

# **Les Équipes itinérance en santé du Québec**

## **Description de pratiques innovantes**

- Cahier des récits de pratique -

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

Roch Hurtubise  
Professeur titulaire, Département de service social  
Université de Sherbrooke

et

Pierre-Olivier Babin  
Professionnel de recherche  
Université de Sherbrooke

**Mars 2010**



## Table des matières

1. Intervenir face à une double vulnérabilité : itinérance et déficience intellectuelle.....	7
2. Le défi de la construction du lien et sa fragilité : un travail de longue haleine .....	13
3. Intervention auprès d'une femme Inuite : du soin au travail de traduction.....	17
4. Composer avec la manipulation : de la sensibilisation à l'encadrement.....	23
5. Faire face à l'impuissance: une personne âgée avec un trouble de personnalité limite.....	27
6. Personnes en difficultés à l'aide sociale: de l'accompagnement à l'advocacy.....	33
7. Groupe de conversation thérapeutique auprès des personnes itinérantes avec un problème de santé mentale .....	37
8. Le défi de reconstituer l'histoire des personnes pour intervenir dans une situation de refus de soins.....	43
9. Les collaborations entre policiers et intervenants : place à l'adaptation .....	49
10. La pratique d'outreach : un réseau de collaboration indispensable .....	55
11. La stabilisation d'un jeune par le logement supervisé.....	61
12. Advocacy à travers le soin .....	65
13. Affirmer sa place comme Équipe : promouvoir une vision et un mode d'intervention .....	69
14. Soigner et protéger : dilemme entre responsabilité professionnelle et volonté individuelle.....	75
15. Travailler avec les propriétaires et les gestionnaires pour l'accessibilité au logement .....	81
16. Logement de transition avec suivi intensif pour personnes itinérantes : de nouveaux partenaires pour innover.....	85
17. Le redémarrage d'une Table de concertation, une question de synergie.....	91
18. Collaboration avec l'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier .....	95
19. À l'interface des autres acteurs en itinérance : sensibiliser pour repenser le « faire ensemble » .....	99
20. Une réflexion sur l'action, l'impact de la participation à une recherche .....	105
21. Saisir les glissements : les défis du mandat d'une Équipe itinérante .....	109







# 1. Intervenir face à une double vulnérabilité : itinérance et déficience intellectuelle

## Résumé

*Ce récit met en lumière les stratégies d'intervention déployées par un psychoéducateur d'une Équipe itinérance en regard de la double vulnérabilité d'une personne itinérante qui a une déficience intellectuelle. Après avoir présenté son point de vue sur la trajectoire vers l'itinérance de ce type de clientèle, l'intervenant nous raconte un cas marquant de sa pratique où il a été en mesure de sortir de la rue une femme présentant des limitations intellectuelles. Afin de répondre à la double vulnérabilité que constituent la déficience et l'itinérance, l'intervenant a mis en œuvre des stratégies centrées sur la protection, sans pour autant contraindre la liberté et le potentiel d'empowerment de sa cliente. Cette forme de protection de la personne et des biens consiste à minimiser le contexte d'exploitation financière et de vulnérabilité sociale de la personne par le recours à un régime de protection par le Curateur public, un accompagnement soutenu autour du logement, à l'implication de la personne dans un projet de vie, un soutien au développement de sa capacité à demander de l'aide et la réduction des méfaits reliés à sa consommation de drogue et à la prostitution.*

## Une réflexion sur la trajectoire des personnes présentant une déficience intellectuelle et se retrouvant à la rue

*À travers son expérience auprès de la clientèle, l'intervenant a pu faire ressortir deux éléments qui peuvent expliquer pourquoi des personnes ayant une déficience intellectuelle se retrouvent en situation d'itinérance. Le psychoéducateur évoque l'interrelation entre un vécu dans un milieu familial dysfonctionnel et des lacunes dans la prise en charge institutionnelle jusqu'à l'âge adulte.*

J'observe dans ma pratique que plusieurs personnes présentant une déficience intellectuelle et qui ont glissé dans l'itinérance ont vécu dans un milieu familial que nous pourrions qualifier de dysfonctionnel. Par exemple, ces personnes ont été victimes d'abus physiques, psychologiques ou sexuels. Elles ont grandi dans un milieu socio-économiquement défavorisé. Elles ont vécu dans une famille où le lien d'attachement affectif ne s'est pas créé puisque leurs parents présentaient des vulnérabilités personnelles (santé mentale, prostitution, toxicomanie). À un moment donné, le système de protection de la jeunesse les retire de leur milieu familial et elles commencent alors à faire la porte tournante des familles et des centres d'accueil jusqu'à leur majorité. À l'âge adulte, ces individus se retrouvent à vivre chez des amis, en raison principalement de leur manque d'autonomie. Leur association, parfois, avec des personnes malveillantes fait en sorte que leurs problèmes initiaux s'aggravent ou que d'autres apparaissent. Il en résulte un enracinement plus profond dans le milieu de l'itinérance.

Par ailleurs, il faut comprendre que seules les personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle évaluées par un psychologue sont admissibles à recevoir des services dans un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Celles qui manifestent une lenteur intellectuelle se retrouvent dans une zone grise et ne peuvent pas y avoir accès. Pourtant, compte tenu de leur vulnérabilité, ces personnes bénéficieraient grandement de ces services. De plus, l'État offre des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle sur une base volontaire. Généralement, les parents des familles évoquées précédemment ne voulaient pas de services en

CRDI pour leur enfant présentant une déficience intellectuelle. En somme, c'est une combinaison de facteurs familiaux et institutionnels qui font en sorte que des personnes atteintes de déficience intellectuelle se retrouvent en situation d'itinérance.

*La combinaison des facteurs familiaux et institutionnels s'avère justement très présente dans la trajectoire vers l'itinérance d'Alice, une cliente que l'intervenant a choisie pour illustrer sa pratique auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. En fait, dès son enfance, la situation d'Alice comportait plusieurs facteurs de risque pouvant la mener vers l'itinérance. Victime d'agression sexuelle dans un milieu familial aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de prostitution, elle a été placée en centre jeunesse. Son passage à la vie adulte a, par la suite, été caractérisé par un manque de soutien. Au moment de rencontrer l'intervenant, Alice vivait dans une maison de chambre très peu appropriée à sa condition. Un travail de longue haleine, par étapes stratégiques, a permis à l'intervenant d'amener la personne vers des conditions de vie plus stables et plus sécuritaires.*

### **Minimiser le contexte d'exploitation financière par le recours à une curatelle**

*Malgré un milieu de vie non sécuritaire et un contexte d'exploitation très manifeste, l'intervenant doit préparer le terrain avant d'envisager de relocaliser Alice dans un logement plus approprié. L'intervenant doit composer avec la présence du père et du conjoint d'Alice, afin d'éviter qu'ils n'invalident son travail auprès d'elle. La proposition d'une curatelle publique visant à minimiser l'exploitation financière constitue la première étape vers la relocalisation d'Alice.*

À l'époque où j'ai rencontré Alice, elle vivait dans une chambre exiguë avec son conjoint et son père. C'était un environnement très inadéquat il y avait des seringues et des condoms éparpillés dans la chambre. Afin d'avoir plus d'argent pour consommer, son père et son conjoint l'incitaient à se prostituer. De plus, Alice se faisait voler son argent par eux, si bien qu'elle n'en avait pas suffisamment pour payer son loyer. Compte tenu de la situation, je considérais pertinent de faire appel à la curatelle publique.

Cependant, je ne pouvais me permettre d'intervenir uniquement auprès d'Alice. Malgré la situation d'exploitation qu'elle vivait, je devais m'assurer de ne pas exclure les deux autres membres de la famille, puisqu'ils auraient disqualifié mon intervention. Il était préférable de les avoir comme alliés plutôt que contre moi, et ce, même s'ils ont, de toute évidence, une influence négative dans la vie d'Alice. En toute transparence, je lui ai donc proposé que la curatelle gère son argent en lui expliquant que cela lui permettrait, éventuellement, d'accéder plus facilement à un logement et de recevoir une somme d'argent à chaque semaine. Elle a donc accepté ma proposition, m'appelant même fréquemment afin de connaître l'état d'avancement des procédures. Il a été facile de justifier l'ouverture d'un régime de protection de la personne et des biens puisqu'il y avait des éléments évidents de vulnérabilité, de négligence et d'exploitation. Le tribunal a accepté la demande.

### **À la recherche d'un logement adéquat : un accompagnement soutenu**

*En bénéficiant d'un régime de protection du Curateur public, Alice a pu stabiliser sa situation financière. Il était maintenant possible pour l'intervenant de l'aider à se trouver un logement adéquat et de l'accompagner pour l'achat de ses électroménagers. Paradoxalement, la présence de son père a été un atout pour lui permettre d'accéder à son logement.*

Par la suite, j'ai accompagné Alice dans ses démarches pour accéder à un logement social. Le fait que son père allait habiter avec elle a permis d'accélérer le processus en sa faveur. En effet, être âgé de 55 ans et plus, comme le père d'Alice, est un critère important pour l'attribution d'un logement social. Ensuite, mon intervention a consisté à l'accompagner dans la recherche d'électroménagers. J'ai la latitude, dans le cadre de mon mandat, d'accompagner au quotidien mes clients dans l'ensemble des sphères de leur vie. Dans ce cas-ci, j'ai été présent aux côtés d'Alice pour l'achat de sa première cuisinière et de son premier réfrigérateur. Finalement, elle m'a présenté à son oncle qui vivait lui aussi dans l'immeuble. J'ai servi d'intermédiaire entre Alice et son oncle afin d'engager ce dernier à soutenir Alice dans sa vie en appartement. L'oncle lui prépare des repas et Alice, craignant de se faire voler sa nourriture par ses clients, range certains de ses aliments chez lui.

### **L'utilisation d'un outil nommé « le projet de vie » : partir des besoins d'Alice**

*Après le travail de stabilisation sur le plan du logement, l'intervenant a voulu impliquer Alice dans un projet personnel. Grâce à son outil « le projet de vie », l'intervenant a pu l'impliquer dans un projet structurant qui, à partir de ses besoins, un petit pas à la fois, pourrait lui permettre d'aller plus loin dans son cheminement personnel.*

Afin d'accompagner Alice dans son cheminement, j'ai créé un outil que j'ai nommé « le projet de vie ». Je lui ai présenté huit situations ou problématiques sur lesquelles elle a la possibilité d'agir: santé physique, santé mentale, prostitution, toxicomanie, jeu pathologique, justice, hébergement, et loisir-travail-bénévolat. Par la suite, il s'est agi de lui permettre de choisir un domaine sur lequel elle voudrait travailler en premier lieu. Elle a décidé de faire des loisirs. Je fais remarquer ici qu'il faut partir de là où les gens sont rendus et tenir compte des besoins qu'ils nomment. Même si, dans ma vision d'intervenant, je voyais bien d'autres priorités en terme de besoin, je devais composer avec sa priorité à elle pour ensuite lui permettre d'avancer vers une autre étape. Or, comme loisir, Alice voulait faire de la cuisine. Je l'ai donc invitée à faire des recherches dans son quartier pour trouver un organisme qui pourrait la soutenir dans son projet. Elle me téléphone la journée même et me dit qu'elle a trouvé un organisme pour démarrer son projet. J'ai téléphoné à la responsable des cuisines collectives et, à la suite de cela, nous avons démarré un projet de cuisine collective pour personnes ayant des limitations intellectuelles.

La participation aux cuisines collectives a permis à Alice de mieux structurer sa vie au quotidien. Depuis le début du groupe, elle n'a été absente qu'une seule fois. Elle me dit avoir refusé des clients pendant la nuit puisqu'elle avait une cuisine collective le lendemain et d'attendre après la cuisine collective avant de consommer. Elle a même demandé à son curateur de ne plus verser son argent le jeudi, la cuisine collective, afin de ne pas être tentée de consommer ce jour-là.

*D'autres stratégies ont été mises de l'avant auprès d'Alice par l'intervenant, afin d'élargir le réseau de soutien autour de sa cliente et de la protéger compte tenu de sa vulnérabilité.*

### **« Multiplier les dépendances » : faire en sorte qu'Alice puisse se référer à plusieurs ressources en cas de besoin**

*L'intervenant utilise l'expression « multiplier les dépendances » pour désigner la possibilité qu'Alice soit en mesure d'utiliser plusieurs ressources lorsqu'elle en a besoin et pas uniquement l'intervenant de l'Équipe itinérance.*

Au début, je réfère et j'accompagne Alice à plusieurs ressources communautaires comme la popote volante, des organismes pour les travailleuses du sexe, des organismes en toxicomanie, etc. Elle connaît maintenant très bien ces organismes et sait y faire appel au besoin. L'objectif derrière cette référence aux ressources communautaires consiste à « multiplier les dépendances ». Il est important que l'intervention ne repose pas uniquement sur moi puisqu'elle m'appellerait tous les jours. « Multiplier les dépendances » cela signifie qu'elle est en mesure d'aller chercher de l'aide auprès d'autres ressources lorsque je ne suis pas disponible.

### **Face aux comportements potentiellement à risque, une approche de réduction des méfaits**

*Étant donné sa déficience intellectuelle et, donc, sa capacité limitée à cerner les abuseurs potentiels, Alice est davantage à risque de vivre les conséquences négatives de ses comportements (consommation de drogues et prostitution). Dans ce contexte, l'intervenant de l'Équipe privilégie une approche de réduction des méfaits. Des interventions centrées sur la réduction des méfaits sont évoquées à travers certaines composantes de sa vie personnelle.*

Compte tenu de la vulnérabilité de la personne, j'interviens dans une perspective de réduction des méfaits au regard de certaines dimensions de sa vie. Tout d'abord, je dois composer avec la présence de son père et de son conjoint. Je ne peux l'empêcher de les fréquenter bien que je sache qu'il s'agit de relations dysfonctionnelles, voire nuisibles pour Alice. Elle a d'ailleurs été abusée sexuellement par son père lorsqu'elle était mineure et elle craint qu'il puisse récidiver un jour. Alice adopte une stratégie pour se sentir plus en sécurité. Lorsqu'elle se retrouve seule avec son père, elle décide d'aller rendre visite à son oncle qui demeure dans le même immeuble. Je l'encourage à maintenir cette stratégie.

En ce qui concerne sa consommation de drogue, j'interviens aussi avec une approche de réduction des méfaits. Mon rôle ne consiste pas à l'empêcher de consommer, mais plutôt à m'assurer qu'elle ne vive pas trop de conséquences négatives liées à sa consommation. Par exemple, je discute avec elle de l'importance de ne pas acheter sa drogue n'importe où et de n'importe qui. Les vendeurs décèlent rapidement sa lenteur intellectuelle et en profitent pour lui vendre de la drogue de mauvaise qualité à un prix qui ne respecte pas le marché. J'ai donc dû lui expliquer le montant qu'elle devrait payer pour la quantité qu'elle reçoit afin qu'elle ne se fasse pas arnaquer. De plus, j'encourage Alice à modifier le type de produit consommé, en prenant du cannabis au lieu du crack, par exemple. Finalement, les policiers vont profiter du fait qu'Alice ne se méfie pas d'eux pour lui soutirer de l'information précieuse pour leur enquête. Elle donnait ainsi les noms des individus qui lui vendaient de la drogue. Afin de la protéger contre de possibles reprécailles, il était primordial de lui faire comprendre qu'elle ne devait pas donner ces informations aux policiers, même s'ils étaient aimables avec elle.

