre la personne en confiance, apprendre à la connaître, construire un lien, aider à développer des habiletés, identifier des champs d'intérêt et évaluer les besoins d'accompagnement, pour permettre à la personne de se raccrocher à la réalité et faire des pas vers une stabilisation en logement.
- Assurer une présence régulière pour accompagner la personne à se familiariser à ce nouveau mode de vie, partager les bons moments avec elle et lui permettre de vivre rapidement des succès en logement.
- Rapidement, l'intervenantE doit identifier les facteurs pouvant constituer un risque de retour à la rue ainsi que ceux pouvant favoriser l'intégration en logement, et mettre en place les services nécessaires à une stabilisation en logement, quitte à les retirer graduellement par la suite.

2 – TABLER SUR LES FORCES DONT TÉMOIGNE LE PARCOURS DES PERSONNES, Y COMPRIS L'EXPÉRIENCE DE LA RUE

L'accompagnement doit s'inscrire dans la continuité du parcours des personnes et tabler sur leurs acquis pour nourrir la transition de la rue vers le logement. L'intervenantE doit garder en tête que vivre en situation d'itinérance demande des qualités et des aptitudes, s'inscrit dans une routine, des occupations et des facteurs de protection. Ce sont autant d'acquis sur lesquels doit s'appuyer le travail d'intervention et d'accompagnement.

Identifier et tabler sur les forces des personnes c'est de reconnaître leur expérience de vie et leur trajectoire dans ses dimensions positives, y compris leur expérience de vie à la rue.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les personnes ont diverses connaissances; y voir l'occasion d'un partage.
- Rester centré sur la personne, sur ce qu'elle a vécu, sur ses objectifs, ses valeurs. Il faut tenter de saisir ses forces, aussi minimales soient-elles et partir de cela pour construire le reste.
- Valoriser la débrouillardise qui est actualisée dans le cadre du logement.
- L'identification des forces est un levier important pour contribuer à une meilleure estime de soi et favoriser le sentiment de compétence des personnes.
- Vivre en appartement ne signifie pas de couper tous les ponts avec la rue.

3 – ACCOMPAGNER LE CHOC DES « QUATRE MURS »

Dans l'accompagnement, il faut cheminer entre espoir et réalisme; accompagner à la fois l'enchantement d'avoir un toit et le désenchantement des difficultés qui y sont associées.

Alors que le logement résout certains problèmes liés à la vie à la rue, c'est également là que ressurgit la fatigue des mois et des années passés à la rue, là où font surface des problèmes qui demeuraient latents tant que la personne était dans la survie. De plus, la réalité de l'appartement peut être anxiogène, alors que les quatre murs riment avec perte de repères, isolement et sentiment d'incompétence. Il y a notamment des contraintes et des responsabilités nouvelles associées à la vie en logement avec lesquelles les personnes doivent apprendre à composer.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Continuer à être porteur d'espoir lorsque se termine la « lune de miel » des premiers mois en logement.
- Préparer simultanément la sortie de la rue et l'entrée en logement, en favorisant notamment l'établissement d'une nouvelle routine en logement.
- Il est utile de miser sur les raisons qui ont motivé la personne à sortir de la rue et de tenir ce fil pour traverser les périodes plus difficiles.
- Il y a une « socialisation aux réalités du logement » à faire et une sensibilisation aux contraintes liées à la vie de locataire : dont le loyer et les factures à payer, la cohabitation avec les voisins.
- Garder en mémoire qu'il est prévisible que les comportements et les symptômes de la maladie mentale qui ont mené la personne à l'itinérance soient encore présents en logement, au moins pendant un moment.
- Trouver un équilibre entre installation en logement et projet de vie de la personne.
- Comme équipe clinique, il peut être utile de détailler une stratégie d'emménagement étape par étape pour ne rien échapper lors de l'entrée en logement et éviter que les personnes ne vivent des ennuis ultérieurement.
- Chaque personne a des besoins différents en matière d'accompagnement. Favoriser les apprentissages, en faisant preuve d'écoute et de créativité pour « faire avec » sans offenser ni infantiliser.
- Explorer avec les personnes les façons de minimiser les conséquences néfastes liées à certains comportements (consommation, prostitution, jeu, colocation indésirable, comportements agressifs, amener « la rue » dans le logement) qui les mettent à risque de perdre le logement.
- Prendre l'habitude de poser la question : que prévoyez-vous faire aujourd'hui? Que souhaitez-vous faire lors de la prochaine rencontre?
- Permettre aux personnes de se raccrocher à un réseau social positif constitue un important facteur de protection face à l'isolement et aux colocataires indésirables.

- La solution n'est pas de déménager chaque fois qu'il y a un problème. Ni de reloger à tout prix. Parfois, ce sont les troubles de comportements d'une personne qui font en sorte qu'elle a de la difficulté à vivre en logement : lui permettre de le voir et l'accompagner dans l'apprentissage de nouvelles habiletés relationnelles.
- « Faire avec » la personne devrait avoir pour objectif de l'aider à vivre des succès qui renforcent son sentiment d'avoir du pouvoir sur sa vie (cuisiner, aider au ménage, aller à la bibliothèque, ...).

4 – RÉVEILLER ET NOURRIR LE GOÛT POUR LA VIE EN LOGEMENT

Pour accompagner une stabilité résidentielle, l'intervenantE doit saisir le sens que les personnes accordent à leur « chez soi » et contribuer à la mise en place de conditions qui leur donnent l'opportunité d'expérimenter suffisamment longtemps la vie sous un toit, de « goûter au plaisir d'être en logement », afin que ces dernières soient en mesure de faire un choix éclairé.

