

Perte d'ancrage et projets communs

La soupe aux quatre

PRATIQUES

Danny Lacroix a travaillé dix ans comme éducateur spécialisé au centre d'hébergement d'urgence Le Havre, à Trois-Rivières. À la fin de ces années, le centre a développé un service de soutien externe à la clientèle du Havre, c'est-à-dire un service post-hébergement pour assurer une continuité auprès des personnes. Cependant, l'équipe du Havre s'est aperçue qu'il était impossible pour un intervenant d'assumer ce soutien tout seul. C'est alors que le projet de l'Équipe itinérance a été développé en collaboration avec plusieurs partenaires du réseau public et communautaire. Danny Lacroix est aujourd'hui chef de cette équipe, composée de quatre intervenants.



Haags, Uiburo, 2010. Certains droits réservés

Aujourd'hui, j'ai rencontré en intervention une personne que je connais depuis plusieurs années. Elle a vécu deux ans d'errance avant d'arriver au centre d'hébergement d'urgence. Ses problèmes de consommation ont débuté tardivement dans l'adolescence, mais la situation a dégénéré rapidement, si bien que ses parents se sont sentis impuissants face à ce qu'elle vivait et lui ont demandé de quitter le domicile. Ils n'avaient plus de ressources personnelles pour faire face à la situation. C'est dans ce type de situation que le « cercle » avec les ressources peut se mettre en place.

Les personnes peuvent osciller longtemps entre le centre d'hébergement, les maisons de chambres, les centres de détention et la rue, avant qu'un des acteurs les aide à reprendre du contrôle sur ce qu'elles vivent. Dans certains cas, la première initiative peut être d'im-

Danny Lacroix

Psychoéducateur
Chef de l'Équipe
itinérance de Trois-Rivières

Propos recueillies
et mis en forme
par Aude Fournier
Revue du CREMIS

poser des restrictions dans l'usage d'une ressource, ce qui peut produire une prise de conscience. À l'opposé, si cette stratégie ne fonctionne pas, les intervenants peuvent être plus permissifs en accordant, par exemple, des périodes d'hébergement plus longues que la normale, afin de construire un plan solide de sortie de cette errance.

Dans le cas de la personne que j'ai rencontrée dernièrement, la situation s'est améliorée quand, sur ma proposition, ses parents ont accepté que le curateur public intervienne dans la gestion de son budget. Les démarches ont été réalisées en ce sens, ce qui lui permet aujourd'hui d'utiliser son argent pour payer son loyer et se nourrir. Il lui reste encore de l'argent pour consommer, mais au moins ses besoins de base sont comblés. De telles interventions permettent de stabiliser la personne en logement. Nous sommes maintenant à la recherche d'une résidence publique qui offrirait un volet transitoire de réadaptation.

Présence

Cette situation est représentative du profil des personnes que nous accompagnons à l'équipe. La plupart des personnes ont un problème de santé mentale grave qui ne n'est pas stabilisé, en raison de la difficulté d'obtenir une évaluation juste de leur état et de leurs conditions de vie. Ce sont des personnes qui vivent des rapports récurrents avec les différentes ressources – comme le centre hospitalier, les CSSS, le centre d'hébergement et les ressources en

désintoxication – mais qui n'entrent pas dans les catégories de leur structure. Quand on discute avec elles pour trouver de l'aide, le premier constat est qu'elles sont dans un cul-de-sac et que leurs proches ou les intervenants qui ont essayé de les soutenir ont tous été confrontés individuellement à l'impuissance. Quand les personnes ont perdu l'espace de socialisation du travail, que les liens avec leur famille ou leurs proches se sont rompus et que leur faible revenu ne leur permet plus de sortir pour aller voir du monde, elles se retrouvent dans une situation de désaffiliation sociale, où leur seul réseau devient les personnes côtoyées dans les différentes ressources et les intervenants du réseau clinique. Il est confrontant pour les personnes de ne fréquenter que des intervenants du réseau, parce que ces derniers souhaitent constamment du changement chez elles. C'est la réalité des plans cliniques, mais il n'est pas sain pour une personne de ne vivre que ce type de rapport.