J'adopte aussi une approche de réduction des méfaits au regard de la prostitution. Je ne peux exiger qu'elle arrête de se prostituer, alors qu'elle le fait depuis vingt ans. Je dois plutôt travailler à minimiser les impacts négatifs de ce comportement. Par exemple, en ce qui concerne la sollicitation, j'essaie de voir avec elle des stratégies pour éviter qu'elle se fasse arrêter par des policiers en civil. De plus, afin d'assurer sa sécurité, j'insiste sur l'importance de ne pas se rendre aux domiciles de clients qu'elle en connaît pas, donc d'aller soit dans une chambre d'hôtel ou chez elle, de demander à son conjoint d'être à proximité, d'utiliser des moyens contraceptifs, d'être capable de s'affirmer et de dire non si un client lui manque de respect et porte atteinte à son intégrité, de s'assurer que les prix demandés soient ceux du marché de la prostitution.

## **En conclusion**

*Étant donné la présence de plusieurs problèmes de différents ordres au départ, la situation actuelle d’Alice s’avère un progrès considérable. Son maintien en logement et son enracinement dans un réseau plus positif témoignent de ce progrès. L’intervenant n’hésite pas à valoriser cette réussite lors de ses rencontres avec elle. Malgré leurs limites intellectuelles, les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent prendre en main leur destinée. Selon l’intervenant, il est cependant important d’intervenir le plus tôt possible sur la situation d’itinérance afin d’éviter la détérioration des conditions de vie qui y sont associées. À ce sujet, le fait de connaître les réseaux de service en déficience intellectuelle et en itinérance constitue un atout pour l’intervenant.*

Alice demeure toujours dans son logement social. Elle a diminué sa consommation de drogues. Bien qu’elle se prostitue encore aujourd’hui, elle a des clients plus stables. Afin d’éviter qu’elle ne retourne dans son réseau d’itinérance au centre-ville, je préfère me déplacer dans son quartier. Elle y a construit un réseau de soutien positif. J’insiste sur ce beau progrès en lui mentionnant qu’elle a « gradué », qu’elle n’est plus en situation d’itinérance. Je demeure cependant à l’affût des potentielles rechutes qui pourraient survenir en période de stress.

Il est important de valoriser la personne et de renforcer positivement ses comportements. J’utilise beaucoup l’approche positive et l’*empowerment* qui sont bien connues des intervenants en déficience intellectuelle. Il est important de redonner du pouvoir et du contrôle à la personne, de considérer qu’elle est le moteur de son propre changement et qu’elle est au centre du processus. Il est important de ne pas faire les choses à la place de la personne, mais de l’accompagner dans son cheminement. Nous lui donnons tous les outils et possibilités pour réussir, mais il revient à elle de se les approprier pour avancer.

Il faut mentionner, en terminant, qu’un des objectifs centraux de l’intervention auprès des personnes itinérantes ayant une déficience intellectuelle consiste à intervenir rapidement pour éviter la dégradation de leurs conditions de vie. Il faut créer des réseaux positifs et éloigner le plus rapidement possible la personne du réseau de l’itinérance. Le fait de connaître à la fois les ressources en itinérance et en déficience intellectuelle s’avère fort utile dans le cadre de mes interventions. Ainsi, en fonction du client auprès de qui j’interviens, je peux choisir parmi les deux réseaux de services celui qui lui convient le mieux. Je peux, par exemple, référer des clients dans un CRDI [Centre de réadaptation en déficience intellectuelle] lorsque je sais qu’ils ont un diagnostic de DI [déficience intellectuelle]. Ils pourront y recevoir des services intensifs d’un éducateur et auront accès à de l’hébergement adapté. À partir de ce moment, je vais me retirer du dossier puisque la composante itinérance n’est plus présente.



## **2. Le défi de la construction du lien et sa fragilité : un travail de longue haleine**

### **Résumé**

*Ce récit met en lumière le défi de construire et de maintenir un lien de confiance avec une personne itinérante particulièrement méfiante. Les intervenants de l'Équipe itinérance sont confrontés à ce défi dans l'intervention auprès de Madame Tremblay qui est atteinte d'un trouble de schizophrénie paranoïde.*

### **Un ultimatum pour susciter l'établissement d'un lien avec l'Équipe itinérance**

Madame Tremblay vit depuis plusieurs années en situation d'instabilité résidentielle. Incapable de demeurer longtemps au même endroit, elle déménage de dix à quinze fois par année. Depuis quelques années, elle s'est rendue au refuge à plusieurs reprises. Personne excessivement méfiante, conséquence de sa maladie, elle a toujours refusé de rencontrer un médecin ou un intervenant du CSSS.

Le coordonnateur du refuge constatait que l'errance de Madame Tremblay entre le logement, la rue et le refuge ne pouvait se régler qu'en assurant un suivi médical et psychosocial en lien avec son problème de santé mentale. Sachant que la dame refusait de rencontrer quiconque lié au système de santé et de services sociaux et qu'elle aimait fréquenter le refuge, le coordonnateur la place devant un ultimatum : elle devra rencontrer un intervenant de l'Équipe itinérance avant de se présenter à nouveau au refuge. Madame Tremblay accepte de rencontrer un intervenant de l'Équipe itinérance afin de préserver son admissibilité au refuge.

*Ce passage illustre la stratégie donnant-donnant mise de l'avant par le coordonnateur de l'organisme afin d'initier un premier contact entre Madame Tremblay et l'Équipe itinérance. Bien que ce premier contact soit en quelque sorte imposé, il semble constituer la seule stratégie disponible pour contrer l'immobilisme de cette dame. Le lien établi par la contrainte aura-t-il des conséquences sur la capacité de l'Équipe itinérance de créer un lien avec cette personne?*

### **Présenter le gain ou l'avantage de demeurer en lien**

Dès la première rencontre avec le travailleur social de l'Équipe, Madame Tremblay démontre des signes de méfiance. Très repliée sur elle-même, elle ne veut pas livrer des informations qui auraient été pertinentes pour l'évaluation de sa situation. Le travailleur social observe néanmoins des symptômes qui ressemblent à une schizophrénie de type paranoïde. Il désire éventuellement la référer à un médecin de l'Équipe afin de faire évaluer sa condition. Pour le moment, l'objectif du travailleur social est de lui trouver un endroit sécuritaire. Il décide de la placer dans une ressource privée d'hébergement. Il lui explique d'emblée que ce placement est temporaire en attendant qu'ils trouvent ensemble une place qui lui conviendrait davantage. Par la suite, le travailleur social a pu rencontrer Madame Tremblay de façon hebdomadaire.

*Malgré la profonde méfiance de Madame Tremblay, le travailleur social va passer d'un premier contact non volontaire à un suivi hebdomadaire volontaire. Le désir de demeurer en lien avec le travailleur social semble motivé par les gains qu'elle peut obtenir dans cette relation. En effet, la*

*possibilité de pouvoir demeurer dans un endroit idéal (pour elle) constitue un gain important pour Madame Tremblay.*

### **La référence au médecin : encore une fois, le gain anticipé comme motivation pour maintenir le lien**

À l'époque, Madame Tremblay recevait un chèque d'aide sociale d'un montant minimal, celui normalement octroyé aux personnes aptes au travail. Le travailleur social de l'Équipe considérait qu'elle était en droit de recevoir le montant attribué aux personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi. Or, l'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi doit être effectuée par un médecin. C'est dans ce contexte que Madame Tremblay accepte de rencontrer le médecin de l'Équipe.

*Par l'entremise d'une proposition précise, qui pouvait lui apporter un bénéfice financier, Madame Tremblay a accepté de rencontrer un médecin. En plus de pouvoir améliorer la situation financière de sa cliente, le travailleur social sait que la demande d'évaluation de la contrainte sévère à l'emploi au médecin constitue une porte d'entrée pour l'évaluation de la condition de santé mentale cette dame.*

### **Interagir avec tact, être à l'écoute de la souffrance, ne pas imposer: des ingrédients de base pour maintenir le lien**

*Avant que Madame Tremblay ne rencontre le médecin, le travailleur social a pris soin d'informer ce dernier de la personnalité très méfiante de la cliente et de l'hypothèse d'un trouble de schizophrénie paranoïde. L'expérience clinique de la médecin auprès des personnes aux prises avec cette maladie l'incite à être prudente dans la façon d'aborder et d'interagir avec Madame Tremblay. Selon la médecin, la confiance se construit pas à pas et il suffit de peu pour la détruire.*

Grâce à une écoute active, le médecin a été en mesure d'amener la conversation sur le fait que Madame Tremblay entendait des voix. Afin de ne pas créer de résistances, le médecin a jugé plus efficace d'identifier la souffrance plutôt que la maladie. Quand Madame Tremblay a parlé des voix qu'elle entendait, le médecin lui a dit que « cela devait être extrêmement difficile à vivre ». Cette façon de faire évite d'étiqueter la personne par son problème. Selon le médecin, ce qui fait fuir les gens souffrant de cette maladie, c'est la peur de ne pas être compris, d'être stigmatisé et enfermé en institution. Il est par ailleurs important de proposer des solutions plutôt que de les exiger. Ainsi, le médecin a mentionné à Madame Tremblay qu'il existait un médicament qui permettait de réduire les voix qu'elle entendait. Sans mettre de pression, le médecin lui a laissé le choix d'essayer ou non le médicament. Madame a accepté l'ordonnance, mais cela a pris beaucoup de temps avant qu'elle aille chercher le médicament à la pharmacie.

*Créer un lien avec une personne méfiante demande de bonnes habiletés d'intervention sur le plan clinique. L'intervention du médecin auprès de Madame Tremblay illustre toute la délicatesse nécessaire dans la façon de communiquer, notamment, l'importance de proposer plutôt de d'exiger afin d'éviter de créer de la résistance. De plus, elle met en relief une philosophie d'intervention centrée sur le vécu émotif du patient plutôt que sur le diagnostic de la pathologie, cela a permis à la dame de se sentir comprise et d'atténuer ses craintes face au médecin.*

### **Respecter le rythme, mais saisir les ouvertures**

*Un consensus existe au sein de l'Équipe sur l'importance de respecter le rythme de Madame Tremblay. Cette ligne directrice est présente dans plusieurs interventions de l'Équipe comme en témoignent les passages suivants :*

Bien que la médecin sache que la prise d'une médication antipsychotique permettrait de réduire la paranoïa ainsi que les voix, elle considère qu'il ne sert à rien d'insister, mais qu'il est plutôt préférable d'attendre que Madame Tremblay soit prête.

La médecin et le travailleur social ont tenté à plusieurs reprises de référer Madame Tremblay à l'infirmière de l'Équipe, afin que celle-ci effectue un prélèvement sanguin. Madame Tremblay refuse systématiquement de rencontrer l'infirmière. L'Équipe respecte son choix. L'infirmière de l'Équipe fait remarquer qu'il ne faut intervenir qu'à ce moment-là et quand la personne accepte que l'on intervienne. Cela s'avère impératif pour préserver le lien avec la personne.

*Respecter le rythme de la personne amène l'Équipe itinérance à intervenir dans une perspective à long terme. Dans le cas de Madame Tremblay, l'Équipe itinérance intervient depuis un an et demi auprès d'elle et sa situation s'améliore très lentement. Afin de préserver un sens à l'intervention, les membres de l'Équipe doivent être attentifs aux petits pas franchis et saisir les possibilités d'avancement.*

Madame Tremblay demeure présentement dans un logement et reçoit la visite du travailleur social de l'Équipe itinérance à chaque semaine. Récemment, elle a fait part au travailleur social que quitter son appartement pour aller vivre au refuge ne serait pas une bonne idée. Le travailleur social était heureux qu'elle est fait ce constat. Pour lui, cela constitue un petit pas dans la bonne direction.

Récemment, Madame Tremblay a accepté de faire installer le téléphone chez elle. Le travailleur social de l'Équipe souhaite saisir ce moment de changement pour aller plus loin comme, par exemple, lui faire entrevoir la possibilité de s'acheter un lit. Symboliquement cela signifierait qu'elle désire faire son nid dans son milieu de vie, plutôt que de déménager à nouveau.

Sur le plan médical, le médecin précise qu'il faut attendre les occasions propices avec Madame Tremblay. Il y a ainsi une part d'improvisation dans l'intervention où l'on tente de créer un consensus sur le problème et les actions à privilégier.

### **Oser essayer de nouvelles façons d'intervenir**

*Intervenir auprès d'une personne méfiante nécessite une certaine part de créativité. En effet, les interventions réalisées dans un cadre plus traditionnel (à l'intérieur d'un bureau au CSSS) symbolisent un rapport professionnel-patient qui est menaçant pour Madame Tremblay. Le travailleur social décide donc de mettre en place un contexte d'intervention informel (à l'extérieur du CSSS) qui s'est révélé plus propice à la confiance. L'idée de d'intervenir à l'extérieur du CSSS est aussi envisagée par le médecin de l'Équipe.*

Profitant du beau temps estival, le travailleur social de l'équipe a proposé que les rencontres aient lieu à l'extérieur du CSSS dans le cadre d'une activité choisie par Madame Tremblay. À titre d'exemple, les rencontres pouvaient avoir lieu dans un parc de la ville ou dans le cadre d'une visite dans un lieu religieux. Le travailleur social constate que Madame Tremblay s'ouvre davantage depuis ce temps.

### **Élargir le réseau de figures positives : un objectif de l'Équipe**

La méfiance de Madame Tremblay envers autrui a pour conséquence de la confiner à l'isolement. Le travailleur social constate que les symptômes de sa maladie (le fait qu'elle entende des voix), sont davantage présents lorsqu'elle est seule. Un objectif central de l'Équipe consiste donc à ce qu'elle puisse développer des relations positives avec certaines personnes. Le défi est de taille, puisque Madame Tremblay croit que personne n'est digne de confiance. Le travailleur social aimerait que l'Équipe devienne pour elle un lien qu'il qualifie de symbolique, c'est-à-dire que les intervenants de l'Équipe représentent de bonnes personnes qu'elle pourrait aller consulter quand cela va vraiment mal. Cette étape n'est cependant pas franchie. Pour le moment, l'Équipe mise sur le lien privilégié qu'entretient madame Tremblay avec le travailleur social. Cette relation exclusive comporte cependant un risque important, selon l'Équipe. Qui pourra apporter un soutien à Madame Tremblay si le travailleur social quitte l'Équipe? Ce questionnement incite les membres de l'Équipe à maintenir le cap sur leur objectif d'élargir le réseau de figures positives auprès de Madame Tremblay, afin qu'elle ne se retrouve pas à nouveau complètement isolée.

### **En conclusion : réflexion générale sur l'intervention autour du lien**

Selon l'Équipe itinérance, réussir à créer un lien avec une personne méfiante est une tâche ardue. Le système de santé et de services sociaux, par sa structure formelle, ses pratiques standardisées et ses objectifs d'intervention centrés sur le court terme répond difficilement à la problématique vécue par Madame Tremblay. Afin de favoriser le lien, l'Équipe itinérance possède, pour sa part, la légitimité de « tenter des choses », d'adapter sa pratique en fonction du type d'individu rencontré, sans se soucier du temps nécessaire pour y arriver. Les intervenants de l'Équipe mettent le lien au centre de l'intervention. Afin de préserver le lien, il est parfois préférable de mettre de côté certains objectifs d'intervention qui ne vont pas dans le sens de ce que le client désire. En fait, il s'agit de saisir les exceptions (les moments où il y a un changement), plutôt que de se centrer sur les problèmes. Cela renvoie à la notion de respect du rythme, une approche par « petits pas » évoquée précédemment dans ce récit de pratique. Cette approche centrée sur le lien s'avère confrontante pour d'autres intervenants habitués à intervenir dans une logique de résolution de problème. Cependant, préserver le lien ne signifie pas pour l'Équipe négliger sa responsabilité professionnelle. Ainsi, les membres de l'Équipe n'hésiteront pas à intervenir contre le gré du client (régime de protection, P.38) lorsque sa sécurité est compromise. Dans ces circonstances plus exceptionnelles, la sécurité du client prime sur le lien.

