

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

— 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).

De la rue au logement, il y a la dure transition entre deux univers. Quand elles arrivent en logement, certaines personnes reculent ou rechutent. Ce récit raconte le travail d'accompagnement auprès d'Hélène qui souffre de schizophrénie et dont les symptômes de la maladie mentale sont intimement liés au logement. La vie en logement présente aussi pour elle divers défis, 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 en sont les critères.

L'entrée en logement va rapidement induire une crise et Hélène sera hospitalisée. À sa sortie de l'hôpital, un espace de transition est aménagé, entre la rue et le logement, en négociant un répit avec une ressource d'hébergement.

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. 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 l'accompagner à son rythme et la soutenir dans ses décisions. 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.

« 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. »

Équipe SIV Diogène, Projet Chez soi

OlkaCF, 2012. Certains droits réservés. CC



Portrait d'une nouvelle usagère

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

fillette 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 faisions visiter. Malgré cela, il y avait tout de même des choses qui accrochaient. Visiblement, les visites de logement la rendaient très anxieuse.



ischerer, 2012. Certains droits réservés. CC

Cette personne 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 (TOC) 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 dépen-sière. 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.



anital0000, 2013. Certains droits réservés. CC

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 l'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 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.



bouw019, 2009. Certains droits réservés. CC

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.**

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 demeure. 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 dans l'accompagnement d'une personne très ambivalente quant à 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. 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, ainsi que pour reconnaître 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 longs 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, Montréal, 2011
Équipe de suivi d'intensité variable (SIV),
Diogène*

Mots clefs : Collaboration
interprofessionnelle, logement, réseau
social/proches, psychiatrie, trouble délirant,
outil d'intervention.