En ce sens, une des particularités de l'équipe dans le suivi des personnes est l'absence de



Spiorp, 2009. Certains droits réservés

fin préétablie. Il n'y a jamais de pression à fermer un dossier. Si la personne décide d'arrêter le suivi, on l'arrête. Si on réussit à la rattacher à d'autres services et que ses besoins sont comblés, on peut se retirer de façon graduelle. Il n'y a pas de date de fin. Il s'agit simplement d'assurer une présence auprès des personnes sur le long terme. L'importance de notre équipe est là : peu importe le temps qu'il va falloir, peu importe les décisions que la personne va prendre, il va toujours y avoir un intervenant prêt à l'écouter et à l'accompagner. Souvent, les plans d'intervention répondent davantage aux besoins de l'intervenant qu'à ceux de la personne. Il se sent personnellement atteint quand les objectifs ne se réalisent pas. Dans l'équipe, tout le monde partage le même objectif : un accompagnement de la personne dans son cheminement à son propre rythme. Pour faire partie de l'Équipe, il faut être capable d'accepter une certaine impuissance face à ce que vivent les gens.

La stabilisation des conditions de vie des gens, notamment de leur situation résidentielle, est

toujours le premier élément auquel l'équipe voit. On essaie d'avoir seulement un ou deux objectifs à la fois avec les personnes. Ensuite, si la personne est prête à faire un pas de plus, l'équipe peut l'aider, par exemple, à s'occuper de son logement ou lui offrir un accompagnement vers différentes ressources. En tant qu'intervenants de l'Équipe, il faut avoir le souci d'accompagner la personne jusqu'à ce qu'elle ait une véritable stabilité. Ensuite, on peut passer à de nouveaux objectifs. Nous ne faisons pas de plans d'intervention qui vont de la stabilisation à la réalisation personnelle; l'approche des « petits pas » est préconisée.

Une des personnes que j'accompagne depuis plusieurs années est paranoïaque et refuse toute consultation ou toute médication, ce que je respecte. Parfois, ses symptômes sont tellement forts qu'elle part en forêt, en « plein-air ». Je conserve le suivi avec elle même si sa situation résidentielle n'est pas stabilisée, puisque ses escapades en forêt sont sa manière de gérer sa schizophrénie. Dernièrement, elle est venue me voir pour me dire que ses rentes

DÉMARRAGE

« Peu importe le temps qu'il va falloir, peu importe les décisions que la personne va prendre, il va toujours y avoir un intervenant prêt à l'écouter et à l'accompagner. »

Autour de la table

Michel Simard

Directeur
Centre Le Havre

Propos recueillis par Aude Fournier
Revue du CREMIS

Le Centre le Havre de Trois-Rivières est une ressource d'hébergement d'urgence pour des hommes et des femmes adultes en situation de rupture sociale. Ces personnes sont sans domicile ou domiciliées dans des conditions d'extrême précarité. Elles ne disposent pas des ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins et n'ont aucun autre endroit où aller. L'équipe du Centre intervient dans un contexte d'urgence, pour soutenir les personnes dans leurs problèmes immédiats, mais n'est pas en mesure d'offrir un suivi sur le long terme. Elle peut cependant compter depuis novembre 2010 sur une équipe dédiée à l'itinérance à Trois-Rivières, chargée d'effectuer ce type de

suivi auprès des personnes qui le souhaitent. Alors que les autres équipes itinérantes au Québec sont rattachées aux Centres de santé et de services sociaux, cette équipe s'appuie sur un modèle « intégré », c'est-à-dire que trois établissements publics et deux organismes communautaires ont décidé de mettre en commun leurs ressources, afin de se doter d'un service commun pour desservir le territoire.

Pressions

L'équipe a été créée en raison de l'absence de portes de sortie pour les personnes récurrentes dans les services communautaires et publics, qui souhaitent améliorer leur situation et sortir de l'itinérance. Par exemple, une personne que nous accueillons au Havre est schizophrène et souffre d'alcoolisme. Elle a besoin d'être stabilisée en raison de ses hallucinations et des délirés liés à sa maladie. Après plusieurs années de consommation, elle a commencé à vouloir la diminuer, s'apercevant des conséquences importantes sur sa vie. Or, lorsqu'elle se rendait à

avaient été coupées en raison du non-paiement de ses impôts. Depuis trois mois, elle ne payait plus son loyer et parvenait à peine à manger. J'avais les contacts nécessaires pour régler sa situation. Nous l'avons hébergée au centre Le Havre exceptionnellement pendant un mois et demi et elle a finalement pu retrouver son revenu. Puis elle est repartie vivre dans le bois, jusqu'à temps que la température ne le permette plus. Il y a plusieurs personnes comme celle-ci, avec lesquelles nous faisons de petites démarches et gardons un lien. Lorsqu'il se pré-