### **3. Intervention auprès d'une femme Inuite : du soin au travail de traduction**

#### **Résumé**

*Ce récit de pratique met en lumière une intervention de l'infirmière d'une Équipe auprès d'une femme Inuite. La condition médicale de celle-ci va constituer une porte d'entrée dans la création du lien avec l'infirmière, bien que l'ensemble de la situation problématique demeure a priori plutôt nébuleux. Confrontée à des difficultés de communication relatives aux différences linguistiques et culturelles, l'infirmière décide d'établir un lien avec la famille de la femme et avec une ressource de la communauté inuite. Telle une traductrice, l'infirmière va aller chercher les ressources pour mieux comprendre la situation, l'histoire et les besoins de sa cliente et ensuite les traduire en stratégies et finalités d'intervention culturellement adaptées. Alors que le plan d'intervention devient mieux ficelé et que les actions sont sur le point d'être déployées, l'infirmière et ses alliées Inuites sont confrontées à une donnée imprévue ...*

#### **Le contexte du premier contact de l'infirmière avec la femme Inuite : une intervention centrée sur le soin qui favorise la création du lien de confiance**

*Dans plusieurs interventions « d'outreach » auprès des personnes itinérantes, la création du lien de confiance semble être facilitée dans un contexte où les besoins médicaux sont à l'avant-plan. Le problème de santé vécu par la femme Inuite a permis à l'infirmière d'ouvrir la porte à une relation d'intervention. L'inquiétude exprimée par la femme à propos d'un possible diagnostic de cancer amène l'infirmière à aller vérifier ces allégations à la source en consultant le personnel traitant de l'hôpital concerné.*

Je reçois un appel sur mon téléphone cellulaire. Il s'agit d'une travailleuse de rue avec qui l'Équipe collabore de façon régulière. Cette dernière et un travailleur social de l'Équipe font un suivi en *outreach* auprès d'une femme Inuite qui dort dans une entrée de garage. L'état de santé de celle-ci inquiète les intervenants et c'est pourquoi ils m'ont demandé d'aller la rencontrer. Elle aurait de plus en plus de difficulté à marcher.

Je vais donc rencontrer la femme au lieu indiqué par mes collègues. En recueillant de l'information sur sa condition de santé, j'apprends qu'elle s'est présentée à un hôpital et que le médecin qui l'a évaluée pense qu'elle est atteinte d'un cancer. Je lui propose alors de l'accompagner à l'hôpital, mais elle refuse. Afin d'aller à la source de l'information concernant la possibilité de cancer, je reviens, le lendemain, avec un formulaire de consentement d'accès au dossier de l'hôpital en question. La femme accepte de signer le formulaire ce qui m'a permis de mieux saisir l'histoire à propos de la présomption de cancer. J'ai alors appris qu'elle avait quitté l'hôpital avant de recevoir les résultats de ses radiographies. En fait, une série de radiographies a démontré qu'elle avait une petite masse au niveau des poumons, mais que celle-ci n'avait pas augmenté. La masse en question semblait ainsi être moins préoccupante pour les médecins.

#### **Des visites successives en outreach permettent de recueillir de l'information pertinente sur la trajectoire de la cliente**

*Puisque la femme Inuite se montrait coopérative, que sa situation de santé demandait un certain niveau d'assistance, mais qu'elle ne voulait pas se présenter à l'hôpital, l'infirmière est allée la*

*visiter régulièrement. À l'occasion de ses visites, l'infirmière a pu recueillir de l'information précieuse sur le réseau familial de sa cliente et sur son l'histoire.*

Lors de mes visites à intervalles réguliers, la femme m'a confié avoir une fille qui demeure à Toronto. C'est au cours d'une de ces conversations que j'ai appris qu'elle vivait auparavant dans la rue à Toronto, qu'elle fréquentait les refuges et qu'elle voudrait y retourner. Cependant, elle avait peur de retourner à Toronto puisque sa fille, qui demeurait encore à cet endroit, s'était montrée très violente envers elle par le passé.

### **Rattacher la femme à sa culture d'origine : mobiliser le réseau familial et une ressource de la communauté inuite**

*Par la suite, une dimension importante de l'intervention de l'infirmière a consisté à retisser les liens de la femme avec sa culture d'origine. Dans un premier temps, l'infirmière l'a accompagnée pour l'aider à retracer des membres de son réseau familial.*

Entre-temps, l'Équipe avait besoin d'informations afin de faire une demande de carte d'assurance-maladie. La femme me disait avoir une belle-mère et une cousine à Toronto qui pourraient lui fournir les informations pertinentes. Après une recherche infructueuse de numéros de téléphone pas Internet, elle me propose de tenter de rejoindre son frère au Nunavut qui, selon elle, saurait comment rejoindre les membres de la famille à Toronto. J'ai téléphoné, en sa présence, à différentes organisations gouvernementales du Nunavut pour retracer les coordonnées de son frère. La femme a parlé en inuktitut à un employé qui lui a donné des numéros de téléphone correspondant au nom du frère. Plus tard, à partir de mon bureau, j'ai réussi à rejoindre son frère. Il était difficile de nous comprendre puisqu'il ne parlait pas français et très peu anglais. Néanmoins, nous avons réussi à convenir que sa sœur puisse l'appeler. Malheureusement, ces démarches n'ont pas permis d'obtenir les coordonnées de membres de la famille à Toronto.

*Une autre façon pour l'infirmière de rattacher la femme à sa culture a été de faire appel à une ressource qui vient en aide aux Inuits. Cette décision émane aussi d'un besoin d'interpréter les besoins de la cliente de façon cohérente avec ses référents culturels.*

À un moment donné, j'ai décidé de faire appel à une ressource qui intervient auprès des Inuits, afin de recevoir de l'aide dans mon intervention auprès de cette femme. Il faut souligner qu'elle ne parle pas du tout français et que son anglais est approximatif. Par ailleurs, je constatais que son discours en était un d'auto-victimisation, mais que, néanmoins, elle ne voulait pas être aidée. Je me disais qu'une meilleure compréhension des dimensions culturelles pourrait favoriser la progression de l'intervention. J'ai alors collaboré avec une intervenante de la ressource qui parle l'inuktitut. Nous sommes allées visiter ensemble la femme à quelques reprises.

L'intervenante m'a alors appris plusieurs choses à propos de ma cliente, notamment qu'elle était déjà en situation d'itinérance dans son village au Nunavut, qu'elle était victime de violence conjugale et que la communauté et la famille ne l'avaient pas prise en charge. Je saisisais que son épisode d'itinérance au Québec n'était pas situationnel et qu'elle était plutôt ancrée dans ce mode de vie.

## **Un membre de la famille enfin retracé : vers une meilleure compréhension des services offerts aux Inuits et l'élaboration d'une finalité d'intervention**

*La mise en relation de l'infirmière avec une intervenante inuite membre de la famille de la dame permet à la fois d'en apprendre davantage sur les services offerts aux Inuits et de bénéficier de précieux conseils sur la stratégie d'intervention à déployer. La perspective d'un transfert à Toronto est alors évaluée, en tenant compte des possibles embûches.*

Par un heureux hasard, j'ai appris que l'intervenante de la ressource pour personnes inuites connaissait la cousine de ma cliente. Cette cousine travaille comme intervenante dans une ressource pour personnes inuites à Toronto. J'ai eu son numéro de téléphone au travail. En conversant avec cette cousine, j'ai appris que les Autochtones et les Inuits n'ont pas besoin d'être inscrites à la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour recevoir des soins médicaux. En effet, elles sont couvertes par un plan fédéral de santé spécifique. Je n'aurai donc plus à me soucier de la couverture médicale de la femme dans l'éventualité où elle accepterait que je l'accompagne dans les services de santé.

Nous avons aussi parlé de la possibilité qu'elle retourne à Toronto. La cousine m'a confié qu'elle était ambivalente face à cette éventualité. D'une part, elle considère effectivement que la femme bénéficierait d'un meilleur soutien à Toronto étant donné qu'elle est vraiment seule dans notre ville. À Toronto, il existe un programme pour les Inuits qui lui permettrait de recevoir un soutien en refuge pendant trois mois et par la suite d'avoir l'assurance d'être placée dans un appartement. D'autre part, la cousine se montre préoccupée par la possibilité que la femme revoie sa fille. Rappelons que cette dernière a été très violente envers sa mère lorsqu'elle demeurait à Toronto. Nous convenons néanmoins de faire des démarches pour la rapatrier dans cette ville. La cousine me fait part d'une première embûche au regard de ce plan : elle n'a pas de voiture et le service de transport en commun de Toronto est paralysé par une grève. Il sera donc difficile d'amener la femme au refuge à son arrivée au terminus. Nous nous sommes ainsi donné comme mot d'ordre d'attendre que le service de transport en commun soit rétabli.

## **Un choc culturel dans la collaboration : le besoin de traduire pour saisir la différence et miser sur les forces**

*Pendant ce temps, l'infirmière continue de collaborer avec une intervenante de la ressource pour personnes inuites de la ville. Cette collaboration suscite des questionnements chez l'infirmière au sujet de leur façon différente de comprendre l'intervention. S'agit-il d'une explication situationnelle ou culturelle? Elle cherche ainsi à traduire le comportement de l'intervenante pour donner un sens aux difficultés perçues dans la collaboration. Cet effort de traduction l'amène à relativiser les embûches et à porter attention aux forces des intervenantes de culture inuite.*

Je dois avouer avoir vécu un certain choc culturel au cours de la collaboration avec l'intervenante de la ressource pour personnes inuites. Je ne sais pas si l'explication de ce comportement est culturelle ou situationnelle (surcharge de travail), mais j'avais l'impression que les démarches n'allaient pas suffisamment rapidement du côté de ma collaboratrice. Par exemple, lorsque je lui demandais si elle avait téléphoné à la cousine de la femme Inuite, elle me répondait qu'elle lui avait parlé la semaine précédente, mais ne me donnait pas de détails sur l'avancement de la démarche. De plus, lorsque je laissais un message important sur sa boîte vocale, elle ne me rappelait pas. Je devais téléphoner à plusieurs reprises pour espérer la rejoindre.

Cependant, le dévouement des intervenantes inuites me paraît sans bornes. Elles semblent voir leurs semblables comme des membres de leur famille, auxquels elles doivent porter assistance même en dehors de leurs fonctions. Ainsi, l'intervenante s'est portée volontaire, un dimanche, pour accompagner la femme à Toronto avec sa voiture.

### **Une tentative d'ancrage dans une maison d'hébergement**

*Parallèlement au travail de planification en vue de son transfert à Toronto, la femme accepte d'être conduite dans une maison d'hébergement. La référence dans ce lieu est une tentative d'ancrage dans le réseau de services aux personnes itinérantes. Par ailleurs, ce répit en maison d'hébergement permet à l'infirmière d'effectuer un suivi médical plus régulier auprès de la cliente. L'espoir sera cependant de courte durée puisque celle-ci décide de quitter la maison sans préavis. Alors que les démarches pour le transfert à Toronto étaient sur le point de se concrétiser, l'Équipe a perdu la trace de sa cliente.*

Lors d'une tournée en *outreach* avec le travailleur de rue, puisqu'il faisait très froid et qu'elle était épuisée, nous avons réussi à convaincre la femme de nous accompagner vers une maison d'hébergement pour femme. Les intervenantes de la maison d'hébergement ont été particulièrement accueillantes en acceptant de l'héberger telle qu'elle était. J'ai travaillé en collaboration avec les intervenantes de la ressource afin d'effectuer le suivi médical auprès de la femme. Puisqu'elle avait des problèmes d'hypertension artérielle, je me présentais à la maison d'hébergement pour mesurer sa pression artérielle. Nous avons même planifié un rendez-vous chez le médecin en vue d'obtenir une ordonnance pour traiter son hypertension.

Cinq jours plus tard, j'apprends que la femme a quitté la ressource d'hébergement et qu'elle n'est plus revenue. Nous sommes partis à sa recherche en nous rendant à l'entrée de garage où elle avait l'habitude de s'installer. Elle n'y était plus.

Ainsi, au moment où la cousine de Toronto venait de m'annoncer qu'elle serait en mesure d'accueillir la femme, nous n'avions plus aucune idée de l'endroit où elle se trouvait. Le travailleur de rue et moi sommes allés à sa recherche, mais sans succès. J'ai alors eu l'idée de contacter une policière avec qui nous avons l'habitude de collaborer afin de vérifier si elle avait été emprisonnée. En effet, la policière me confirme qu'elle a été arrêtée et conduite dans un centre de détention. Il y avait un mandat d'arrêt émis contre elle à cause d'un délit commis dans une autre ville.

### **Réflexions de l'infirmière sur l'intervention auprès des personnes inuites : faire autrement l'autrement**

*L'intervention auprès de la femme Inuite aura amené l'infirmière à innover dans sa façon d'intervenir. Si le travail des Équipes est en soi une approche d'intervention qui sort des sentiers battus, les problèmes vécus par la cliente Inuite sont devenus une occasion propice d'aller plus loin dans ce «faire autrement». L'établissement d'un lien avec des intervenants de culture inuite a permis à l'infirmière de mieux saisir la situation et la complexité des problèmes de sa cliente et d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées à ses besoins. Cette expérience d'intervention suscite chez l'infirmière une volonté d'intervenir davantage auprès des populations inuites itinérantes. «L'outreach» dans les ressources inuites est envisagé comme stratégie pour*

*rejoindre plus facilement cette cliente qui se montre plutôt réfractaire aux services offerts par les Blancs.*

Je crois qu'il était important, dans cette situation, de rattacher la femme à sa culture. Il fallait en quelque sorte se trouver des alliées dans sa culture pour se rapprocher d'elle et répondre à ses besoins. Si nous n'avions pas été en contact avec sa cousine, nous n'aurions pas eu les connaissances et le soutien nécessaires pour planifier le retour de la femme à Toronto. Les principaux défis d'intervention auprès des Inuits sont, dans un premier temps, de les rejoindre et ensuite de développer un lien de confiance avec elles. Les personnes inuites sont peu enclines à faire appel à nos services. Certains intervenants inuits croient que cette méfiance a son origine dans l'histoire des rapports de domination des Blancs sur les Inuits. Comme Équipe, nous avons à réfléchir à des stratégies visant à nous rendre plus visibles et mieux connues des personnes inuites. Une de ces stratégies pourrait consister à faire de l'outreach de façon régulière dans les ressources pour Inuits.