Dans un projet « logement d'abord » qui s'adresse à des personnes combinant problèmes de santé mentale et parcours d'itinérance, certaines sont ambivalentes à l'idée de vivre entre quatre murs. Le logement n'est pas toujours un levier dans l'intervention, pour des personnes qui ont développé un mode de fonctionnement basé sur les ressources destinées aux gens à la rue (hébergement, nourriture, vêtements) et qui y trouvent une routine rassurante, ainsi qu'une forme de liberté et d'autonomie. L'intervenantE doit s'intéresser aux raisons qui limitent le goût pour la vie en logement, tout en continuant d'accompagner les personnes dans ce qu'elles priorisent.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le sens du « chez soi » varie d'une personne à l'autre. L'intervenantE doit s'intéresser au sens que la personne donne au logement (un espace sécuritaire, un entrepôt, un lieu de vie, un abri) et à la façon dont elle l'investit.
- S'intéresser aux liens que la personne établit, ou non, entre son identité et la vie en appartement. Le sens qu'elle accorde aux responsabilités qui y sont liées.
- Il s'agit d'offrir l'accès à une expérience qui pourrait, à terme, être significative. À travers les expérimentations de logement et de relogement, les intervenantEs doivent continuer à croire au potentiel des personnes, malgré les difficultés et les échecs.
- Les jeunes itinérants, qui n'ont parfois connu que la rue, ont souvent un autre rapport au logement que les personnes plus âgées qui ont eu des expériences antérieures en appartement.
- Comme intervenantE, reconnaître qu'il y a des aspects positifs à l'itinérance.
- Il y a des valeurs, un mode de vie, des habitudes et des stratégies qui y sont associées à la vie à la rue. Ne pas perdre de vue que les personnes peuvent continuer d'en être porteuses encore longtemps après être emménagées en logement.
- Pour accompagner la personne à s'identifier à la vie en appartement, il faut travailler avec les objectifs qu'elle-même a définis.

5 – FAVORISER UN SENTIMENT D'IDENTITÉ AU LOGEMENT ET AU QUARTIER

Pour que le logement soit un levier vers le changement et s'inscrive dans un projet de vie, il y a des habiletés à acquérir, mais il y a aussi une appartenance au logement et au quartier à accompagner. Un objectif de l'intervention consiste à ce que les gens puissent non seulement vivre de façon autonome en logement, mais qu'ils développent un sentiment d'appartenance et d'identité à l'égard de celui-ci.

Le nouvel environnement qu'est l'appartement peut constituer un choc de culture, une perte de repères. Il faut contribuer à faire du lien afin de répondre au sentiment d'isolement. L'intervenantE doit rapidement favoriser la connaissance des ressources du milieu, arrimer les personnes aux ressources environnantes, les connecter le plus possible à leur communauté et à des activités significatives. Ce sentiment d'appartenance peut contribuer à traverser les moments plus difficiles en logement.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Inviter la personne à s'approprier son appartement par la décoration, les meubles, la musique.
- Connaître le quartier contribue à une meilleure appropriation du logement. Marcher dans le quartier est aussi une occasion pour la personne de raconter ce qu'elle connaît déjà des lieux.
- Par ailleurs, distinguer entre l'inconfort de l'intervenantE face à l'isolement d'une personne et le besoin de cette personne d'aller vers les autres et de sortir de l'isolement.

— SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ, APPROCHE SYSTÉMIQUE ET ENJEUX ÉTHIQUES —

6 – UNE RELATION D'INTERVENTION À CONSTRUIRE POUR COLLABORER AVEC LA PERSONNE

Le suivi dans la communauté suppose de clarifier les paramètres d'une relation hors des bureaux, où les intervenantEs sont témoins de l'intimité de la personne et dont la présence peut être intrusive. Les règles de l'intervention sont à définir entre un intervenant (ou une équipe) et la personne desservie, afin d'établir un espace de collaboration et d'aller au-delà de la méfiance.

Dans le cadre du suivi dans la communauté, ce sont les intervenantEs qui vont vers les personnes, plutôt que ces dernières qui viennent vers les services. Certaines personnes ont eu une expérience négative avec des intervenantEs et les rapports de contrôles constituent un frein majeur à leur investissement dans la relation d'aide. On s'adresse également parfois à des personnes qui ont peu ou pas de demande. On vise une intervention fondée sur le respect, en dehors des approches directives qui nourrissent la résistance, tout en gardant en tête qu'il s'agit d'une intervention qui s'effectue dans l'intimité des personnes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Dans l'établissement d'une relation de confiance, une balise importante de l'intervention est de clarifier les rôles et la nature du suivi dès le départ. L'intervention à domicile, où l'intervenantE partage l'intimité de la personne, peut créer une confusion chez des personnes ayant des carences affectives. Il y a là un défi pour maintenir une relation professionnelle. Il faut être à l'affût des possibles glissements dans la compréhension du sens de la relation chez la personne.
- Le savoir-être constitue une qualité première de l'intervenantE à domicile. Une attitude respectueuse et non jugeante est à privilégier, bien que la personne se soit engagée par un contrat clinique à accueillir des intervenantEs chez elle.
- L'intervention à domicile s'effectue dans l'intimité des personnes et peut être intrusive. L'intervenantE représente l'institution, il a un rôle normatif et il doit être conscient de ce pouvoir et de son impact dans la relation d'aide.
- Travailler à l'établissement d'une collaboration entre participantE et intervenantE.

- Il est important que la personne continue de se sentir chez elle, malgré la présence régulière des intervenantEs à domicile. « Remettre » aux personnes le pouvoir sur leur vie.
- Se rappeler qu'un certain temps sera nécessaire pour développer avec la personne une compréhension commune d'une relation d'aide fondée davantage sur l'accompagnement que sur l'encadrement.
- C'est l'intervenantE qui collabore avec la personne, et non l'inverse.
- Il est notamment utile de mettre de l'avant dans l'intervention qu'il s'agit d'un travail d'équipe, où l'intervenantE et participantE doivent être dans le « même bateau ».
- Prendre le temps de développer un langage commun avec la personne, afin de mettre en place les conditions d'une discussion à la fois franche et respectueuse de ses limites (autour de la santé mentale, de la dépendance, de la salubrité, etc.)

7 – TRAVAILLER SUR LA BASE D'OBJECTIFS CLINIQUES CLAIRS

Lorsque les objectifs d'interventions sont clairs, deviennent alors possibles une pluralité d'accompagnements dans la communauté et des collaborations très variées avec les différents acteurs autour de la personne.

Il peut être déstabilisant de faire du suivi dans la communauté. L'intervenantE a accès aux diverses dimensions de la vie de la personne, est en contact avec son réseau social, l'accompagne dans diverses démarches et en divers lieux pour faire des pas vers un mieux-être. C'est la définition claire du mandat des professionnels, ainsi que la clarification des rôles de l'intervenantE et du participantE dans le cadre de la relation d'aide qui permettent à la fois d'établir les limites et d'aller plus loin dans l'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Ce sont les objectifs cliniques qui déterminent la pertinence de la variété possible des accompagnements (magasinage, pique-nique, restaurant, accompagnement à un rendez-vous, soutien à des funérailles, etc.).
- Parmi des visées cliniques possibles : créer un lien, partager l'univers de la personne, offrir un soutien, tenter une nouvelle expérience, améliorer la qualité de vie, objectif de resocialisation.
- L'accompagnement, c'est autre chose qu'une demande d'amitié de la part de la personne.
- Des objectifs d'intervention clairs peuvent permettre de s'allier divers acteurs autour de la personne (professionnels de la santé, intervenants communautaires, propriétaires, voisinage) dans le cadre d'interventions parfois peu orthodoxes.

