

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

— Résumé —

Ce texte fait partie d'une banque de 50 récits de pratiques d'intervention en itinérance qui ont été réalisés avec quatre Équipes Itinérance du Québec (Hurtubise et Babin, 2010) et les trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal (Hurtubise et Rose, 2013).

Accompagner des personnes qui ont un trouble sévère de personnalité 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 ce récit, un intervenant relate les interventions auprès de Johanne, une dame souffrant d'un trouble de personnalité et qui, après quelques mois de vie en appartement, se laisse déprimer. On 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 des autres ressources. Différentes situations du quotidien seront saisies pour accompagner cette personne et faire des pas avec elle. L'intervenant misera sur la constance du lien, malgré tout, en veillant à garder de la souplesse et du recul. Il s'agira d'apprendre à connaître Johanne afin de l'accompagner sans lui nuire. L'équipe 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.

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

Équipe SIV Diogène, Projet Chez soi



SYdesignin, 2012. Certains droits réservés. CC

Apprendre à se connaître

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. Il peut s'écouler un certain temps avant qu'un intervenant et un participant apprennent à se connaître et développent une sympathie mutuelle.

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 d'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.**

samplediz, 2005. Certains droits réservés. CC



Dès la semaine suivant son hospitalisation, Johanne recommence à se laisser dépérir. 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**

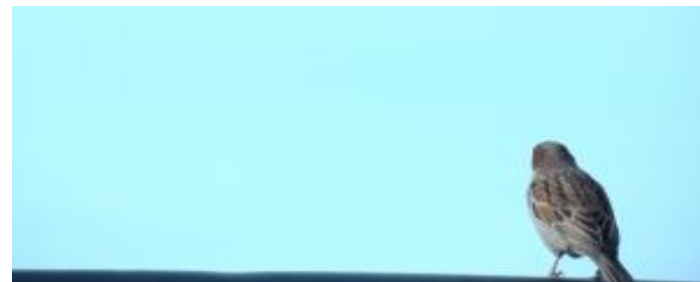
s'accorder de la valeur, à se faire confiance. C'est un processus. Il faut se demander pourquoi la personne agit ainsi.

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.



rerisk, 2013. Certains droits réservés. CC

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, ce sont les soins physiques; le nôtre, c'est la santé mentale. Je leur ai dit 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 relation-



anyone71, 2011. Certains droits réservés. CC

nelle 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, Montréal, 2011
Équipe de suivi d'intensité variable (SIV),
Diogène*

Mots clefs : Accès aux services, logement, perte d'autonomie/inaptitude, santé physique, trouble relationnel.