## 4. Composer avec la manipulation : de la sensibilisation à l'encadrement

### Résumé

*Ce récit net de l'avant la difficulté d'intervenir dans un contexte de relation de manipulation, ainsi que les risques qui y sont associés. L'Équipe est confrontée aux stratégies de manipulation de Richard, une personne itinérante aux prises avec un sérieux problème de toxicomanie. Richard sait utiliser sa condition de santé déficiente pour obtenir les faveurs de l'Équipe. Sa demande d'ordonnance de narcotique constitue un exemple marquant de sa stratégie de manipulation. Malgré une douleur probablement réelle, les intervenants constatent rapidement que les narcotiques sont davantage utilisés à des fins de consommation qu'à des fins thérapeutiques. Devant cette manipulation et les risques potentiels pour sa vie, l'Équipe intervient avec une approche de sensibilisation et des stratégies d'encadrement.*

### Déstabilisation et méfiance : le vécu des intervenants face à la dynamique de manipulation de Richard

*Richard rencontre le travailleur social de l'Équipe dans le but d'obtenir une carte d'assurance-maladie. L'Équipe découvrira rapidement que Richard a une sérieuse dépendance aux drogues dures et que tous ses comportements sont orientés vers la satisfaction de son besoin de consommer. Cette première rencontre, dans le cadre d'une demande de routine, ne laissait pas présager les difficultés que pourrait rencontrer l'Équipe dans son intervention auprès de Richard. Nous constaterons que la manipulation constitue la stratégie de prédilection de Richard pour parvenir à ses fins. Ses tentatives de manipulation s'avèrent déstabilisantes pour les membres de l'Équipe. Ces derniers seront plus enclins à se méfier de ses propos et de ses comportements. Certaines situations d'intervention auprès de Richard permettent d'illustrer le vécu des intervenants.*

Une infirmière de l'Équipe se rend compte que Richard utilise le télécopieur du CSSS pour faire de fausses réclamations à l'aide sociale. En effet, Richard veut se faire rembourser des déplacements. Ne cautionnant pas ce comportement, l'infirmière tente de le faire réfléchir au non-sens de ce geste. Ce dernier réplique en affirmant que l'infirmière ne veut pas l'aider et qu'elle l'accuse à tort de vol. Richard menace alors de porter plainte auprès de l'établissement. Bien que l'infirmière lui ait donné le numéro du commissaire aux plaintes, Richard n'a pas mis sa menace à exécution.

*L'infirmière est ainsi témoin d'une tentative de fraude de la part de son client. Sans le dénoncer, elle lui envoie le message qu'elle ne cautionne pas ce comportement. Pris sur le fait, Richard cherche à déstabiliser l'infirmière en tentant de lui faire remettre en question le jugement qu'elle a porté sur l'événement. N'ayant rien à se reprocher, l'infirmière est en mesure de ne pas se laisser déstabiliser.*

*Le comportement de Richard s'avère aussi déstabilisant pour la médecin de l'Équipe et suscite, de fait, une certaine méfiance. Connaissant le penchant de Richard pour la consommation de drogue, la médecin de l'Équipe se montre réticente à prescrire des narcotiques. Cependant, compte tenu des problèmes de santé de Richard, elle a toutes les raisons de croire que la douleur est bien réelle. Alors que Richard utilise sa condition médicale pour se faire prescrire des doses*

*de plus en plus élevées de narcotiques, la médecin se voit prise entre la nécessité de traiter et la possible utilisation du narcotique à des fins de consommation abusive.*

L'Équipe rapporte que Richard a plusieurs problèmes de santé pour lesquels il doit prendre des médicaments. Il a été victime par le passé d'un accident vasculaire cérébral et se plaint de douleurs depuis ce temps. Richard est alors référé à la médecin par l'infirmière de l'Équipe. La médecin consent à lui prescrire des narcotiques pour traiter sa douleur bien qu'elle ait un léger doute quant à l'utilisation que peut en faire Richard pour sa consommation personnelle. Elle décide néanmoins de « laisser une chance au coureur » et d'évaluer sa bonne foi au fil de rencontres subséquentes.

*Les intervenants de l'Équipe sont parfois témoins de démonstrations sans équivoque de manipulation. Se sachant bernés, il y a lieu de croire que cela contribue à augmenter leur méfiance envers Richard. Par exemple, celui-ci n'hésitera pas à projeter une image plus précaire de sa condition physique qu'elle ne l'est en réalité. Ses tentatives de susciter la compassion manque parfois de crédibilité comme en fait foi cette situation:*

Richard se présente en boitant au bureau de l'infirmière de l'Équipe. Il semble ne va pas bien aller cette journée-là. L'instant d'après, cependant, il prend la banque contenant des chocolats dans ses bras et se met à sauter à pieds joints devant l'infirmière. Cette dernière, mystifiée par son aisance, lui demande de recommencer. Richard s'exécute à nouveau sans démontrer de signe de douleur. Il était pourtant entré dans le bureau en boitant.

### **Les risques reliés à la manipulation : l'impossibilité d'intervenir efficacement en cas de danger**

*La dynamique de manipulation de Richard n'est pas sans conséquence sur l'intervention de L'Équipe. Ne jouant pas franc-jeu dans l'utilisation de son ordonnance de narcotique, Richard met constamment l'Équipe sur le qui-vive. En consommant abusivement des narcotiques, Richard s'expose à un risque de détresse respiratoire et, par conséquent, à la mort. Voici comment l'infirmière de l'Équipe a été confrontée à ce risque sans nécessairement pouvoir y remédier dans l'ici et le maintenant.*

Se rendant au domicile de Richard, une infirmière de l'Équipe aperçoit sur une table du matériel nécessaire à la consommation de drogue par intraveineuse (seringue, cuillères, garrot), ainsi qu'un pot vide de narcotique à proximité. De plus, elle constate que Richard démontre des signes d'intoxication : difficulté à articuler clairement et à demeurer éveillé. Cela vient confirmer ses doutes selon lesquels Richard s'injecte des narcotiques. Mis devant le fait accompli, le principal intéressé ne nie pas le constat de l'infirmière. Un médicament de la famille des narcotiques comme celui consommé par Richard tend à créer une détresse respiratoire lorsqu'il est absorbé en trop grande quantité. Connaissant ce risque, l'infirmière offre à Richard de l'accompagner à l'hôpital, mais sans succès. Ne pouvant l'hospitaliser contre son gré, l'infirmière se retrouve alors impuissante face à la condition médicale de son client.

*Dans la situation précédente nous constatons que la manipulation de Richard entraîne un dilemme pour l'infirmière entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas sur le plan déontologique.*

## **Des stratégies mises de l'avant pour contrer la manipulation**

*Faire preuve d'authenticité constitue une stratégie qui permet de contrer la dynamique de manipulation de Richard. En exprimant leurs émotions face aux comportements déstabilisants de Richard, les intervenants de l'Équipe réussissent à le sensibiliser au fait qu'ils sont humains et qu'ils ne peuvent pas répondre à toutes ses demandes dans l'immédiat.*

Richard se présente à 17 heures au bureau du médecin de l'Équipe pour une ordonnance de médicaments. La médecin lui explique qu'elle est très fatiguée et débordée et qu'elle sera en mesure de répondre à sa demande dans un contexte plus favorable. Richard a bien saisi l'état d'esprit de la médecin et n'a pas insisté pour qu'elle réponde à sa demande.

*La situation précédente renvoie aussi à l'importance de poser ses limites. La médecin de l'Équipe a dû utiliser cette stratégie dans ses consultations avec son patient. Ce dernier sait d'ailleurs où s'arrêter dans ses demandes afin de maintenir ses privilèges.*

À chaque rencontre avec la médecin, Richard demande une dose plus élevée de narcotique prétextant que la médication ne réussit pas à contrer la douleur. Y voyant un stratagème de manipulation à des fins de consommation, plutôt qu'un besoin réel de soulager la douleur, elle décide alors de refuser une augmentation supplémentaire de la dose. Lors du rendez-vous suivant, Richard mentionne tout à coup qu'il n'a plus besoin d'augmenter sa dose. La médecin affirme à ce sujet : « Richard est assez *wise*, car après t'avoir tordue puis manipulée et que tu es prête à péter, il va faire quelque chose de correct! »

*En fait, les intervenants de l'Équipe doivent composer avec un individu qui connaît bien le milieu de l'intervention et qui sait utiliser les bonnes cartes pour obtenir ce qu'il veut. Il est par ailleurs en mesure de distinguer les circonstances où il est préférable de se conformer et celles où il peut se permettre d'être moins assidu, comme en témoigne le passage suivant :*

Constatant que Richard allait mieux, la médecin de l'Équipe décide de prescrire un renouvellement d'ordonnance aux trois mois. Elle demande cependant à Richard de se présenter à son bureau de façon régulière pour un suivi. Richard ne se présente pas à ses rendez-vous de suivi. Il est cependant toujours à l'heure au rendez-vous prévu pour le renouvellement de son ordonnance.

*Par ailleurs, l'expérience vécue par l'infirmière en lien avec l'intoxication de Richard, incite les intervenants de l'Équipe à mettre en place des stratégies d'encadrement plus serrées afin de le protéger. La raison de cette nécessité d'encadrement est bien expliquée à Richard. Une des stratégies consiste à contraindre Richard dans sa prise de narcotique.*

Constatant que Richard utilise son ordonnance de narcotique à des fins de consommation, l'Équipe lui explique qu'il met sa vie en danger et lui indique que, par conséquent, il recevra dorénavant son médicament une journée à la fois. Grâce à une collaboration avec une pharmacie, l'Équipe peut s'assurer que son client ne recevra qu'une dose par jour. Richard doit consentir par écrit à ne se présenter qu'à cette pharmacie et à ne pas consulter d'autres médecins que celui de l'Équipe. Sans signature de l'entente, l'ordonnance de narcotique sera interrompue explique la médecin à Richard.

*En utilisant une stratégie donnant-donnant, la médecin de l'Équipe désire ainsi prendre le contrôle de la joute manipulatoire orchestrée par Richard. S'il veut recevoir son ordonnance de narcotique, Richard doit maintenant accepter les règles du jeu mises de l'avant par la médecin et le reste de l'Équipe. La sensibilisation de la part de l'Équipe au risque relié à la consommation récréative de narcotique a tout de même un écho chez Richard. Cependant, par son imprévisibilité, celui-ci réussit à contrecarrer les tentatives de l'Équipe de suivre un plan de match et d'encadrer son comportement.*

Un intervenant de l'Équipe mentionne qu'il est difficile d'aller au-devant de Richard et de parer ses stratégies. Ce dernier va constamment réussir à « déculotter » les membres de l'Équipe et à les mettre « K.O ».

*Richard va d'ailleurs tenter, à sa façon, de court-circuiter l'entente sur l'ordonnance de narcotique, mais l'Équipe ne cédera pas à cette manipulation. En maintenant l'entente établie, l'Équipe cherche à préserver la cohérence de son intervention et évite ainsi de se laisser déstabiliser par les tactiques de Richard. Au bout du compte, c'est surtout la nécessité de protéger Richard qui motive les actions de l'Équipe.*

Afin d'accommoder Richard face à sa difficulté à marcher, l'Équipe décide que sa dose quotidienne de narcotique lui sera livrée par la pharmacie. L'Équipe est alors confrontée à plusieurs problèmes. Richard prétend que la pharmacie n'est pas venue livrer le médicament. Après vérifications auprès du personnel de la pharmacie, l'Équipe apprend que le livreur est passé comme convenu au domicile de Richard, mais que personne n'a répondu. L'Équipe n'a cependant pas mordu à la tentative de Richard de démontrer que l'entente était inefficace. Elle est demeurée ferme et a maintenu le cap sur l'entente.

### **En conclusion**

*Il est dans la philosophie de l'Équipe de faire preuve de souplesse et de s'ajuster à la réalité de leur client. Les intervenants trouvent difficile de constater que Richard abuse, en quelque sorte, de cette souplesse. Ils sont donc contraints de mettre en place des stratégies de sensibilisation et un encadrement plus serré afin d'assurer sa protection. Malgré les tentatives de créer un cadre autour de Richard, les intervenants de l'Équipe continuent de composer avec sa dynamique de manipulation. L'intervention auprès de Richard nécessite des réajustements constants, étant donné le caractère imprévisible de son comportement. Néanmoins, les stratégies mises de l'avant par l'Équipe permettent de mieux protéger leur client de et se protéger elle-même contre de possibles représailles.*

## **5. Faire face à l'impuissance: une personne âgée avec un trouble de personnalité limite**

### **Résumé**

*Ce récit de pratique met en lumière l'impuissance vécue par une Équipe itinérance dans ses tentatives de sortir de la rue une dame âgée qui présente un trouble sévère de la personnalité limite. Caractéristique typique de ce trouble de la personnalité, Madame Perron demande constamment des services, mais refuse systématiquement ce qui lui est proposé. Le défi de la travailleuse sociale de l'Équipe et de sa collègue infirmière consiste à persévérer dans le maintien du contact et la recherche de solutions, malgré la réaction de fermeture de leur cliente. Soupçonnant que celle-ci est de moins en moins apte à prendre soin d'elle, la travailleuse sociale insiste auprès des milieux hospitaliers pour qu'elle soit évaluée en psychogériatrie. L'évaluation ne permet pas de conclure que Madame Perron est inapte. Un diagnostic d'inaptitude aurait permis à la travailleuse sociale de miser sur une curatelle et donc, de bénéficier d'une option supplémentaire d'hébergement. Lors d'une visite à la station de métro, la travailleuse sociale constate l'état précaire de sa cliente. Elle décide alors de faire une requête au tribunal pour qu'elle soit conduite à l'hôpital. Alors que la travailleuse sociale croyait avoir trouvé une solution d'hébergement après l'hospitalisation de sa cliente, cette dernière se désiste à la dernière minute. Devant ses hurlements et ses insultes, la travailleuse sociale lui fait part de son impuissance et l'avise qu'elle a épuisé toutes les solutions. Elle lui demande de quitter le bureau, mais insiste sur le fait qu'elle ne la laissera pas tomber et que sa porte demeurera toujours ouverte. Qu'advient-il de Madame Perron?*

### **Avant la rue : un suivi dans un autre CLSC de la ville**

*Le comportement de Madame Perron causait déjà des problèmes aux intervenants au soutien à domicile du CLSC de son quartier. Le travail de relocalisation a une limite : celle de la disponibilité des options d'hébergement. S'étant retrouvée à la rue, c'est l'Équipe itinérance qui a prit le dossier de cette dame.*

Avant de se retrouver à la rue et prise en charge par notre Équipe itinérance, Madame Perron était suivie par le secteur du soutien à domicile d'un autre CLSC de la ville. Son rôle consistait principalement à lui trouver un endroit stable où demeurer. Il faut noter que Madame Perron déménageait fréquemment puisqu'elle était systématiquement en conflit avec ses voisins. Le travailleur social du soutien à domicile est intervenu pendant quatre ans, la relocalisant à plusieurs reprises. À un moment donné, il s'est avéré impossible de la relocaliser à un nouvel endroit. Le travailleur social avait épuisé toutes les ressources disponibles pour l'héberger. Madame Perron s'est donc retrouvée à la rue. Pendant un an, cette dame se rendait tout de même au CLSC pour recevoir du soutien. Mais puisque la dame était désormais dans la rue, le CLSC a transféré le dossier à notre Équipe itinérance.

### **Les premiers contacts de l'Équipe itinérance avec Madame Perron**

*En visitant Madame Perron dans un refuge, les intervenants de l'Équipe itinérance ont rapidement pu saisir sa dynamique relationnelle et, plus particulièrement, son rapport conflictuel avec l'autorité. C'était le début de longues tergiversations avec les milieux d'hébergement.*

A l'époque où le dossier nous a été transféré, madame Perron passait ses journées dans une station de métro et elle allait, la nuit, dormir dans un refuge pour femmes. C'est dans ce refuge que nos interventions avaient lieu. Nous avons rapidement compris que cette dame se conformait difficilement aux règles du refuge. Elle ne voulait pas se lever le matin pour quitter le refuge comme le règlement l'exige dans ce type de ressource. Elle ne désirait pas non plus dormir dans le dortoir avec les autres résidentes du refuge. Les responsables se sont montrés très accommodants en lui permettant de dormir un peu plus tard le matin et en lui aménageant une pièce à l'écart des autres résidentes.