8 – RÉPARER LES RELATIONS D'EXCLUSION

Une dimension importante du travail d'intervention est de contribuer à réparer les relations d'exclusions dans lesquelles se sont longtemps inscrites les personnes desservies. Il s'agit d'offrir un contexte propice pour bâtir une relation significative avec les personnes, puis de les accompagner dans l'établissement de relations satisfaisantes avec leur milieu et les services. Ce travail cible ainsi à la fois la personne et son environnement social, afin de poser les bases pour retisser des liens significatifs avec la société.

On s'adresse à des personnes qui ont vécu diverses expériences de stigmatisation et d'exclusion. Le projet Chez soi offre des conditions favorables pour construire le lien avec les personnes (suivi à long terme, pas de critère d'exclusion, *case load* fixe où le dossier d'une personne reste ouvert même si elle

disparaît pendant plusieurs mois). Ce travail doit servir à faire des ponts avec le système de santé et des services sociaux, et accompagner les personnes vers une insertion sociale.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Réparer les relations d'exclusion, signifie d'abord de considérer les personnes avec dignité dans le cadre du suivi, de valoriser des personnes qui avaient parfois oublié avoir une valeur.
- Il y a un important travail pour favoriser l'estime de soi chez des personnes qui ont parfois du mal à voir qu'elles peuvent s'inscrire dans des relations positives, à reconnaître qu'elles ont des compétences relationnelles.
- Accompanyer la personne dans des lieux publics, faire des gestes du quotidien, des gestes de citoyen ordinaire, s'inscrire dans des activités « normalisantes ».
- Entendre le désir de la réinsertion à l'emploi et faire des pas en ce sens avec les personnes.
- L'accompagnement de la personne dans divers lieux permet un travail de médiation entre cette dernière et son environnement, en agissant comme modèle (*modeling*) à la fois pour la personne accompagnée et pour les gens de l'environnement, qui voient comment l'intervenantE entre en relation.
- Le cadre de l'intervention est appelé à évoluer dans le temps, à la mesure des apprentissages de la personne et du lien qui est construit avec elle. Lorsque le lien est là et que la situation de la personne est stable, accompagner le développement d'habiletés relationnelles en ajustant tranquillement les exigences de l'intervention sur la base de la réalité des autres services (les critères des autres ressources, le niveau de tolérance aux comportements dérangeants, etc.).
- Sensibiliser les services autour de la personne à l'effet que certains comportements constituent des symptômes de la maladie mentale ou s'inscrivent dans des expériences antérieures avec les services, afin que les personnes continuent d'avoir accès aux services.
- On vise à ce que la relation positive développée avec unE intervenantE permette de nourrir l'espoir chez la personne que des services sont accessibles.
- À la fin d'un suivi, il importe de faire un transfert personnalisé vers une autre ressource afin que les personnes y soient bien accueillies et reconnues dans leurs besoins.
- Lorsque se termine la relation d'intervention, travailler pour que la personne y voie une expérience positive, l'occasion d'un apprentissage et d'un succès, et non pas une nouvelle exclusion ou un échec. Faire un bilan avec la personne est particulièrement utile pour valoriser les pas accomplis.

9 – TRAVAILLER AVEC LE RÉSEAU DE LA PERSONNE

Un réseau social positif constitue un important facteur de protection. Les intervenantEs doivent s'intéresser au réseau social de la personne tôt dans le suivi. Il ne s'agit pas de considérer famille et amis comme des intervenantEs, mais comme des personnes significatives dans le rétablissement des personnes et qui seront encore là lorsque les intervenantEs n'y seront plus.

Dans le contexte itinérance - logement - santé mentale, il faut prioriser des approches qui sont congruentes avec le rattachement de la personne à un réseau social sain. La réinsertion sociale de personnes qui ont parfois été très désaffiliées ne doit pas se limiter à l'intégration au logement. Quand la personne se porte mieux, il arrive que son réseau familial se rapproche d'elle, auquel cas, il faut tenir compte des proches dans l'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Évaluer dans l'intervention dans quelle mesure un proche constitue un facteur de protection ou un facteur de risque. Amener la personne à faire cette évaluation également.
- Lorsqu'ils sont présents, soutenir les proches, les aider à aider les participantEs. Il y a aussi parfois du travail de référence à faire pour que les proches soient soutenus.
- Dans le travail avec les proches, il est important de clarifier le rôle de l'intervenantE, les objectifs et l'approche d'intervention consistant à accompagner plutôt qu'à « faire pour » les personnes. Le rappeler souvent, afin que ce ne soit pas vu comme de la négligence. Permettre également aux proches de se familiariser avec le processus de rétablissement dans lequel est la personne; expliquer qu'une rechute n'est pas un échec complet, les aider à accepter la personne où elle est.
- Cela dit, on doit rester centré sur la personne. Le « client » n'est ni le couple, ni la famille, ni le parent, ni l'ami, mais la personne qui fait l'objet du suivi. Face à la pression que peuvent parfois exercer certains proches qui souhaitent que la personne « guérisse », que le suivi « avance », toujours garder en tête quels sont les objectifs de la personne desservie.

10 – TENIR COMPTE DE TOUS LES ACTEURS AUTOUR DU LOGEMENT

Il faut soutenir l'intégration en logement en lien avec les acteurs qui y gravitent. Dans le suivi, l'intervenantE doit distinguer *défense des droits* et *défense des intérêts*. S'il faut parfois faire de la défense de droit pour protéger des individus vulnérables, très souvent le travail est en un de médiation pour favoriser des échanges et outiller la personne dans ses relations avec autrui.