Min-que, 2007. Certains droits réservés

l'urgence de l'hôpital, on lui demandait d'être sobre pendant une période d'au moins un mois avant d'être évaluée au service de psychiatrie et de recevoir sa prescription de médicaments. Lorsqu'elle voulait accéder à des services de désintoxication, elle était considérée comme trop intoxiquée et pas suffisamment motivée pour participer à une démarche de réadaptation. À chaque tentative, elle revenait à la case départ. Elle était coincée.

L'accès aux services sociaux et de santé, aux services de la sécurité du revenu ainsi qu'aux services de réadaptation en dépendances n'est pas toujours adapté à ce que vivent ces personnes. L'offre de services du réseau public est construite en fonction d'une « clientèle volontaire » qui veut s'en sortir, demande de l'aide et va s'adapter à l'environnement de « livraison » des services. Parmi les personnes qui fréquentent le Havre, peu vont s'adapter à une démarche de groupe en désintoxication, à l'intérieur de laquelle il y a des étapes, un cheminement. De plus, les critères d'admissibilité à ces servi-

sente une difficulté, nous sommes prêts à intervenir et avons déjà un lien de confiance établi.

Croisement

Nous sommes une petite équipe de quatre intervenants et travaillons tous ensemble dans un petit local, ce qui facilite la communication. Chacun a un « double rôle », c'est-à-dire que, tout en faisant partie de l'Équipe itinérance, nous avons conservé nos affiliations respectives à nos organismes d'appartenance. Par exemple, pour ma part, avant de rejoindre l'équipe, je travaillais comme éducateur spécialisé au Havre. Je continue de participer aux rencontres d'équipe et j'ai accès aux informations de l'organisme. La plupart des personnes que j'accompagne à l'Équipe itinérance m'ont été

ces sont rigides, correspondant aux différentes spécialisations. Or, les personnes sont souvent davantage en demande de dégrisement et souhaiteraient être admises en fonction de critères plus souples. À l'hôpital, certaines vont signer des refus de traitement ou quitter en raison des délais d'attente. Une autre difficulté est liée à l'absence de coordination entre les services, les situations vécues par les personnes étant souvent d'une grande complexité.

Comme intervenant, il est difficile de voir la situation d'itinérance de ces personnes se chroniciser, voire se détériorer. Le Havre accueille en moyenne plus de 100 personnes par mois et le nombre de demandes d'hébergement ne cesse de croître. En 1998, nous avons eu 159 demandes d'hébergement d'urgence. En 2000, deux ans plus tard, nous en avons eu 445. Puis, au cours des 12 derniers mois, ce chiffre a grimpé à 1265. Il y a donc une pression considérable sur l'urgence sociale, d'où l'importance de trouver des portes de sortie pour les personnes.

référées par le Havre ou sont des personnes que je suivais dans le cadre du projet de soutien externe que j'avais développé au centre d'hébergement. Certaines sont toujours sans-domicile, alors que d'autres vivent en résidence ou en logement.

Par exemple, j'aide depuis quelques temps une personne dans un cheminement personnel. Elle a subi de la violence et a des suivis avec différentes institutions. Dans une telle situation, mon rôle est de lui permettre de ventiler « en-dehors du système ». Parfois, quand elle vit certaines situations difficiles dans sa vie – un trop plein – elle vient me voir et me dit « là, j'ai besoin de te parler. » Pour elle, je représente une personne ressource neutre qui peut l'aider dans son cheminement, mais sans cons-

truire de plan d'intervention. Je ne suis là qu'en soutien. Quand on se voit, on prend une heure pour s'asseoir dans un coin tranquille et jaser.