### **Une suite des mauvaises expériences avec les milieux d'hébergement : Madame Perron se fait expulser partout!**

*La dynamique relationnelle de Madame Perron est un obstacle important aux efforts des intervenants pour lui trouver un lieu d'hébergement plus stable. L'Équipe itinérance se montre perplexe face au projet des responsables du refuge d'intégrer madame Perron dans une résidence affiliée. Confirmant l'appréhension de l'Équipe itinérance, elle se fait expulser de la résidence peu de temps après y avoir emménagé. De retour au refuge, elle ne se montre pas plus coopérative avec les intervenants, ce qui conduit à son expulsion. L'Équipe itinérance endosse la décision des responsables du refuge, considérant qu'elle avait dépassé les limites du tolérable. Madame Perron vit ensuite une seconde expulsion d'un autre refuge après une altercation avec une intervenante. Vu la violence du geste reproché, les responsables de ce refuge statuent que l'expulsion est définitive. Cette fois-ci, l'Équipe itinérance, tente de solliciter l'indulgence des autorités du refuge, car les options de refuges se font de plus en plus rares pour la dame.*

Le refuge que fréquente Madame Perron gère aussi une résidence pour dames âgées en difficulté. Considérant qu'elle pourrait correspondre au profil des clientes de la résidence, les responsables lui proposent d'aller y vivre. Sans nécessairement nous opposer à cette idée, nous considérons que Madame Perron ne se comportait pas suffisamment bien avec les autres pour s'adapter à ce type de résidence. Madame Perron a un diagnostic de trouble sévère de personnalité limite. Et, effectivement, l'expérience en résidence a été malheureuse. Madame Perron invectivait les intervenants de la résidence, prétendant qu'ils mettaient délibérément en marche la climatisation la nuit afin qu'elle quitte les lieux. Après de vaines tentatives pour résoudre le conflit, les responsables de la résidence lui demandent de quitter.

Par la suite, Madame Perron est retournée au refuge, mais l'expérience n'a pas été plus concluante, cette dernière souhaitant toujours dormir et ne voulant pas quitter le refuge au matin. La situation dégénérait. Plus les intervenants mettaient des limites, plus elle réagissait en criant contre eux. Les responsables du refuge lui demandent alors de quitter. Puisque nous avons été témoins des comportements de Madame Perron, il nous est apparu inapproprié de négocier avec le refuge pour qu'elle puisse éventuellement être admise de nouveau. Nous avons plutôt décidé de nous arrimer au refuge, afin de la confronter aux conséquences de ses gestes.

Elle s'est ensuite fait expulser pour toujours d'un autre refuge après avoir été agressive envers une intervenante. Nous trouvons qu'il était sans doute exagéré de l'exclure à vie du refuge, c'est pourquoi nous avons alors demandé aux responsables s'il était possible que cette décision soit révisée après un certain temps. La réponse a été sans équivoque : madame ne pourra plus jamais revenir à ce refuge.

### **Plusieurs tentatives d'aide de la part de l'Équipe itinérance : toujours des refus**

*L'Équipe n'a pas été un acteur passif face à la situation problématique vécue par Madame Perron. Au contraire, la travailleuse sociale a fait des pieds et des mains pour trouver un milieu d'hébergement à sa cliente. Cependant, cette dernière semblait vouloir saboter systématiquement les démarches entamées par sa travailleuse sociale.*

Nous avons tenté à plusieurs reprises de lui trouver une résidence privée pour personnes âgées en légère perte d'autonomie. Je l'accompagnais dans ses appels téléphoniques pour la recherche d'une résidence. Il fallait que je joue franc-jeu avec les responsables des résidences. Je ne pouvais leur cacher que Madame Perron avait de la difficulté sur le plan des relations sociales. Je garantissais cependant que le CLSC pouvait agir à titre de soutien à la résidence dans l'éventualité où des difficultés surviendraient. Des directions de résidences acceptèrent de la rencontrer et même de l'accueillir comme résidente. Or, Madame Perron refusera d'y aller en invoquant des motifs comme l'absence de lit double ou de salle de bain privée. Nous avons regardé les options qui s'offraient du côté des chambres avec pension. Même si cela n'était pas la meilleure option, je me disais qu'elle pourrait avoir le soutien des services du CLSC. La dame a, par ailleurs, refusé de signer une demande à l'Agence de santé et services sociaux pour obtenir une famille d'accueil. En fait, Madame Perron refusait toujours les options que je lui présentais. Lorsque que je la confrontais à ses refus systématiques, elle s'exclamait que nous ne nous occupions pas d'elle, que c'était effrayant de la laisser dans la rue.

### **Faire évaluer l'aptitude de Madame Perron : miser sur la curatelle pour une possibilité d'hébergement**

*En matière de santé et de services sociaux, le respect de la volonté individuelle est un principe central. Lorsqu'il est apte à le faire, l'individu a le droit de refuser les interventions ou les traitements qui lui sont proposés. Les intervenants de l'Équipe constatent que Madame Perron commence à démontrer des signes d'inaptitude, mais les évaluations en psychogériatrie ne permettent pas de le confirmer. C'est l'impasse pour l'Équipe itinérance qui aurait voulu protéger leur cliente par le recours à une curatelle.*

Dans la mesure où Madame Perron est évaluée comme apte à prendre des décisions, je ne peux que respecter son choix de ne pas être hébergée dans les endroits que je lui propose. Je profite de son hospitalisation pour divers problèmes de santé pour demander au personnel de faire évaluer son aptitude par un psychiatre ou un psychogériatre. Considérant que cela fait quatre ans que madame est dans la rue, qu'elle présente des troubles de mémoire et qu'elle a des problèmes de comportement, nous nous disions qu'il y avait sûrement un problème spécifique sous-jacent. Une déclaration d'inaptitude permettrait à madame d'être mise sous curatelle. Je pourrais donc travailler en collaboration avec le curateur pour lui trouver un hébergement. À un moment donné, le personnel de l'hôpital a acquiescé à ma demande et a évalué Madame Perron en psychogériatrie. Le psychogériatre a statué qu'elle manifestait un début de démence, mais que cela n'était pas suffisant pour la déclarer inapte. Nous nous retrouvions ainsi impuissants face à la situation vécue par la cliente. Néanmoins, je persistais à demander que madame soit évaluée à nouveau, car je continuais à douter de son aptitude.

## **Une requête à la cour**

*Lorsque l'intégrité physique du client est en danger, ce n'est plus le respect de la volonté individuelle qui doit primer, mais la nécessité de le protéger. Une requête pour ordonnance de traitement s'avère justifiée, comme en témoigne la travailleuse sociale de l'Équipe itinérance.*

À un moment donné, j'ai dû faire une requête à la cour pour que Madame Perron soit conduite à l'hôpital. Lors d'une visite à la station de métro, je l'ai trouvée gisant dans ses urines avec les jambes très enflées. Comme elle ne voulait pas se présenter à l'hôpital, il était impératif, dans ces circonstances, que je fasse une requête. Nous l'avons conduite à l'hôpital où elle a été gardée pour des raisons médicales et non pour des raisons psychiatriques.

## **De l'espoir : un milieu qui pourrait convenir à Madame Perron?**

*Après avoir épuisé toutes les options d'hébergement dans les milieux communautaire, public et privé, la travailleuse sociale pense à faire appel au réseau immédiat de la dame. Solution inattendue, mais salutaire : sa nièce propose de l'accueillir dans un appartement de sa nouvelle maison. Cette proposition est acceptée par madame Perron. Est-ce la fin de l'errance?*

Pendant que Madame Perron était hospitalisée, puisque j'avais son autorisation, j'en ai profité pour contacter sa nièce afin de lui exposer toute la situation d'impasse que nous vivions. Cette nièce nous propose de l'héberger dans un appartement aménagé dans sa nouvelle maison. Je m'assure cependant qu'elle est au courant qu'il n'est pas toujours facile de composer avec le comportement de sa tante. Elle la connaît très bien puisqu'elle est déjà venue habiter chez elle.

Je contacte alors la travailleuse sociale de l'hôpital afin qu'elle fasse part de cette possibilité d'hébergement à Madame Perron. Cette dernière accepte en mentionnant que cela sera une bonne affaire. Puisque la dame a de la difficulté à monter des escaliers, la nièce fait aménager l'entrée de l'appartement en conséquence.

Quelques jours avant d'emménager chez sa nièce, Madame Perron s'enfuit de l'hôpital. Puisqu'elle n'est pas sous ordonnance de traitement, l'hôpital n'a pas l'obligation de partir à sa recherche. Elle s'est présentée plus tard à l'urgence d'un autre hôpital en se plaignant d'être traitée comme une moins que rien. La travailleuse sociale de cet hôpital me téléphone et m'explique qu'ils ne peuvent pas la garder, aucune raison médicale ne le justifiant. Elle me renvoie Madame Perron en taxi. Je demande, cependant, à la travailleuse sociale de ne pas lui créer de fausses attentes.

## **La dernière rencontre avec Madame Perron : poser ses limites, mais demeurer disponible**

*Après l'espoir suscité par la possibilité d'hébergement chez la nièce de Madame Perron, c'est le désarroi et l'impuissance qui habitent la travailleuse sociale de l'Équipe itinérance. Elle ne peut qu'exprimer à sa cliente son impuissance à intervenir. Devant l'agressivité manifeste qu'exprime la dame, la travailleuse sociale décide de poser ses limites et demande à sa cliente de quitter son bureau. Elle mentionne par ailleurs qu'elle demeure disponible pour l'écouter.*

Madame Perron arrive à mon bureau. Je lui demande pourquoi elle a décidé de ne pas aller vivre chez sa nièce. Elle me répond de ne pas la contrarier avec cela. Je lui fais remarquer que j'ai épuisé les solutions disponibles et lui rappelle qu'elle n'est pas exclue d'un des refuges de la

ville. Madame Perron rétorque qu'elle n'ira pas dans ce refuge, car ce sont des voleurs. Je lui propose de téléphoner à un autre refuge pour voir si les responsables seraient prêts à la réadmettre. Les responsables lui expliquent qu'elle est en trop grande perte d'autonomie et qu'ils ne croient pas que cela ira mieux qu'auparavant. Madame Perron raccroche le combiné et se met à hurler contre moi, en m'accusant de l'avoir fait mal paraître auprès des responsables du refuge avec mon idée de demander une nouvelle admission. J'ai alors demandé à Madame Perron de quitter mon bureau en lui disant que je ne pouvais plus rien faire pour elle aujourd'hui. J'ajoute cependant que ma porte demeure ouverte pour écouter le récit de ses frustrations, mais que je ne pourrai rien faire de plus si elle ne change pas d'attitude. Madame Perron ne voulait pas sortir et continuait de crier. J'ai dû demander au gardien de sécurité de la raccompagner à la sortie du CLSC. Cela m'a quand même beaucoup touchée de voir cette dame âgée quitter le CLSC sans savoir, encore une fois, où elle allait se retrouver.

### **Le dénouement**

*Le temps semble avoir donné raison aux intervenants de l'Équipe itinérance au sujet de l'état d'inaptitude de Madame Perron. C'est grâce à une disposition légale, la curatelle, que la dame sortira finalement de la rue.*

Quelques semaines plus tard, je reçois des nouvelles de Madame Perron par l'entremise d'un hôpital de la ville. Elle a été conduite à cet hôpital et a été déclarée inapte. Ses pertes de mémoire étaient devenues de plus en plus importantes. La travailleuse sociale de l'hôpital se chargera de faire une demande de curatelle et par la suite, une demande d'hébergement.

### **Réflexions de la travailleuse sociale de l'Équipe: composer avec un paradoxe complexe du trouble de la personnalité limite**

Que Madame Perron ait été dans la rue à un âge aussi avancé est une situation hors du commun. Socialement, il est difficile de concevoir qu'une dame aussi âgée et aussi hypothéquée physiquement puisse vivre dans la rue. Pour cela, elle suscitait davantage la sympathie des gens et c'est pourquoi j'ai reçu fréquemment des appels de policiers, de médecins, de citoyens, etc. me demandant ce qui a été fait pour l'aider. C'est éprouvant de se faire dire cela, surtout lorsque, toi-même tu sais que tu travailles depuis fort longtemps pour trouver une solution. Avec du recul, je peux comprendre la réaction de ces gens. Il faut mentionner que Madame Perron savait provoquer la réaction des gens avec son discours selon lequel personne ne s'occupait d'elle. En fait, c'est l'ensemble du réseau qui a éprouvé un profond sentiment d'impuissance face à la situation de cette dame. De plus en plus, les gens savaient que nous étions tous dans le même bateau; ils étaient davantage conscients que nous faisons de notre mieux dans les circonstances.

Nous étions confrontés à une dame qui demandait plusieurs services, mais qui sabotait constamment nos tentatives de lui venir en aide. Elle refusait systématiquement ce que nous lui proposions et elle ne nous proposait aucune solution. Ce paradoxe est très typique du trouble de la personnalité limite, mais je dois avouer que c'est le cas le plus complexe de ce trouble que j'aie rencontré dans ma carrière. Que ce soit par une approche plus empathique ou par des techniques de confrontations, il nous a été impossible d'assouplir son attitude et ses comportements.



## 6. Personnes en difficultés à l'aide sociale: de l'accompagnement à l'advocacy

### Résumé

*Ce récit met en évidence les défis que doit relever une Équipe afin de servir les intérêts des personnes marginalisées et/ou à risque d'exclusion qui désirent obtenir de l'aide sociale. Face à la lourdeur bureaucratique, aux informations contradictoires reçues, aux préjugés véhiculés par les agents et aux cas de refus, l'Équipe a développé plusieurs stratégies. L'accompagnement de ces personnes constitue la première stratégie pour servir leurs intérêts. Cet accompagnement permet de faire le pont entre la personne et un univers bureaucratique qui lui est inconnu. L'Équipe a ainsi développé une connaissance approfondie et à jour du système de l'aide sociale, afin de servir les intérêts de sa clientèle. Il arrive même qu'elle connaisse davantage les modalités de fonctionnement que certains nouveaux agents. Face aux préjugés véhiculés par les agents envers les personnes marginalisées ou à risque d'exclusion, l'Équipe opte pour la voie de la sensibilisation. Le recours à la loi est également une stratégie efficace pour renverser certaines décisions qui vont à l'encontre des intérêts des personnes. Dans les cas plus litigieux, l'Équipe fait appel à une clinique juridique. Néanmoins, l'Équipe ne désire pas se mettre systématiquement dans un rapport d'opposition avec le personnel de l'aide sociale; elle désire plutôt entretenir des rapports de collaboration avec les agents, en insistant sur l'aide précieuse qu'elle peut leur apporter dans certains dossiers complexes.*

### Complexité des démarches pour une demande d'aide sociale : l'accompagnement comme stratégie de base

*Les intervenants de l'Équipe font remarquer que les procédures visant à obtenir de l'aide sociale sont particulièrement lourdes. Si le commun des mortels finit, non sans peine, par s'y retrouver dans ce dédale bureaucratique, il n'en va pas de même pour la clientèle desservie par l'Équipe. Par des stratégies d'accompagnement, celle-ci permet à sa clientèle de répondre aux exigences standardisées de l'établissement gouvernemental et ainsi d'accroître les chances d'obtenir de l'aide sociale.*

La procédure pour obtenir un chèque d'aide sociale est complexe. Même si nous avons une certaine expérience dans ce type de démarche, nous avons parfois de la difficulté à nous y retrouver. Nous comprenons pourquoi tant de personnes fragilisées échouent dans leurs tentatives de recevoir des prestations. Il est alors important d'accompagner les personnes dans leurs démarches. À travers l'accompagnement, nous pouvons expliquer, dans un premier temps, certaines pratiques élémentaires comme prendre un numéro à l'entrée et attendre son tour avant de se présenter au guichet. Contourner ces étapes ne ferait que rallonger le temps d'attente. Nous allons aussi aider la personne à remplir les formulaires de demande d'aide sociale. Certaines personnes ont de la difficulté à lire et à comprendre les questions du formulaire. Par ailleurs, elles doivent se remémorer des événements très précis (date de la dernière embauche, nom de l'employeur, etc.), alors qu'elles ont parfois de la difficulté à se rappeler où elles ont dormi la veille. Ainsi, la présence d'un intervenant à leur côté facilite grandement la tâche.