Comme intervenantE à domicile, il y a souvent lieu de se positionner entre des personnes que l'on accompagne vers une stabilisation en logement – avec parfois toute leur maladresse et leurs difficultés – et divers acteurs autour du logement qui peuvent être porteurs d'incompréhensions, de préjugés, de conflits et d'exaspération. Il y a là des univers qui s'entrechoquent.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le voisinage, les propriétaires, les concierges, les colocataires ou les squatteurs offrent des difficultés, mais ce sont également des balises vers une socialisation au logement et des occasions d'accompagner des apprentissages.
- Travailler dans le contexte du logement exige d'être bien informé comme intervenantE à propos des droits et obligations des locataires et des propriétaires/concierges.
- Informer la personne sur ses responsabilités comme locataire, afin qu'elle puisse faire des choix éclairés.
- En amont, sensibiliser la personne aux conséquences d'héberger des gens chez elle, car les lois rendent difficile l'évincement d'un colocataire devenu indésirable. Sensibiliser la personne au fait que l'appartement est son milieu de vie, qu'elle a le droit d'en faire un espace personnel, distinct de la rue.
- Étant donné l'instabilité de certaines personnes, il y a parfois lieu d'agir comme négociateur pour éviter les tensions, les incompréhensions. Il faut parfois « faire pour » la personne en attendant une stabilité. La négociation avec les acteurs autour du logement et le travail avec le locataire visent alors à mettre un filet de sécurité afin qu'il ne perde pas son logement.
- Reconnaître les propriétaires et les concierges comme des acteurs incontournables dans l'intervention.
- Dans un grand nombre de situations, il sera plus bénéfique de s'inscrire dans un travail de médiation en tenant compte du portrait d'ensemble d'une situation et des divers acteurs autour de la personne, afin de contribuer à établir un environnement favorable autour de la personne.
- Travailler avec les propriétaires, les concierges et les voisins permet notamment de faire du « modeling », c'est-à-dire de leur offrir l'occasion d'apprendre, au contact des intervenantEs, comment entrer en

relation avec des personnes ayant des troubles de santé mentale, un parcours d'itinérance ou un problème de toxicomanie.

- Cela dit, ne pas perdre de vue qu'il est stigmatisant d'être vu avec un intervenantE. Et il y a un équilibre à garder pour respecter l'intimité des personnes et leur droit à la confidentialité.
- Aller vers une normalisation des rapports entre le propriétaire/concierge et le locataire, tels que définis par les règles de la Régie du logement, sans que n'intervienne nécessairement le fait que la personne a un problème de santé mentale ou de toxicomanie.
- Lorsque c'est possible, que l'état de la personne est suffisamment stable, la soutenir à faire ses propres démarches auprès du propriétaire, du concierge, des voisins.

11– DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS À BALISER

Si l'échange d'informations avec d'autres professionnels et l'accès aux dossiers sont souvent nécessaires pour mieux comprendre une personne et intervenir efficacement, à travers ces échanges, l'intervenantE a par ailleurs la responsabilité de garder un regard neuf sur la personne et de s'assurer qu'elle demeure un acteur central du suivi. Intersectorialité et déontologie constituent des balises importantes.

Dans le suivi dans la communauté, l'intervenantE est appeléE à travailler en collaboration avec différents acteurs qui connaissent également la personne desservie. Il faut savoir se positionner comme intervenant à l'égard de ces divers acteurs.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les concertations entre professionnels qui oeuvrent auprès d'une même personne peuvent permettre d'aller plus loin dans l'intervention, de tenter de nouvelles avenues et d'éviter le clivage.
- Tout n'est pas à connaître à propos de la personne desservie. Le choix des sources d'informations, ainsi que leur nature dépend de plusieurs facteurs : le mandat d'unE professionnelLE, l'état de santé d'une personne, les situations d'urgence, les concertations utiles à établir (policiers, curateur, personnel hospitalier, ressources communautaires, centres d'hébergement, prisons).
- Il est à privilégier d'inviter la personnes utilisatrice des services aux rencontres qui se tiennent entre les professionnels à son sujet (tant pour les rencontres entre intervenants œuvrant dans différentes ressources, que les rencontres d'une « mini-équipe » réunissant plusieurs professionnels d'une équipe de suivi intensif), afin de s'assurer qu'elle demeure au cœur du travail d'intervention et des solutions identifiées.
- Les contacts interpersonnels sont déterminants dans les collaborations avec d'autres services et ressources.
- Il est utile que les contacts établis avec le temps soient communiqués aux intervenantEs qui prennent la relève : il s'agit de faire une référence « de quelqu'un à quelqu'un », plutôt que « de quelqu'un vers quelque part ».

12 – ÊTRE PROACTIFS DANS LA PROTECTION DES DROITS

Les intervenantEs doivent garder en tête qu'ils/elles s'adressent à des personnes qui ont souvent été bafouées dans leurs droits. Il faut leur donner l'occasion de s'exprimer, de s'opposer.

On travaille avec des personnes qui ne savent pas toujours qu'elles peuvent refuser de signer une autorisation de communiquer avec les autres services.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il importe que les consentements de communiquer soient pointus, libres et éclairés.
- Des autorisations de communiquer sont demandées aux personnes en leur expliquant qu'elles peuvent être annulées en tout temps et qu'il est possible d'exclure les sujets sur lesquelles elle ne veut pas que d'autres professionnels soient informés. Il faut s'assurer que la personne comprend ce qu'elle signe.
- Les intervenantEs doivent tenir les personnes au courant des informations qui s'échangent au fil du suivi.
- Autorisation de communiquer ou non, l'intervenantE ne doit recueillir que l'information essentielle au suivi auprès des organismes et des institutions.

13 – SAVOIR PRENDRE LA DIRECTION CLINIQUE D'UN SUIVI

Devant des situations très complexes combinant chronicité de l'itinérance-santé mentale-santé physique-toxicomanie, où les personnes ne trouvent pas de réponse à leurs besoins dans un système de soins compartimenté, il faut qu'unE intervenantE prenne la responsabilité du dossier et mobilise le réseau des services afin que le regard se tourne VERS la personne.

Les intervenants desservent des personnes au profil parfois atypique, à qui les services du réseau de la santé et des services sociaux peinent à offrir une réponse durable à leurs besoins, malgré qu'elles soient parfois bien connues des professionnels de la santé, des policiers et des ressources communautaires. Lorsqu'aucun service ne se responsabilise pour desservir la personne, qu'il y a une impasse sur le terrain, il faut qu'unE intervenantE ait à cœur la situation de la personne et se désigne pour faire valoir les besoins de la personne.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut qu'unE intervenantE se sente responsable, interpellé par une situation où une personne ne trouve pas réponse à ses besoins. Il faut que quelqu'un se désigne pour trouver un chemin, faire de « l'intervention de brousse » afin d'obtenir une évaluation de l'état de la personne et l'arrimer aux services.
- Le travail du leader clinique consiste à interpellier divers acteurs autour de la personne et à faire en sorte qu'ils tournent leur regard vers la personne, afin qu'une réponse adaptée soit identifiée (et ainsi d'aller au-delà du constat qu'elle ne répond à aucune catégorie de service).
- Pour se faire, il faut connaître la personne, rassembler suffisamment de faits et d'informations sur le terrain afin de monter un dossier permettant d'interpeller les différents acteurs impliqués dans la rupture de soin et de services.
- Mener à terme un dossier permet de débroussailler un chemin pour les prochaines personnes qui feront face à des enjeux similaires, en établissant une crédibilité comme équipe auprès des divers acteurs qui voient le résultat, reconnaissent le jugement clinique.