La beauté d'avoir des gens de plusieurs organismes au sein de l'équipe, c'est que cela permet une coordination pour faciliter l'accès aux services offerts par chacun. La psychoéducatrice rattachée au CSSS continue d'avoir accès aux logiciels de celui-ci et peut faciliter les contacts avec les acteurs clé de certains services. L'infirmier de l'équipe est quant à lui issu du centre de désintoxication *Domrémy* et a la capacité de procéder à des évaluations pour référer une personne vers un centre de thérapie ou simplement nous informer sur les services existants. Il en est de même pour un psychoéducateur issu de l'organisme de travail de rue *Point de rue*, qui peut référer certaines personnes vers nos services ou, au contraire, accompagner les personnes qui nous fréquentent vers le centre de jour de son organisme. Toutes les personnes qui demandent un suivi plus intensif sont prises en charge par l'équipe au complet, qui désigne un intervenant attiré.

Rassembler

C'est dans ce contexte que le projet de l'équipe itinérance a été développé. Dès le début, nous avons eu à faire un choix : voulons-nous créer un service intégré au Centre le Havre ou créer un service commun pour tout le territoire, qui va intégrer l'ensemble des acteurs concernés? La seconde option a été choisie. Des liens étroits et quotidiens existaient déjà avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières, l'organisme de travail de rue Point de rue et Domrémy, un centre de réadaptation en dépendances. Nous avons travaillé ensemble durant neuf mois à travers la table de concertation du projet clinique du CSSS pour créer cette équipe dédiée à l'itinérance. Malgré la diversité des missions et des expériences, l'idée d'avoir un projet commun pour le territoire a eu un effet rassembleur. Il ne s'agissait pas d'un service du CSSS, mais d'un service que les acteurs du territoire souhaitaient se donner pour répondre chacun à leurs be-

soins pour un même groupe de la population. Ces neuf mois ont servi à se doter d'une lecture commune des besoins et du mode de fonctionnement de cette nouvelle équipe. Nous ne voulions pas fonctionner avec les catégories traditionnelles de clientèle (santé mentale, dépendance) et avons choisi d'utiliser le concept de « désaffiliation » pour illustrer cette perte d'ancrage grandissant de ces personnes à l'intérieur du monde commun.

Les partenaires ont choisi de donner à la nouvelle équipe le double mandat d'assurer la coordination des services et le suivi des personnes sur le territoire. Trois orientations balisent l'action de l'équipe : l'accessibilité et la continuité des services pour les personnes en situation de rupture sociale ; l'accès et le maintien en logement ; la prévention de la judiciarisation. L'équipe est constituée de quatre intervenants, chacun étant issu d'une ressource qui siège sur la table de concertation du projet clinique, à l'exception de l'hôpital, qui facilite l'accès aux services d'urgence. Ainsi, un infir-

*« L'étude permettra (...) de bénéficier de la réflexion collective autour des pratiques d'intervention expérimentées au CSSS
Jeanne-Mance. »*

Les plans d'intervention sont développés ensemble, au croisement des regards et des expertises de chacun.

Le défi au départ a été de concilier ces quatre cultures organisationnelles et de trouver notre propre structure et identité comme équipe. Chacun est arrivé avec les valeurs et les approches d'intervention de son organisation. Nous avons dû y mettre chacun notre saveur pour concocter une « soupe aux quatre ». Par exemple, pour les statistiques, les approches sont différentes entre le CSSS et l'organisme de travail de rue, qui ne tient aucun dossier de suivi. Nous avons trouvé un équilibre entre ces deux modes de fonctionnement grâce au logiciel SCRIBE, qui comprend une liste de toutes les personnes suivies et un journal de bord, où se trouvent les notes évolutives des différentes intervenants auprès d'elles : avec qui l'action s'est-elle faite ? Dans quel lieu ? Quelle sphère a été touchée ? Y avait-il un organisme partenaire ? Cette formule est légère et simple, et permettra de rendre compte de nos actions.

mier de l'équipe provient du centre Domrémy, un éducateur spécialisé est rattaché au Centre Le Havre, un psychoéducateur est issu de Point de rue, et, enfin, une psychoéducatrice provient du CSSS. Chaque organisme reçoit le financement nécessaire pour dégager un intervenant qui joint l'équipe, mais demeure rattaché à son organisme d'origine.¹ La diversité de l'équipe constitue sa particularité, permettant d'assurer plus facilement la continuité et l'accessibilité des services. Puis, un comité de direction est formé des responsables de chacun des établissements des organismes partenaires.