La présence d'un intervenant de l'Équipe est aussi utile pour servir d'intermédiaire entre la personne et l'agent de l'aide sociale. L'intervenant peut répéter ou reformuler les directives de l'agent, afin de s'assurer que la personne a compris ce qu'elle a à faire. Cela permet d'éviter que

les démarches soient à recommencer à cause d'un oubli ou d'une mauvaise compréhension de ce qui a été exigé. Nous avons aussi créé un formulaire d'autorisation qui facilite notre travail lorsque notre client rencontre un agent sans que nous l'ayons accompagné. Souvent notre client ne se souvient plus ce que l'agent lui a demandé de fournir. Nous n'avons qu'à télécopier le formulaire signé pour que l'agent nous donne ces informations.

*L'accompagnement permet d'éviter le phénomène du téléphone arabe. En étant présent lors de la rencontre avec l'agent, l'intervenant de l'Équipe s'assure d'avoir en main une version officielle des informations. Par ailleurs, lorsque l'intervenant de l'Équipe n'est pas présent à la rencontre, le formulaire de consentement pour la divulgation d'informations est un outil efficace afin de savoir ce que l'agent a exigé de la personne.*

*Pour ce qui est des personnes qui sont déjà prestataires de l'aide sociale, mais qui sont sur le point d'atteindre 65 ans, l'accompagnement vise à les aider à faire les démarches pour toucher leur pension de vieillesse et à renouveler leur demande de supplément de revenu garanti. À cause de leur incompréhension de ce processus administratif, qui fait porter à l'individu le fardeau de la preuve, souvent ces personnes ne reçoivent pas les prestations auxquelles elles ont pourtant droit.*

Pour les personnes qui ont obtenu de l'aide sociale, l'accompagnement est toujours nécessaire. Nous devons demeurer vigilants lorsque leur statut administratif change. Par exemple, à l'âge de 65 ans, la personne n'a plus droit à l'aide sociale et doit faire une demande pour recevoir sa pension de vieillesse. Certaines personnes ne comprennent pas pourquoi elles se retrouvent du jour au lendemain sans chèque. Notre rôle consiste donc à leur expliquer la raison de l'arrêt de l'émission du chèque et à les accompagner dans leurs démarches pour obtenir leur pension de vieillesse. Il en va de même pour l'obtention du supplément de revenu garanti dont la demande doit être renouvelée à chaque année. Souvent, les personnes ne comprennent pas comment faire la demande, omettent de le faire ou perdent les documents nécessaires. Nous devons donc redemander les papiers requis et aider la personne à remplir la demande. Ce supplément fait toute une différence de revenus pour les personnes démunies.

### **Le défi de l'accompagnement dans un contexte d'informations contradictoires**

*Obligée de composer avec plusieurs interlocuteurs lorsqu'il est question d'aider un de ses clients, l'Équipe se retrouve parfois confrontée à des informations contradictoires. Cette réalité alourdit les démarches entamées par les intervenants de l'Équipe.*

Que ce soit à cause du roulement de personnel ou de la sectorisation des services, il est difficile de faire affaire avec le même agent. Nous devons tenir compte du fait qu'ils n'ont pas tous la même expertise en ce qui a trait aux demandes provenant de personnes en situation d'exclusion. Ainsi, il est fréquent que nous ayons des informations différentes selon l'agent avec qui nous parlons. Par exemple, souvent, nous téléphonons au service à la clientèle générale pour savoir quel document est requis pour notre client; l'agent nous explique alors la procédure à suivre. Or, lorsque nous envoyons les documents à l'agent responsable du dossier, la procédure n'est plus la même. Les procédures augmentent et se complexifient tellement souvent que les agents eux-mêmes ne savent plus laquelle est à jour. Pour réussir à nous y retrouver, il est judicieux de prendre en note le nom de l'agent et la date de notre entretien avec lui. Il est aussi nécessaire de conserver des preuves des démarches que nous avons effectuées.

*Le fait de ne pouvoir compter sur le même agent pour le dossier d'un client complique grandement le travail des intervenants de l'Équipe. L'exemple suivant, évoqué par une intervenante de l'Équipe, illustre à quel point l'absence de coordination de l'information au sein de cet établissement gouvernemental nuit à la possibilité d'aider efficacement une personne.*

Présentement, j'ai un client qui fait l'objet d'un suivi médical à Toronto, suite à une opération très particulière que peu de neurochirurgiens au Canada peuvent réaliser. Je dois m'assurer que mon client sera remboursé pour ses déplacements à Toronto. Comme ce n'est jamais le même agent qui s'occupe du dossier, je dois à chaque fois recommencer les démarches à partir du début. Pourtant, cela fait cinq fois que mon client va à Toronto, ils devraient donc être au courant du dossier et savoir comment procéder. À chaque déplacement, je dois fournir une preuve qu'il a besoin de se déplacer. Cela nécessite d'avoir en main un reçu pour prouver le coût du billet d'autobus. Le client doit donc payer son billet d'autobus et se faire rembourser par la suite.

*La procédure de remboursement par l'aide sociale est en inadéquation avec la réalité d'une clientèle en situation de pauvreté. Cette clientèle n'a déjà pas l'argent nécessaire pour payer leurs frais de subsistance. L'Équipe connaît cependant une procédure qui permet de contourner cette procédure, qui d'ailleurs ne semble pas connue de tous les agents.*

Les nouveaux agents ne connaissent pas les « Garanties de paiement », un formulaire que la personne présente à la compagnie de transport. Avec ce formulaire, le client n'a pas besoin de payer les frais puisque l'aide sociale garantit au transporteur qu'il assumera les coûts.

### **S'attaquer aux préjugés par la sensibilisation : une volonté d'humaniser les services**

*Selon l'Équipe, la logique de la « méritocratie » sur laquelle se fonde la loi sur l'aide sociale est intériorisée par plusieurs agents. Davantage associées aux « mauvais pauvres », les clientèles desservies par l'Équipe sont plus facilement victimes de discrimination lorsque vient le temps de leur octroyer un chèque d'aide sociale. L'Équipe doit ainsi travailler à défaire ces préjugés en prônant une humanisation des rapports entre l'agent et les personnes concernées.*

Nous croyons que les agents à l'aide sociale font face à des contraintes qui entrent en conflit avec les obligations légales et la dimension humaine inhérente à leur tâche. La loi qu'ils doivent appliquer laisse peu de place au pouvoir discrétionnaire, limitant ainsi leur marge de manœuvre. Que ce soit à cause des lois et des règlements ou de ce qui est véhiculé socialement, l'aide sociale est vue comme une aide de dernier recours que l'on doit mériter. Dans les perceptions, notre clientèle entre souvent dans la catégorie des pauvres qui ne font pas d'efforts pour s'en sortir. Par exemple, une agente de l'aide sociale ne voulait pas remettre le chèque au bénéficiaire prétextant qu'il allait le boire de toute façon. Il faut rappeler aux agents que les individus ont droit à leur chèque. Nous les sensibilisons à l'importance de voir ces individus comme des humains qui ont besoin de manger et de se loger.

### **Quand le recours à la loi est nécessaire...**

*Bien connaître la loi constitue un atout lorsqu'il est question de servir les intérêts des personnes marginalisées ou à risque d'exclusion. L'Équipe doit parfois se servir de la loi relative à l'aide sociale pour faire renverser des décisions qui vont à l'encontre de l'intérêt des personnes.*

Il est arrivé par le passé que les agents refusent à nos clientèles de recevoir leur chèque dans l'établissement qui les émet. Ils prétendaient qu'il était obligatoire d'avoir une adresse fixe pour être admissible à l'aide sociale. Pourtant, les modifications apportées à la loi stipulent que cela n'est plus nécessaire. Nous avons présenté ce texte de loi aux agents et nous avons eu gain de cause. Souvent, les personnes ont égaré leurs cartes d'identité et leur acte de naissance. Les agents sont obligés d'émettre un premier chèque d'aide sociale afin de permettre aux bénéficiaires de défrayer les coûts reliés à l'obtention des documents exigés. Nous devons parfois le rappeler aux nouveaux agents.

Par ailleurs, lorsqu'une personne a droit à l'aide sociale, mais que nous ne sommes pas en mesure de le faire valoir auprès des agents, nous la référons à une clinique juridique. Il y a une technicienne en travail social et une avocate qui sont disponibles sur place. L'intervenante est bien connue des agents et elle sait comment procéder dans ces situations litigieuses. Cela met davantage de pressions sur les agents et les choses avancent souvent plus rapidement.

### **En conclusion : tendre vers un rapport de collaboration**

*Habités à travailler auprès de clientèles plus « conventionnelles », les agents de l'aide sociale se montrent peu enthousiastes à recevoir la clientèle desservie par l'Équipe. L'insistance de l'Équipe pour que sa clientèle reçoive les services auxquels elle a droit est alors perçue négativement par les agents. L'Équipe doit expliquer qu'elle désire collaborer avec eux afin de régler les cas complexes, plutôt que de leur «mettre des bâtons dans les roues ».*

Nous travaillons auprès de clientèles complexes, alors que les agents sont aux prises avec des procédures standardisées mises en place pour répondre à la grande majorité des demandes typiques. Ainsi, ces agents s'adaptent plus difficilement à notre clientèle. Nous devons leur expliquer que nous ne travaillons pas contre eux, mais pour eux. Nous sommes là pour les aider à faciliter les choses auprès des nos clientèles, à faire en sorte qu'elles soient servies adéquatement la première fois et que les personnes ne reviennent pas à plusieurs reprises. À cette fin, nous proposons parfois aux agents des options ou des solutions susceptibles de les guider dans leurs interventions. Nous voyons notre implication dans le cadre de demandes d'aide sociale comme un travail de défrichage servant à rendre plus perméables les frontières entre nos deux services.

### **En conclusion**

*En somme, les stratégies préconisées par l'Équipe visent à servir les intérêts des populations à risque d'exclusion sans pour autant discréditer systématiquement le travail des agents. L'Équipe se voit comme une ressource, une expertise avec laquelle les agents gagnent à collaborer afin d'élaborer des solutions plus durables pour les personnes. Ce type d'intervention postule l'importance de faire valoir les droits des personnes marginalisées sans pour autant négliger leurs devoirs de s'impliquer activement dans leurs démarches pour obtenir de l'aide sociale. C'est pourquoi, l'Équipe veille à accompagner les personnes afin de faciliter leur passage à l'intérieur de ce service gouvernemental. Dans cette optique, l'advocacy ne passe pas uniquement par la voie de la revendication, mais suppose également la collaboration de l'ensemble des acteurs concernés.*

## **7. Groupe de conversation thérapeutique auprès des personnes itinérantes avec un problème de santé mentale**

### **Résumé**

*Ce récit décrit la mise en place d'une intervention de groupe s'adressant aux personnes itinérantes atteintes d'un trouble de santé mentale. Il nous est proposé par l'instigateur du projet qui est psychiatre au sein de l'Équipe. Nommé « groupe de conversation thérapeutique », ce projet se veut une façon différente de faire de la thérapie auprès d'une clientèle souvent réfractaire aux services usuels de psychiatrie.*

### **Une idée qui germe : le potentiel thérapeutique du groupe pour aider les personnes itinérantes**

*Selon le psychiatre de l'Équipe, le vécu d'itinérance est en soi une culture particulière. Cette culture mérite d'être considérée et écoutée dans une perspective de co-construction du savoir et de rapport non-hiérarchique. Le groupe de conversation thérapeutique apparaît ainsi tout désigné pour atteindre ces objectifs.*

Quand j'ai commencé à intervenir auprès des personnes itinérantes, je me suis rendu compte qu'il y avait une grande majorité de migrants internes. Par migrants internes, j'entends des individus qui sont nés dans une ville au Québec, mais qui se retrouvent dans une autre ville. Comme les migrants externes (ceux qui viennent d'un autre pays), ils ont tout de même un vécu de migration. Ce vécu est fait de solitude et d'isolement. Ces personnes perdent leurs repères, et elles se retrouvent souvent seules ou dans des réseaux inadéquats. L'idée consiste à tenir compte de leurs référents culturels et sociaux pour co-construire l'intervention. Je préfère, à ce titre, utiliser le terme conversation thérapeutique plutôt que celui de thérapie. Dans une thérapie, il y a un thérapeute et donc une hiérarchie de savoir : le thérapeute détient le savoir et le patient doit apprendre. Dans une conversation thérapeutique, il y a un échange de savoir, une réciprocité.

### **Présentation du projet de conversation thérapeutique à l'Équipe et entente sur les modalités de participation des intervenants**

*Après avoir réfléchi à la pertinence de mettre en place un groupe pour personnes itinérantes, il était nécessaire pour le psychiatre d'obtenir l'aval de ses collègues de l'Équipe, afin que le projet se concrétise. L'inconnu étant source de craintes, le psychiatre a dû expliquer la pertinence de son approche et présenter les objectifs poursuivis. L'Équipe a accepté de tenter l'expérience, mais avait certaines réticences quant à son degré d'implication. Le projet tel qu'il était formulé, nécessitait une implication active de certains intervenants au sein du groupe. Le psychiatre et ses collègues se sont finalement entendus sur des modalités de fonctionnement qui permettaient d'établir un équilibre entre la capacité d'implication des intervenants et le besoin de continuité des figures d'intervention pour les futurs participants au groupe.*

J'ai décidé de proposer à l'Équipe un projet de groupe de conversation thérapeutique pour personnes itinérantes. Puisque l'approche ethnopsychiatrique était méconnue des intervenants de l'Équipe, j'ai rédigé un document présentant sommairement l'approche et les objectifs poursuivis. J'ai ensuite rencontré quelques collègues de l'Équipe pour leur expliquer pourquoi je considérais que l'approche pouvait être efficace auprès des personnes itinérantes. Le projet

implique une participation active au groupe de conversation thérapeutique de la part de certains intervenants de l'Équipe. Je crois que c'est surtout cela qui suscitait certaines réticences parmi les membres de l'Équipe. Finalement, celle-ci a décidé qu'il serait pertinent de tenter l'expérience.

Par la suite, nous avons réfléchi aux modalités de participation des intervenants de l'Équipe. Dans un premier temps, il devait y avoir un représentant de chaque discipline, soit un travailleur social et une infirmière. Afin de ne pas augmenter à outrance la charge de travail des intervenants et de donner l'opportunité à tous d'expérimenter la technique d'intervention, nous avons établi qu'il y aurait une rotation d'intervenants aux deux séances. Cependant, afin préserver une certaine continuité pour les participants au groupe, un seul intervenant serait remplacé à la fois lors de la deuxième séance. La présence de deux nouveaux intervenants à chaque séance aurait pu compromettre la dynamique du groupe. Notons, de plus, que nous avons prévu d'inclure les stagiaires en médecine, en nursing, en psychoéducation et en service social.