— LE RISQUE, LA DANGÉROSITÉ ET LA CRISE —

14 – ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Si l'intervention vise rarement « l'arrêt d'agir », il est souvent indiqué de travailler avec les personnes afin de limiter les inconvénients liés à certains comportements à risque. Les effets négatifs que les intervenants souhaitent prévenir sont non seulement liés à la santé physique, mais sont également d'ordre psychosocial : viser une stabilité en logement, entretenir de bons liens avec l'entourage, développer une meilleure estime de soi, etc.

Le travail de l'intervenantE consiste à explorer avec les personnes les façons de minimiser les conséquences néfastes liées à certains comportements à risque (consommation, prostitution, jeu, colocation) et non pas de les empêcher d'adopter ces comportements.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il s'agit de nommer les risques, d'informer la personne sur ses droits, ses obligations, sur les conséquences possibles de ses choix et de l'outiller afin qu'elle ait d'autres options que les comportements destructeurs.
- Explorer avec la personne pour qu'elle trouve ses propres solutions.
- Le travail vise notamment à limiter chez la personne des comportements qui mènent à son exclusion en divers lieux : expulsion du logement, conflits avec les voisins / propriétaire, amener « la rue » dans le logement, etc.
- Malgré la vulnérabilité de certains individus, il est possible, dans une perspective de réduction des méfaits, de travailler avec eux à limiter les situations où ils se mettent en danger.

15 – SE MONTRER À LA FOIS SOUPLES ET PROACTIFS FACE À LA DÉPENDANCE

La dépendance doit être abordée à la fois avec sérieux, souplesse et ouverture. Lorsque la personne n'est pas prête à cesser de consommer, et une fois réalisée l'évaluation des risques, il faut continuer de l'accueillir, sans tabou ni jugement, en faisant de l'éducation là où c'est possible. On prend la personne où elle est.

La toxicomanie est une réalité très présente chez la population itinérante. Les problèmes de dépendance font parfois en sorte que les personnes font les portes-tournantes du système des services sociaux et de santé, puisque la majorité des services refusent de travailler avec une personne intoxiquée et la première étape pour recevoir des services est souvent d'aller vers une désintoxication. Il y a beaucoup de travail à faire (accueillir, offrir une présence, faire de l'éducation et de la réduction des méfaits) avant que certaines personnes ne trouvent la motivation pour changer leurs habitudes de consommation.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Ne pas paniquer, apprendre à vivre avec la consommation en tant qu'intervenantE.
- Envisager la dépendance comme une facette parmi d'autres dans la vie de la personne peut lui permettre de sortir de la honte, de ne pas se réduire au statut « d'alcoolique chronique » ou de « toxicomane ». Valoriser les aptitudes, les qualités, les bons coups. La dépendance doit être appréhendée en relation avec les autres facettes de la vie et problématiques vécues par une personne.

- Il faut accepter de faire de l'intervention malgré la consommation. On n'attend pas que ce soit réglé pour travailler avec la personne. Même si on n'ira pas aussi loin dans l'intervention, il y a toujours quelque chose qui peut être fait, ne serait-ce que de ne pas s'inscrire dans une approche punitive et d'accueillir la personne, puis de lui dire « je pense que ce n'est pas une bonne journée pour telle démarche, on se reprendra. ».
- Il faut être forméEs à propos des symptômes et des interactions entre les drogues et les médicaments. Il y a beaucoup d'évaluation des risques à faire : à chaque rencontre, on investigue. Avec le temps, on apprend à connaître les personnes à travers leur toxicomanie, à connaître les signes, les comportements.
- Il est souvent difficile de faire la part des choses entre symptômes de santé mentale et toxicomanie, et il faut travailler sur les deux enjeux à la fois.
- Il y a une expertise à acquérir à propos des dangers liés à la consommation. La toxicomanie est parfois à traiter comme une crise suicidaire. Elle cache également parfois une inaptitude à faire des choix éclairés. Il faut alors être proactifs pour protéger la personne d'elle-même.
- Dans le travail autour de la dépendance, l'intervenant vise à explorer avec cette dernière quelle est la fonction de la consommation dans sa vie.
- Créer un espace où la personne peut se confier sans se sentir juger, sans être dans la recherche de solution. Parfois, la personne a surtout besoin de pouvoir parler ouvertement de ce qu'elle vit : la honte, l'impuissance, la gêne, la détresse.
- Si on n'exige pas que la personne soit à jeun pour travailler avec elle, aménager cependant un espace de respect mutuel où la personne ne consomme pas devant l'intervenantE.
- Il faut maîtriser l'approche de la réduction des méfaits lorsque la personne ne désire pas arrêter de consommer. Il s'agit de reconnaître que la personne consomme, et par conséquent de l'éduquer à limiter les risques liés à la consommation, identifier avec elle comment consommer de la façon la plus sécuritaire possible.

16 – CONSTRUIRE UN REGARD SUR LES SITUATIONS D'URGENCE

Se positionner à l'égard de la crise est un enjeu central dans le travail d'intervention. Les intervenantEs ont une responsabilité professionnelle à l'égard des personnes, du public en général et d'eux-mêmes. Cela dit, l'estimation de la dangerosité doit s'inscrire dans une vision à court, moyen et long terme et la personne ne doit pas être réduite à la situation d'urgence. En apprenant à mieux connaître une personne, les intervenantEs sont mieux à même d'identifier quelle est la nature d'une crise et quelles sont des interventions appropriées.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- L'intervenantE a pour mandat d'évaluer l'état mental d'une personne et d'estimer la dangerosité liée aux comportements qu'elle adopte et non de gérer les risques qu'elle prend.
- Ça demande une bonne connaissance de soi comme intervenantE et du sang froid pour gérer ses propres émotions.
- Comme intervenantE, un certain temps peut être nécessaire pour évaluer les capacités d'une personne, pour prendre une distance et sortir du sentiment d'urgence face aux réalités vécues par les personnes desservies.
- Lorsqu'il y a une crise, les intervenantEs doivent être à même de faire la part des choses entre :
 - une crise ou une situation problématique récurrente?
 - un symptôme de maladie mentale, un trouble de comportement ou un épisode de consommation?
 - la personne est dangereuse ou dérangeante?