Bien que l'équipe se déplace pour rejoindre les personnes, elle dispose d'un local situé dans le centre d'hébergement du Havre, avec sa propre entrée et son propre numéro de téléphone. Les références se font beaucoup par les organismes partenaires. À ce jour, ils ont 75 suivis actifs, parmi lesquels 62 sont réalisés avec des hommes et 13, avec des femmes. Les suivis sont regroupés en trois catégories. Les suivis intensifs se font en équipe, bien que le dossier

Portes de sortie

Ce projet-pilote se termine en mars 2013. Pour la suite, il reviendra au Comité directeur de soumettre le rapport d'activités et de demander la continuité de ce service. Pour l'instant, les commentaires de la clientèle en suivi sont positifs. Ce que j'entends souvent, c'est l'absence de pression et le sentiment qu'ils peuvent revenir demander des services auprès de nous sans avoir la culpabilité d'avoir consommé ou de ne pas avoir fait ce qui était recommandé. D'autres ont eu accès à des services auxquels ils n'auraient jamais eu accès si l'équipe n'avait pas existé. Le modèle que nous avons développé permet de garder le contact avec les personnes sur le long terme, sans pression, d'être témoin de ce qu'ils vivent et d'être prêts à saisir avec elles les opportunités lorsque des portes de sortie pour améliorer leurs conditions de vie se présentent.

soit porté particulièrement par un des intervenants. Les suivis réguliers sont assumés par un seul intervenant. Enfin, les suivis situationnels sont effectués en équipe ; ils ne se font pas sur une base régulière, mais seulement lors d'événements particuliers dans la vie de la personne.

Travailler ensemble

Depuis novembre, ce qui est le plus notable en termes d'impact, c'est que les personnes aidées par l'équipe reçoivent les soins auxquels elles ont droit et qu'elles ne sont plus laissées à elles-mêmes dans la rue. L'équipe ouvre des portes et contribue à responsabiliser les acteurs du réseau de services, qui ressentent une certaine impuissance vis-à-vis de ces personnes qui traversent des situations complexes. Elle vient questionner ce qui est offert dans les institutions, en se positionnant davantage en soutien. Elle contribue aussi à transformer le rapport aux personnes dans les différentes ressources communautaires, dont le Havre. Les



Chris J., 2010. Certains droits réservés

PRATIQUES

autres intervenants se font plus tolérants à l'égard de ces personnes, sachant qu'elles bénéficient d'un suivi avec l'équipe.

Un élément important pour ce projet est la décision que nous avons prise dès le départ de participer activement à la table de concertation du projet clinique de Trois-Rivières. Nous avons investi le mandat de « responsabilité populationnelle » des programmes de santé. Je travaille sur un autre projet à l'intérieur du projet clinique, qui impliquera particulièrement le service correctionnel. Nous souhaitons développer un service d'hébergement transitoire pour une clientèle avec des problématiques multiples qui vit dans des conditions de grande précarité. Cette population ne peut pas être laissée à elle-même en logement ou en chambres et rencontre des difficultés particulières pour accéder aux services de santé. L'hébergement d'urgence ne répond pas à leurs besoins, nécessitant des services prolongés. C'est un autre projet en émergence.

À Trois-Rivières, un travail se fait depuis plusieurs années pour construire un modèle de développement passablement décloisonné et ouvert ; une culture du « travail ensemble ». À la fin des années 1990, par exemple, à l'initiative du Havre, nous avons créé une ressource en logements qui compte aujourd'hui 80 unités pour les personnes qui sont en situation de désaffiliation. Au lieu de créer une ressource de logements uniquement rattachée au Havre, nous avons rassemblé autour de la table différents partenaires dont l'hôpital, le CSSS et un autre organisme communautaire. Ce projet a été un beau succès qui nous a inspirés pour plusieurs autres projets, dont celui de l'Équipe itinérance.

Note

1 : Le délogement de ces personnes est possible grâce à de l'argent neuf qui provient d'un montage financier avec le Ministère de la santé et des services sociaux, le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, ainsi qu'avec l'Agence de santé et des services sociaux.