### **Cerner la clientèle cible pour optimiser le fonctionnement du groupe**

*Afin d'assurer un fonctionnement optimal du groupe, le psychiatre a identifié le type de trouble psychiatrique ou de personnalité qui, de par sa nature psychopathologique, risquerait de contribuer à l'échec du processus thérapeutique.*

Le groupe de conversation thérapeutique s'adresse aux personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé mentale au sens large. Cependant, nous allons exclure les personnes itinérantes ayant un diagnostic sévère sur plan de la santé mentale. Par exemple, il est contre-indiqué d'inclure des individus qui ont un syndrome paranoïde. Il faut savoir juger de la sévérité de la pathologie et du niveau de confiance du participant envers autrui. Il est contre-indiqué d'inclure des individus avec un trouble de la personnalité antisociale ou sévèrement narcissique, puisqu'ils vont accaparer toute l'attention dans un groupe. Ils risquent de susciter beaucoup de sentiments négatifs au sein du groupe, ce qui va nuire à l'obtention des effets recherchés.

*Pour ceux qui sont admissibles au groupe de conversation thérapeutique, le psychiatre prône une participation volontaire. Le nombre restreint de participants lors de certaines séances ne court-circuite pas le processus puisque la présence d'intervenants et de stagiaires vient compenser et dynamiser les échanges.*

Présentement, il y a neuf personnes inscrites au groupe. Ces participants ne sont pas tous présents à chaque séance. Nous avons déjà réalisé une séance avec seulement deux participants. Puisque les intervenants et les stagiaires participent aux séances, il est possible de les tenir avec un nombre restreint de personnes itinérantes. La participation est volontaire, mais nous insistons parfois auprès de ceux qui ne sont pas venus depuis plusieurs séances. Il est souhaitable d'avoir un certain degré d'implication de leur part.

### **La formation dans l'action des intervenants de l'Équipe : une implication active**

*Tel que mentionné précédemment, le bon fonctionnement du groupe nécessite une participation active des intervenants de l'Équipe. Le psychiatre agit à titre de formateur pour les intervenants qui, après avoir appris par observation (« modeling ») et effectué des lectures dirigées sur le sujet, vont graduellement participer à l'animation d'autres groupes de conversation thérapeutique. Les intervenants sont, par ailleurs, invités à analyser, en compagnie du*

*psychiatre, la réaction que les participants suscitent chez eux immédiatement après la séance (analyse du contre-transfert).*

Lors des premières séances de groupe, cela a été plus exigeant pour mes collègues intervenants puisque c'était de l'inconnu. Ça impliquait pour eux de réfléchir à ce qu'il fallait dire et à la manière de se comporter dans le groupe. En fait, j'encourage les intervenants à s'engager dans les conversations et à susciter des réactions chez les participants. Susciter des points de vue divergents est souhaitable puisque cela amène les participants à dialoguer de façon ferme et à argumenter.

Après chaque séance, nous prévoyons une demi-heure de retour entre intervenants et stagiaires. Ensemble, nous l'analysons en faisant un tour de parole. L'objectif consiste à porter un regard sur la dimension contre-transférentielle ou, en d'autres mots, sur ce que nous font vivre les participants. Cela s'avère profitable pour les intervenants, les outillant pour voir différemment les participants qu'ils rencontrent individuellement dans leur bureau. C'est pour eux un outil de travail exceptionnel, leur permettant d'avoir un portrait plus complet de leurs clients.

Petit à petit, les intervenants prennent de l'expérience dans ce type de séance de groupe. Nous sommes en période de rodage. Éventuellement, nous prévoyons la possibilité que certains intervenants soient davantage formés et animent un autre groupe.

### **Processus, principes et contenus reliés au groupe de conversation thérapeutique**

*Le psychiatre expose certains processus et principes inspirés de son expérience d'intervention et de son adhésion à l'ethnopsychiatre. La circulation de la parole, le langage indirect, les associations libres, la catharsis, la référence au sacré, la résilience sont ainsi évoqués.*

Le principe central repose sur la circulation de la parole. Nous devons cependant utiliser un langage indirect. Nous n'allons pas exposer directement au groupe notre vécu personnel. Les participants n'ont pas besoin de connaître ma vie, de savoir, par exemple, que j'ai vécu telle difficulté avec mon père. Dans son fantasme, le participant a besoin d'être écouté et de faire sienne l'histoire qui est exposée. Pour cela, si j'ai à apporter au groupe une expérience personnelle, je dois la formuler sous une forme indirecte. Par exemple, « j'ai connu quelqu'un qui vivait telle situation ». Donc, cela pourra stimuler le vécu d'un participant qui va parler de son expérience à lui. Graduellement, un collectif commence à se construire, permettant aux individus de sortir de leur solitude. Les participants constatent qu'ils ne sont pas les seuls à vivre certaines situations difficiles. Le groupe peut aussi inspirer des solutions face aux problèmes vécus.

Dans le cadre de ces séances, il y a un conducteur, moi-même en l'occurrence, qui est le porte-parole du groupe et qui canalise les questionnements des participants. Les thèmes de conversation sont libres, et cela, dans la perspective de susciter des associations libres. Il faut se rappeler que l'ethnopsychiatrie puise ses origines dans la psychanalyse. Nous n'utilisons pas le divan, mais ça demeure de la pensée analytique avec de la libre association. Ainsi, va commencer à émerger un thème de groupe. Même si les contenus sont libres, je dois m'assurer, sur le plan de la forme, que certaines limites soient respectées. Par exemple, je ne dois pas tolérer qu'un participant insiste pour qu'un autre réponde à sa question, alors que ce dernier ne le veut pas. De plus, il y a un cadre temporel : les séances sont d'une durée d'une heure.

Il y a des thèmes très profonds qui ont émergé à quelques reprises, tel que « pourquoi je suis dans la rue ? » et « vivre au quotidien dans la rue ». Nous avons même vécu une séance collective de catharsis contre le système social. Le groupe doit permettre cette forme de libération du refoulé, car c'est ce qui conduit à la guérison.

Bien que ce ne soit pas nécessairement le cas de tous les ethnopsychiatres, je travaille beaucoup avec la dimension du sacré. J'essaie d'aller chercher cette dimension dans chaque participant. Certains lisent la Bible alors que d'autres ne veulent pas entendre parler de l'Église. Je les amène à prendre conscience que le sacré n'est pas synonyme de religion ou d'institution religieuse. Le sacré est davantage une notion de spiritualité, c'est-à-dire ce qui rend l'être humain... humain. Selon moi, toute personne a accès à un lieu ou à un objet où le sacré peut se manifester. Le sacré et la spiritualité influencent aussi le regard que je porte sur les problèmes vécus par certains participants au groupe. Par exemple, nous devons composer avec des participants qui ont une dépendance à l'alcool ou à la drogue. Il est parfois difficile de constater que certains fassent une rechute après avoir passé plusieurs mois sans se prostituer et consommer. Il faut porter un regard de compassion sur ces personnes. Il s'agit d'un sentiment où l'autre est vu comme faisant partie du même univers. Accompagner la personne dans sa quête du sacré permet aux participants de tracer leur propre chemin.

De plus, je m'inspire fréquemment de mes lectures de Boris Cyrulnik et de son concept de résilience. Il faut aller chercher cette résilience et le groupe permet cela. Le groupe vient se substituer à la famille que les participants ont perdue. Ceux-ci vont alors créer des liens qui, parfois, vont se maintenir à l'extérieur du groupe.

### **L'apport de l'ancrage théorique pour le développement d'une pratique : un incontournable et une source d'inspiration**

*Mentionnons avant de conclure que le psychiatre de l'Équipe s'est inspiré des principes de l'ethnopsychiatrie, courant auquel il adhère, pour réfléchir à la pertinence de créer un groupe de conversation thérapeutique auprès des personnes itinérantes. Sur le plan théorique, l'ethnopsychiatrie désire arrimer les dimensions culturelles et intrapsychiques de l'individu. Sur le plan pratique, un seul thérapeute ne peut analyser à la fois le psychisme et la culture d'un individu. L'approche de groupe, à travers le principe de la réciprocité circulaire, permet de développer une pratique en cohérence avec les fondements de l'ethnopsychiatrie*

L'ethnopsychiatrie, signifie étymologiquement soigner l'âme [de «l'être culturel»]. Le concept d'ethnopsychiatrie a été développé par le psychanalyste et anthropologue, Georges Devereux à la suite de ses recherches sur les tribus Mohaves aux États-Unis. Devereux voulait appliquer l'approche psychanalytique à l'étude de ces tribus. Lorsqu'il voulait analyser l'intrapsychique des Mohaves, il se rendait compte qu'il perdait de vue toute la dimension culturelle de ces individus. À l'inverse, lorsqu'il prenait une posture d'anthropologue, il n'était pas en mesure de porter un regard sur l'intrapsychique. Empruntant le principe d'incertitude en physique quantique, Devereux constate qu'il est impossible d'observer deux phénomènes à la fois. Ses travaux ont donc consisté à développer une théorie qui tienne compte de façon complémentaire de la culture et de l'intrapsychique. C'est ce qui a donné naissance au concept d'ethnopsychiatrie.

Tobie Nathan s'est inspiré de la théorie de Devereux pour développer l'ethnopsychiatrie clinique. Nathan considérait qu'il était impossible d'analyser le psychisme d'un individu alors qu'il ne

comprenait pas sa culture. Il considérait donc qu'il fallait changer la traditionnelle psychanalyse basée sur une relation entre un expert et un patient allongé sur un divan pour se tourner vers une approche de groupe. Par l'entremise d'une approche de groupe et du principe de la réciprocité circulaire, on pouvait ainsi résoudre le problème de l'observateur expert unique qui intervient en fonction de son registre culturel. Dans ce type de groupes, les individus avec leurs cultures différentes, sont égaux; il n'y a pas de hiérarchie de savoir provenant d'une culture considérée supérieure à une autre.

**En guise de conclusion : le groupe redonne aux participants le sentiment d'exister**

*Selon le psychiatre, l'objectif central du groupe de conversation thérapeutique consiste à créer un espace qui permet aux personnes itinérantes d'exister, une existence qu'elles semblent avoir perdue au sein de la société.*

Le groupe est, selon moi, un dispositif qui permet de canaliser l'angoisse et la révolte. Mais surtout, c'est un dispositif qui permet de trouver l'humain dans chaque personne, cet humain qui est à l'écart de la société et qui en vient à penser qu'il n'est plus humain. Un commentaire évocateur à ce sujet a été livré par un participant au groupe. Il a dit : « Dans la société, il y a le riche, la classe moyenne, le pauvre puis l'itinérant... mais nous... nous n'existons pas! ». Or, grâce au groupe, la personne itinérante se permet d'exister face aux autres. En citant Winnicott je dirais en traduisant librement : « Le bébé n'existe pas sans sa mère et la mère n'existe pas sans son bébé ». Les deux existent parce qu'il y a dans le regard de l'un le regard de l'autre.



## **8. Le défi de reconstituer l'histoire des personnes pour intervenir dans une situation de refus de soins**

### **Résumé**

*Ce récit met en lumière les diverses stratégies mises de l'avant par deux intervenants d'une Équipe pour reconstituer l'histoire d'un individu et lui apporter un soutien et des soins adéquats. Ces intervenants font la rencontre de M. Legendre, hébergé dans un refuge depuis qu'il a été expulsé de son appartement, dans des circonstances inconnues. Dans leur tentative de reconstituer l'histoire ayant conduit M. Legendre à sa situation actuelle, les intervenants se butent à des obstacles tant individuels qu'organisationnels. Sur le plan individuel, ils ne sont pas en mesure d'obtenir de l'information plausible auprès de M. Legendre qui tient des propos délirants. De plus, celui-ci refuse de signer des formulaires de consentement permettant aux intervenants de recueillir de l'information susceptible de saisir son problème et de mieux orienter l'intervention. Sur le plan organisationnel, l'absence de pont entre le CLSC d'appartenance de M. Legendre et le CLSC de l'Équipe, combinée à l'obligation de confidentialité sont des obstacles supplémentaires au travail de reconstitution de l'histoire. M. Legendre acceptera à un moment donné de signer des formulaires de consentement d'accès à ses dossiers.*

*Parallèlement à ces obstacles, M Legendre présente des signes alarmants concernant son état de santé. Il refuse, cependant, de se rendre à l'hôpital pour recevoir les traitements adéquats. Face à ce refus de traitement, les deux intervenants se trouvent devant la nécessité de faire évaluer l'état mental de leur client. Après avoir reçu, dans un premier temps, un diagnostic mitigé quant à l'état mental de M. Legendre, ils obtiennent par la suite le levier pour leur permettre de l'hospitaliser. Finalement, grâce à la collaboration exemplaire des intervenants du refuge et du personnel hospitalier, les intervenants de l'Équipe réussissent à hospitaliser M. Legendre sans avoir recours à une requête pour évaluation psychiatrique. Pendant cette hospitalisation, ils accèdent à ses dossiers et font des découvertes importantes à propos de l'histoire de services auprès de leur client. Ainsi, à travers l'histoire médicale de M. Legendre, ils réussissent à reconstituer son histoire personnelle et à mettre en place un plan d'intervention permettant de dénouer l'impasse.*

### **La rencontre de M. Legendre au refuge : un personnage coloré et peu coopératif**

*Dans cette situation, les deux intervenants de l'Équipe sont confrontés à deux obstacles à l'intervention auprès de M. Legendre. D'une part, les propos délirants de leur client font en sorte qu'il est impossible pour eux de recueillir de l'information fiable. D'autre part, M. Legendre leur refuse l'accès à ses dossiers. Cette absence de collaboration nuit passablement aux intervenants.*

Lors d'une visite au refuge, un travailleur social et un infirmier de l'Équipe rencontrent M. Legendre, un homme relativement âgé qui a été expulsé de son appartement. Désirant en savoir davantage sur l'individu et les circonstances ayant conduit à son expulsion, les deux intervenants tentent alors de le questionner à ce sujet. Les propos qu'il tient, bien que plausibles, s'avèrent plutôt délirants aux oreilles des intervenants. Prétextant, dans un premier temps, que des travaux de rénovation étaient effectués à son domicile, il pouvait ensuite changer sa version des faits en cours d'explication. En fait, M. Legendre se montre très réfractaire à divulguer de l'information sur sa situation. Parfois, sa résistance se transforme en arrogance envers les intervenants.

Méfiant, M. Legendre refuse par ailleurs de signer des autorisations pour la consultation de documents qui auraient permis d'en connaître davantage sur son parcours. Les deux intervenants ne sont même pas en mesure de connaître le montant et la source de son revenu.

### **La mise en place d'un cadre pour susciter la collaboration de M. Legendre**

*La multiplication des intervenants auprès d'un individu peut parfois être inefficace. Dans le cas présent, M. Legendre utilise l'argument qu'il reçoit déjà des services d'une autre intervenante du CLSC de son quartier pour éviter de collaborer avec les intervenants de l'Équipe. Afin de contrer cette dynamique, les deux d'intervenants proposent de devenir les interlocuteurs principaux auprès de M. Legendre. À la suite du retrait de la travailleuse sociale du dossier, les deux intervenants de l'Équipe élaborent un plan d'intervention de concert avec le refuge où il est hébergé. Ce plan d'intervention permettra de construire un lien plus efficace entre les deux intervenants et leur client.*

Rapidement, le travailleur social et l'infirmier de l'Équipe constatent que M. Legendre leur divulgue des informations non véridiques. Celui-ci prétend que la travailleuse sociale d'un autre organisme s'affaire déjà à le relocaliser dans un nouvel appartement. Vérification faite auprès de cette travailleuse sociale, cette prétention est fautive. Les deux intervenants de l'Équipe proposent alors d'être les seuls interlocuteurs auprès de M. Legendre. La travailleuse sociale du secteur s'est retirée du dossier et en a informé le principal intéressé. Le travailleur social de l'Équipe est devenu l'intervenant responsable de lui apporter une aide à la suite de la perte de son logement. Ainsi, pour obtenir de l'aide, M. Legendre devra dorénavant collaborer avec ce travailleur social. Les deux intervenants de l'Équipe mettent par la suite en place un plan d'intervention en collaboration avec le refuge. M. Legendre devait se présenter aux intervenants de l'Équipe avec des demandes claires qui lui permettraient de faire évoluer sa situation. Dans le cas contraire, il était entendu avec lui que le refuge où il habite allait lui retirer ses privilèges; il ne pouvait errer au refuge sans collaborer avec les intervenants qui tentaient d'améliorer son sort. À partir de ce moment, la relation avec lui s'est améliorée. Il a alors décidé de signer cinq autorisations d'accès à ses dossiers. Les intervenants devenaient en meilleure position pour savoir d'où il venait et pour identifier ses besoins.