- L'estimation de la dangerosité demande expertise, discernement et un mandat professionnel clairement établi. Les critères pour estimer la dangerosité doivent s'établir en équipe et en ayant pour balise un protocole de sécurité qui permet d'objectiver les situations, de prendre un recul à l'égard des sensibilités individuelles et de réduire le stress du cas par cas. Les équipes doivent être formées, outillées et supportées en matière d'évaluation de la dangerosité.
- La collaboration de la personne à l'évaluation de sa santé mentale est très importante. L'amener à y participer autant que possible et si elle ne collabore pas, le lui faire remarquer.
- Accompagner les personnes vers leur rétablissement, tel qu'elles le définissent, demande une certaine tolérance face à l'exercice répété de l'estimation de la dangerosité. Il est possible qu'à certaines époques de la vie des personnes il faille refaire cette estimation régulièrement.
- Être à l'affût des indices qui précèdent la crise. Mettre un filet de sécurité.
- Faire un retour sur la crise lorsque retombe la poussière, afin de faire des pas de plus dans l'intervention avec la personne. Il faut faire confiance aux gens pour trouver des moyens.
- Par ailleurs, l'évaluation de la situation ne doit pas se fonder uniquement sur ce que la personne souhaite dévoiler, ce sur quoi elle souhaite travailler ou sur l'appréciation qu'elle a de sa situation. Ne pas perdre de vue que certaines personnes sont mauvaises juges de leurs capacités ou des dangers encourus.

17 – SAISIR LA CRISE ET LES RETOURS À LA RUE POUR FAIRE DES PAS DE PLUS

Les retours à la rue et les crises ne doivent pas être interprétés comme des échecs. Les saisir comme une occasion pour la personne de faire des apprentissages, de nouveaux choix et de repartir sur d'autres bases.

La réaction première des intervenantEs lorsque les personnes perdent leur logement ou qu'elles se désorganisent est de s'inquiéter et de vouloir éviter que de telles situations se produisent. Il faut savoir donner un autre sens à ces moments de crise.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il arrive que les « bas » soient nécessaires; ils permettent un processus d'intériorisation, il y a quelque chose qui s'organise là, des décisions qui se prennent.
- Si on craint souvent que la relation d'intervention soit mise à mal, se rappeler que la crise peut être l'occasion de montrer à la personne que l'intervenantE/l'équipe est digne de confiance, à la fois pour la contenir et pour demeurer auprès d'elle malgré les difficultés.
- Crises, relogements et retours à la rue permettent parfois de passer à une autre étape dans l'intervention, ce peut être l'occasion pour la personne de faire des choix et des apprentissages, de repartir sur de nouvelles bases.
- Faire équipe avec la personne, se positionner auprès d'elle, sans par ailleurs vouloir à tout prix lui éviter de vivre des échecs.
- Le retour à la rue ne signifie probablement pas la fin du suivi.
- Lorsqu'il y a retour à la rue, ne pas y voir invariablement une situation d'urgence. Reconnaître à la personne l'expertise de sa vie, et ne pas perdre de vue qu'elle a des capacités, des forces, des connaissances. Les personnes desservies ont déjà survécues à la rue et savaient s'y débrouiller.
- Après la crise, il est souvent utile de réviser le plan de prévention de la crise, de le raffiner et de l'actualiser avec la personne.

18 – FLEXIBLE ET STRATÉGIQUE À L'ÉGARD DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Il faut permettre l'expression de la colère, bien que tout ne soit pas acceptable. On doit notamment évaluer de quelle nature relève le comportement violent et distinguer entre des comportements agressifs dirigés vers l'intervenantE et ceux qui ont un autre objet. Cela dit, une balise centrale dans l'intervention est la sécurité des intervenantEs.

Offrir des services à une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux suppose de la part des cliniciens une plus grande tolérance à l'égard des comportements marginaux. Les intervenantEs s'adressent souvent à des personnes dont les comportements ont été jugés inacceptables par les services habituels. Le travail clinique nécessite de peaufiner l'évaluation des risques dans le suivi auprès des personnes, afin de distinguer entre comportements dangereux et comportements dérangeants. C'est à cette condition qu'il devient possible d'entrer en lien et d'offrir des services à des gens en marge du système de soins.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- L'intervenantE vise à ce que l'expression de la colère s'inscrive dans une démarche d'apprentissage : cibler l'objet de la colère, l'exprimer dans un lieu adéquat, etc.
- Un contrat clinique de non-agression est un outil utile pour que les limites du suivi soient claires.
- Il est important de respecter ses propres limites en tant qu'intervenantEs. On ne peut pas aider une personne que l'on craint.
- Prendre les mesures pour continuer à faire le travail en toute sécurité.
- Faire un retour sur les comportements inappropriés quelques temps après, sans dramatiser, ni banaliser.
- Cultiver son sens de l'humour!

— LES QUALITÉS ET LA VISION DE L'INTERVENANTE EN RÉTABLISSEMENT —

19 – CONSTRUIRE LE REGARD PORTÉ SUR LES PERSONNES

L'approche du rétablissement demande un travail sur soi comme intervenantE, une remise en question des anciens réflexes d'intervention et une mise à distance face aux exigences d'atteindre des résultats. Il y a un travail sur le regard à faire : apprendre à percevoir la personne à travers son potentiel et son droit à l'autodétermination. Il faut être vigilantE de ne pas faire vivre un échec aux personnes en leur imposant le regard et les valeurs de l'intervenantE.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il y a toujours un sens à ce que font les gens. Il faut le voir. Chaque individu à ses valeurs, sa normalité, ses expériences. Certaines valeurs sont plus adaptées à la survie. Se demander : qu'est-ce que la normalité POUR la personne? Quel est le problème SELON la personne? Ne pas imposer ses propres attentes comme intervenantE.
- Rester coller sur les objectifs de la personne tels qu'établis dans le plan d'intervention... et savoir accompagner la personne lorsque ses rêves et ses objectifs changent.
- Dans le travail en rétablissement, la façon de nommer les réalités importe beaucoup. On parle de forces, de qualités, d'aptitudes plutôt que de symptômes, d'incapacités, de lacunes. On parle d'épisode de consommation plutôt que de rechute.

- Pour aider la personne, il faut arriver à la voir au-delà de la maladie mentale, au-delà de la dépendance, qui ne constituent d'un aspect de sa vie. C'est à cette condition qu'il est possible de l'aider à se voir autrement, de semer le doute sur sa définition d'elle-même en tant que personne « malade », « toxicomane », « trop méfiante pour créer un lien ».
- Mettre la personne au centre de l'intervention signifie de l'accompagner sur le chemin qu'elle souhaite prendre. Cela demande une vigilance constante. Il arrive que les intervenantEs soient happéEs par des jugements lorsque les personnes font des choses qui les confrontent. Il est de la responsabilité de l'intervenantE d'aller chercher du soutien après de son équipe pour ne pas imposer ses propres valeurs.
- On ne doit pas perdre de vue que c'est de la vie de la personne dont il s'agit.
- Faire des jeux de rôles comme « intervenu » permet de mieux saisir l'approche du rétablissement et de la transmettre aux participantEs.
- Les chefs d'équipe ont un rôle important à jouer pour que les intervenantEs demeurent dans une approche du rétablissement, pour recentrer les suivis et recadrer les attentes des intervenantEs.

20 - AIDER LES PERSONNES À RENOUER AVEC ELLES-MÊMES

Un premier pas dans l'intervention auprès de personnes ayant un parcours d'itinérance, de toxicomanie et souffrant de troubles mentaux, consiste souvent à les aider à se reconnecter à elles-mêmes, à reprendre contact avec leurs besoins, leurs émotions et leurs valeurs.

Les personnes qui ont connu des années d'itinérance se sont parfois distancées d'elles-mêmes afin d'être dans des conditions de survie plus optimales. Certaines personnes n'ont plus conscience de ce que dit leur corps. Après des années de regards qui excluent, les personnes disparaissent, deviennent invisibles à leurs propres yeux. Il y a également un phénomène d'auto-exclusion.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut donner aux personnes le temps d'atterrir et rester à l'écoute de ce qui émerge.
- Lorsqu'on travaille avec des personnes qui ne sont pas en contact avec leurs besoins, l'intervenantE doit d'abord accompagner un retour vers soi pour ensuite accompagner le choix.
- Peu importe l'état de la personne, l'expérience de l'appartement offre l'occasion de sortir de la survie, d'avoir un temps de répit et, éventuellement, de voir sa vie à la rue sous un nouvel angle. L'expérience du logement peut notamment permettre de renouer avec une fatigue, des besoins, des inaptitudes qui rendent la vie à la rue moins attrayante.
- Permettre de retrouver l'accès aux joies simples de la vie constitue un objectif d'intervention important lorsque la personne n'est pas en lien avec elle-même. Ce peut être un long processus. Il faut du temps, un lien, un sentiment de sécurité.
- Il y a des traumatismes qui remontent. Savoir diriger les personnes vers une aide professionnelle plus adaptée en temps voulu.

21 - SE POSITIONNER À CÔTÉ DE LA PERSONNE

Un rôle principal de l'intervenant est d'accompagner la transition et la transformation de la personne; de la laisser émerger, de l'aider à se reconstruire, se redécouvrir. Pour se faire, il faut se positionner à côté d'elle et oser de nouvelles avenues.

On s'adresse à des personnes qui ont souvent été à la marge des services sociaux et de santé à cause de leur façon peu adéquate de formuler une demande, étant donné le cumul de problèmes auxquels elles font face ou encore parce qu'elles étaient méfiantes à l'égard des services existants. Une tâche importante de l'intervenantE est d'offrir un contexte d'intervention propice pour faire alliance et maintenir le lien avec des personnes marginalisées et souvent méfiantes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut savoir partir en neuf dans l'intervention, porter un regard exempt de préjugé et d'étiquettes (sur les capacités, sur les limites, sur la maladie mentale).
- Le mandat principal de l'intervenantE est d'amener la personne à ce qu'elle croque dans la vie. Ensuite, tout devient possible dans le travail avec la personne.
- Ça veut dire prendre des risques avec la personne, lui apprendre à oser, marcher à côté d'elle.
- Explorer avec la personne pour qu'elle trouve ses propres solutions.
- « Remettre » aux personnes le pouvoir sur leur propre vie. Se mettre en position d'apprendre d'elles, plutôt que de se positionner d'emblée dans un rôle d'expert.
- Il ne s'agit pas tant de viser la réalisation du rêve, que d'envisager le rêve comme un moteur pour que la personne se mette en marche, de le saisir comme une occasion de faire des pas avec elle vers une meilleure estime de soi et l'appropriation de sa vie.
- L'intervenantE agit tel un miroir dans lequel les personnes peuvent voir qu'elles avancent, qu'elles constatent leurs acquis, leur évolution.
- Ça veut parfois dire de se faire l'écho de la voix de la personne afin que ses besoins, ses désirs, ses priorités soient entendues.

22 – NOURRIR DES ATTENTES À LA FOIS RÉALISTES ET AMBITIEUSES

Il faut avoir des attentes et des ambitions pour la personne, sans lui en demander trop. Un enjeu important du travail d'intervention est de viser de petits pas et de mettre en valeur les petits succès accomplis par la personne.

Le travail auprès de personnes qui vivent un chevauchement de difficultés demande une vigilance particulière afin de nourrir des attentes « aidantes ».

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le rétablissement n'est pas linéaire. Il n'y a pas de route à suivre. Avoir confiance que la personne apprend à travers ses expériences.
- Il ne faut ni perdre espoir, ni mettre la barre trop haute. Si les objectifs sont trop grands, intervenantE et participantE risquent de se décourager et de se désintéresser du suivi.
- Il faut régulièrement revoir avec la personne où elle veut aller.
- Dans le suivi à domicile auprès d'une population cumulant diverses problématiques, les outils de travail permettent de garder le cap. Certains outils d'intervention permettent de mettre l'accent sur les forces des personnes et de se centrer sur l'atteinte de petits objectifs.
- Il est important de rappeler aux personnes la nécessité de garder espoir. Et parfois l'intervenantE doit espérer à leur place jusqu'à ce que l'espoir revienne.
- Il importe également de cheminer entre espoir et réalisme afin de ne pas se brûler en tant qu'intervenantE.

23 – CULTIVER LA TÉNACITÉ ET LA PATIENCE DANS UNE INTERVENTION QUI S'INSCRIT DANS LE MOYEN ET LONG TERME

Quand l'intervention n'avance pas, que le lien n'est pas favorable, que la personne n'est pas engagée vers son rétablissement, les intervenantEs doivent miser sur la continuité et faire preuve de souplesse.

Dans certaines situations, les personnes ne désirent rien et il est particulièrement difficile de susciter une motivation ou de l'ambivalence, et il faut attendre l'étincelle. Se permettre « l'informel structuré », le « small talk » finit par porter ses fruits dans la construction d'une relation de confiance auprès de personnes méfiantes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- La maîtrise de l'entretien motivationnel est centrale pour faire des pas concrets vers un changement.
- La création du lien avec une personne très isolée, très méfiante constitue déjà un grand pas.
- La souplesse signifie parfois de laisser tomber les démarches, d'être tout simplement à l'écoute et d'offrir à la personne son moment à elle. Aller prendre un café, garder espoir, même si ça prend des mois; se rappeler comme intervenantE qu'il est difficile et insécurisant de changer.
- Garder espoir, voir en quoi la vie de la personne est mieux qu'elle ne le fût.
- L'étoile du rétablissement est un outil concret pour travailler dans le sens du rétablissement avec des gens parfois déconnectés d'eux-mêmes. C'est l'occasion d'ouvrir sur une variété de sujets et de discuter avec la personne de sa satisfaction à l'égard des différentes sphères de sa vie.
- Si la personne ne veut pas de suivi, les possibilités comme intervenantEs en rétablissement sont limitées. Rester là, sans insister et en continuant de lui refléter qu'elle mérite mieux, que l'équipe sera là lorsqu'elle souhaitera apporter du changement dans sa vie.

24 – SAVOIR RECONNAÎTRE DE BONNES INTERVENTIONS

S'il n'y a pas de chemin déjà tracé pour réaliser de bons suivis, il y a un standard à construire sur ce qu'est une intervention réussie. Il est important comme intervenantEs de savoir reconnaître lorsqu'on est sur la bonne voie dans le cadre d'un suivi, sachant que l'intervention s'inscrit dans le moyen et long terme.

Le travail dans la communauté auprès de personnes cumulant troubles mentaux et parcours d'itinérance demande de se défaire d'idées préconçues sur des résultats à atteindre. Cela dit, les intervenantEs doivent pouvoir reconnaître de bonnes interventions et les pas accomplis vers un rétablissement, afin d'être porteurEs d'espoir auprès de la personne et de rester eux-mêmes motivés à l'égard de leur travail.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Si la personne se sent mieux, peu importe ce qu'elle fait, peu importe qu'elle soit ou non en logement.
- Une personne EST en rétablissement; un rétablissement réussi ou achevé n'existe pas. Si la personne est engagée dans un processus de rétablissement, qu'elle désire se mettre en action, qu'elle ose des choses, il y a déjà de grands pas qui sont faits, même si elle se porte moins bien demain.
- Parfois, le fait d'être en relation avec la personne, c'est déjà un résultat.
- La personne n'est plus en survie, elle commence à prendre soin d'elle.

- Faire des pas avec les personnes, croire en elles, constituent déjà des résultats positifs dans le suivi. On s'inscrit dans un processus où le « résultat » à atteindre importe moins que le fait d'avoir fait des pas AVEC la personne.
- De bonnes interventions s'évaluent à la lumière des objectifs du « client » ou de celui du « réseau »? Idéalement, par la combinaison des deux.
- Une bonne intervention se détermine notamment en fonction des points de repère identifiés par la personne. Aller voir la personne avec le plan de rétablissement réalisé au préalable avec elle et lui demander si elle estime être en partie sur le chemin qu'elle souhaitait emprunter. Faire des bilans avec elle.
- Comme intervenantE, une bonne intervention aura permis d'offrir aux personnes l'opportunité d'apprendre et d'expérimenter.
- Parmi les critères pour discerner de bonnes interventions, il y a notamment le sentiment que quelque chose de différent est en train de se passer, un sentiment de satisfaction entre les intervenantEs, l'intuition d'une réussite.

25 – ENCOURAGER LA CRÉATIVITÉ NÉCESSAIRE POUR INTERVENIR AUPRÈS DE POPULATIONS MARGINALISÉES

Offrir des services à des individus à qui les autres ressources ne répondent pas ou ne répondent plus, demande de la créativité dans la marge. Devant la complexité des situations et l'interrelation des problématiques, il est nécessaire d'intervenir au cas par cas. Il est notamment utile de multiplier les occasions d'échanger entre professionnels pour raffiner le jugement clinique, ainsi que d'avoir le support de la direction pour sortir des sentiers battus.

Les nouvelles approches sont le fruit d'ajustements constants des façons de faire pour répondre à une situation donnée. Il est également important d'avoir des formations, du soutien et des outils, pour aller au bout de son rôle comme l'intervenantE dans une approche du rétablissement. Il faut travailler la compréhension d'une approche d'intervention et de ses nombreuses subtilités dans la relation d'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Se permettre d'être déstabiliséE comme intervenantE et d'apprendre auprès des personnes.
- L'innovation dans l'intervention a diverses sources : l'expérimentation, le partage des expériences et des expertises entre collègues, le savoir des pairEs aidantEs; les moyens proposés par les participantEs.
- Lorsqu'on ne voit plus comment dénouer une situation, il est bon de faire appel à un autre regard : d'autres membres de l'équipe, des intervenantEs de l'extérieur ou des consultantEs.
- Il est utile que des gens sur le terrain transmettent leurs expertises et entrent en dialogue avec les nouvelles équipes et les nouveaux intervenantEs – tant d'un point de vue des méthodes de travail que de l'organisation du travail, car il y a énormément de choses à apprendre.
- Étant donné que l'intervenantE accompagne les personnes dans les différents domaines de leur vie, cela demande d'avoir de nombreuses connaissances et des formations sur la réalité de l'itinérance et de la santé mentale, les différentes lois et leviers légaux (P38, requête d'évaluation psychiatrique, garde en établissement, régimes de protection); les diverses démarches d'identité et de revenu; les ressources d'aide et d'hébergement à qui recommander les personnes.
- Les outils de travail utilisés dans d'autres milieux d'intervention peuvent être adaptés.
- Le support, la confiance et la compréhension des gestionnaires sont essentiels pour avoir la possibilité de tenter de nouvelles avenues dans l'intervention.