### **Pendant ce temps, un état de santé préoccupant et un refus de traitement**

*Bien que M. Legendre soit maintenant plus disposé à divulguer de l'information aux intervenants de l'Équipe, il demeure très réticent à recevoir des soins médicaux. Ainsi, même s'il est atteint d'un trouble inquiétant sur le plan médical, il refuse de recevoir des soins en évoquant une raison invraisemblable. Dans ces circonstances, les deux intervenants de l'Équipe doutent de l'aptitude de leur client à juger de son état. Cependant, l'évaluation du médecin ne permet pas de conclure à la nécessité d'une requête pour évaluation psychiatrique. Alors qu'une ébauche de diagnostic aurait permis de clarifier le plan d'intervention à mettre en place, cette conclusion quant à l'état mental de M. Legendre est venue limiter les possibilités d'action des intervenants dans l'immédiat. Ceux-ci sont alors confrontés à un sentiment d'impuissance*

En plus du problème de logement de M. Legendre, les intervenants de l'Équipe d'itinérance se préoccupent de son taux de glycémie extrêmement élevé. Selon un médecin de l'Équipe, avec un taux aussi élevé, M. Legendre est à risque de plonger dans un coma diabétique. Il refuse cependant d'être traité, prétextant qu'un taux élevé de sucre dans le sang lui permet de combattre

les ours. Devant la gravité de l'état de santé de M. Legendre et son refus de traitement, les deux intervenants commencent à envisager la nécessité de faire une requête pour évaluation psychiatrique. Ils décident, dans un premier temps, de recourir au médecin de l'Équipe afin qu'il évalue son état cognitif et mental. Un diagnostic permettrait aux deux intervenants de mieux saisir la dynamique relationnelle de M. Legendre et d'orienter leur intervention en conséquence. Peut-être présent-il un trouble de la personnalité ou une démence ou une schizophrénie? Le médecin accompagne alors l'infirmier de l'Équipe pour rencontrer M. Legendre au refuge. Contre toutes attentes, celui-ci s'est montré très adéquat tant sur le plan cognitif que sur le plan de la santé mentale. Le médecin a conclu qu'il ne présentait aucun élément qui justifiait une évaluation psychiatrique d'urgence

### **Observer et protéger M. Legendre : la collaboration significative du refuge**

*Pour le médecin et les deux intervenants de l'Équipe, l'impossibilité de conclure à la nécessité d'une requête pour évaluation psychiatrique ne signifie pas pour autant que M. Legendre est en mesure de prendre soin de lui-même. Cette absence de diagnostic clair semble pour eux davantage un artefact qu'une conclusion immuable. En sollicitant la collaboration des responsables du refuge, les intervenants de l'Équipe désirent prendre davantage de temps pour évaluer le niveau d'aptitude de M. Legendre et lui assurer un lieu sécuritaire compte tenu de sa vulnérabilité. La participation d'une ressource d'hébergement au plan d'intervention facilite grandement le travail de l'Équipe.*

Compte tenu du scepticisme des intervenants au sujet de l'état mental de M. Legendre, le médecin de l'Équipe propose que l'on observe son comportement dans le cadre de ses activités quotidiennes au refuge. Les intervenants du refuge deviennent alors des informateurs-clés pour l'observer et vérifier son degré d'autonomie au quotidien. De plus, tenant compte de la vulnérabilité de leur client, les intervenants de l'Équipe ont convenu avec les responsables du refuge de maintenir le privilège qu'ils lui ont d'emblée accordé à l'intérieur pendant le jour. Bien que cette façon de faire contrevienne aux règles de l'établissement, les responsables du refuge décident de l'accommoder et de participer à l'observation de son comportement.

### **Une deuxième vérification de l'état mental de M. Legendre par le médecin et des démarches pour un test sanguin.**

*En ciblant un volet plus sensible de la vie de M. Legendre, le médecin de l'Équipe est en mesure d'observer le côté plus délirant du client. Ajoutée aux résultats très alarmants d'un test sanguin, cette observation fait en sorte que le médecin a tous les éléments significatifs pour demander une évaluation psychiatrique.*

M. Legendre accepte de se présenter au CLSC pour rencontrer à nouveau le médecin de l'Équipe. Cette fois-ci, l'infirmier et le travailleur social suggèrent au médecin de confronter M. Legendre sur son histoire d'expulsion de logement. Les deux intervenants savent que cela peut le faire réagir et, par conséquent, exposer au médecin l'attitude qu'il n'avait pu déceler lors de sa première rencontre. Cette stratégie porte fruit puisque le médecin constate en effet l'attitude bizarre et délirante dont les intervenants lui avaient parlé. Néanmoins, le médecin n'est pas en mesure de poser un diagnostic précis sur l'état de santé mentale de M. Legendre. Il profite tout de même de cette rencontre pour prescrire un test sanguin afin de vérifier son taux de glycémie

La semaine suivante, l'infirmier de l'Équipe se rend au refuge dans l'espoir de pouvoir effectuer une prise de sang sur M. Legendre. Ce dernier est habituellement peu enclin à accepter ce type de test alors que, cette fois-ci, il l'accepte sans résister.

Quelques heures plus tard, les intervenants obtiennent les résultats du test sanguin. Ceux-ci s'avèrent fort inquiétants, si bien que le médecin peut affirmer que M. Legendre est en danger sur le plan de sa santé. Ainsi, dans l'éventualité où il refuserait de se rendre à l'hôpital de son plein gré, les membres de l'Équipe ont en main des éléments suffisants pour demander une évaluation psychiatrique.

### **L'accompagnement à l'urgence**

*Les risques confirmés quant à l'état de santé de M. Legendre permettent aux intervenants de l'Équipe d'aller de l'avant dans leur tentative de l'hospitaliser. Si l'approche volontaire est inefficace, il sera possible pour eux d'utiliser la voie des tribunaux.*

M. Legendre est dirigé à l'urgence par le médecin de l'Équipe, à la suite des résultats alarmants concernant son taux de glycémie. Rappelons qu'advenant un refus de sa part de se présenter à l'urgence, l'Équipe a tous les éléments nécessaires pour aller de l'avant avec une requête en évaluation psychiatrique. Voulant, dans un premier temps, éviter cette mesure de dernier recours, l'infirmier de l'Équipe se présente au refuge et lui demande de l'accompagner à l'urgence. Ce dernier se montre très peu ouvert à cette proposition. L'infirmier décide alors de demander l'aide d'un intervenant du refuge qui le connaît bien afin qu'il puisse le convaincre de changer d'idée. Cette stratégie porte fruit: M. Legendre accepte d'accompagner l'infirmier à l'urgence.

Arrivé à l'urgence, l'infirmier de l'Équipe s'inquiète de la possibilité que M. Legendre ne rebrousse chemin. Il demande la collaboration de l'infirmière au triage en lui mentionnant qu'il serait important que leur client rencontre un médecin même s'il se montre réfractaire à recevoir des soins. M. Legendre rencontre finalement une urgentologue. L'infirmier de l'Équipe prend soin de bien lui expliquer la situation de ce patient. Saisissant bien la demande de l'infirmier, l'urgentologue accepte de le diriger en endocrinologie et en psychiatrie. Il est finalement hospitalisé en endocrinologie pour être traité pour son diabète. Par la suite, il est transféré en psychiatrie. Le psychiatre n'est cependant pas en mesure de poser un diagnostic clair.

*La collaboration exemplaire du personnel de l'urgence a permis à M. Legendre d'accéder sans trop d'embûches aux services en milieu hospitalier. Soulignons par ailleurs que l'infirmier de l'Équipe a su faire part précisément à l'urgentologue des besoins de son client afin que celui-ci soit orienté vers les bons endroits.*

### **L'accès aux dossiers médicaux de M. Legendre**

*En accédant aux dossiers médicaux de M. Legendre. Les intervenants de l'Équipe comprennent alors que leur client est atteint de schizophrénie paranoïde et qu'un imbroglio entre deux services de l'hôpital de son quartier a fait en sorte qu'il s'est retrouvé sans suivi psychiatrique. Avec un diagnostic précis sur son état de santé mentale, le psychiatre peut maintenant prescrire une médication adéquate à M. Legendre et organiser, en collaboration avec les intervenants de l'Équipe, un plan de sortie adapté à ses besoins.*

Pendant ce temps, les dossiers de M. Legendre sont acheminés aux intervenants de l'Équipe. Il faut se rappeler qu'un mois auparavant, il avait décidé de signer cinq autorisations d'accès à ses dossiers. Les intervenants réussissent donc à connaître la vraie histoire de leur client. Il a déjà eu un suivi en psychiatrie pour un trouble de schizophrénie. Il avait des médicaments et était en mesure d'occuper un emploi. À la suite d'un accident de la route, M. Legendre est hospitalisé. Le psychiatre au dossier décide de suspendre temporairement le suivi jusqu'à ce que le patient obtienne son congé de l'hôpital. À sa sortie de l'hôpital, M. Legendre reçoit des indemnités de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). Pendant ce temps, le psychiatre traitant n'est pas avisé que son patient a quitté l'hôpital. Celui-ci n'a donc plus de médicaments pour traiter son trouble de schizophrénie. Après douze mois, la SAAQ statue que M. Legendre est apte à travailler et décide de réduire ses indemnités. Désorganisé par les symptômes de sa maladie, sans emploi et donc incapable de payer son loyer, il se voit expulsé de son logement après quarante ans de vie stable.

Après avoir pris connaissance de ces informations, les intervenants de l'Équipe ont avisé le personnel traitant du service psychiatrique de faire venir les dossiers de M. Legendre de l'hôpital où il avait été traité. Pour des raisons de confidentialité, il était impossible pour l'Équipe itinérante de transmettre directement l'information au service psychiatrique.

Connaissant désormais le diagnostic de schizophrénie de M. Legendre, l'équipe traitante en psychiatrie est en mesure de lui prescrire une médication appropriée. Le psychiatre statue que ce patient doit bénéficier d'un encadrement adéquat pour respecter sa médication et particulièrement pour contrôler son diabète. Il n'est pas approprié qu'il se retrouve seul en appartement. La travailleuse sociale du service psychiatrique réussit à lui trouver un hébergement en chambre et pension. Le travailleur social de l'Équipe s'est chargé, pour sa part, de négocier avec la fourrière municipale de la ville pour récupérer sans frais ses effets personnels.

### **Réflexions des intervenants sur la situation de M. Legendre : une rupture dans les services**

La situation de M. Legendre est maintenant stabilisée. Il s'agit en fait d'un dénouement heureux compte tenu de la complexité de la situation. Les intervenants de l'Équipe considèrent que la désorganisation de leur client a pour origine une mauvaise communication entre deux services, soit celui de la psychiatrie et celui de la réadaptation. Cette rupture dans les services a fait en sorte que M. Legendre s'est retrouvé bien malgré lui dans le réseau de l'itinérance, qui avait peu d'information à son sujet. Les intervenants de l'Équipe ont donc dû travailler avec un individu complexe sans connaître son histoire de vie et son histoire médicale.

### **Conclusion**

*Les intervenants de l'Équipe ont été confrontés à une situation très particulière : celle d'un individu qui, manifestement, ne peut leur apporter des informations valides sur les raisons l'ayant mené la rue. De plus, cet individu refuse de recevoir des soins malgré son état de santé très inquiétant. Devant l'impasse, les intervenants de l'Équipe ont assumé un leadership dans la mise en place de stratégies visant à protéger et à assurer des soins adéquats à leur client. Notons la collaboration exemplaire des acteurs du refuge et du centre hospitalier qui ont soutenu grandement les stratégies orchestrées par les intervenants de l'Équipe. L'accès aux dossiers de M. Legendre permet de mettre en évidence l'histoire de rupture de services qui l'a conduit à la rue et de prendre connaissance du diagnostic sur son état de santé mentale. L'accès à l'histoire*

*Récit : Le défi de reconstituer l'histoire pour intervenir dans une situation de refus de soins*

*médicale de M. Legendre est devenu un levier pour la compréhension de son histoire personnelle. Par ailleurs, ces informations médicales transmises par l'Équipe itinérante aux personnels traitant de l'hôpital où est hospitalisé M. Legendre, ont permis de traiter adéquatement le trouble de santé mentale du patient et de mettre en évidence la nécessité d'un suivi dans la communauté.*

## 9. Les collaborations entre policiers et intervenants : place à l'adaptation

### Résumé

*Ce récit met en lumière la collaboration entre les policiers et les intervenants-terrain oeuvrant auprès de personnes itinérantes. Il explore une relation qui n'est pas à l'abri de tensions, mais qui est dynamisée par la volonté d'une Équipe de créer des espaces de collaboration. Les expériences décrites ont été réalisées dans un contexte d'intervention d'urgence. La première concerne une intervention policière liée à l'accumulation de plaintes de citoyens à propos d'une personne en situation d'itinérance. La deuxième fait état d'un événement où les policiers portent assistance à l'infirmière de l'Équipe. Le choc constaté des philosophies d'intervention policière et de la santé permet de poser un regard sur les différences qui caractérisent les pratiques respectives. Le dialogue entre l'Équipe et les policiers permet d'explorer des solutions qui évitent le recours à des moyens répressifs, voire à une judiciarisation des personnes. Dans ce contexte, l'Équipe affirme sa volonté d'explorer des pistes de solutions autres que celles qui peuvent s'inspirer de l'intolérance, de la mise à l'écart ou de mesures répressives à l'égard d'une population qui dérange. Il sera aussi question des défis associés au fait de collaborer avec les policiers lorsque les valeurs sous-tendant l'intervention peuvent être contradictoires.*

### **Le rôle de référence des policiers. Un moyen de repérer une personne en difficulté et d'amorcer une intervention.**

*L'implication de l'Équipe auprès d'une personne itinérante fait suite à une référence faite par les policiers qui sont intervenus à quelques reprises auprès de cette personne. La création d'un lien entre l'Équipe et une personne en situation d'itinérance facilitera la résolution de difficultés advenant de futures interventions des policiers. Ce travail contribue à instaurer un climat de confiance qui permet d'entrevoir d'autres pistes de solutions.*

Par le passé, une policière communautaire nous a consultés à plusieurs reprises à propos de situations problématiques concernant des personnes en situation d'itinérance. Pour les policiers, ces demandes d'informations prennent souvent la forme de demandes de conseils afin d'être mieux outillés pour faire face à des impasses auxquelles ils sont confrontés. Pour nous, il s'agit aussi d'une occasion de mieux faire connaître notre pratique. Parfois, les policiers demandent une implication plus directe de notre part. Dans le cadre de ces échanges, une policière communautaire est devenue l'intermédiaire entre les policiers et l'Équipe pour des demandes ponctuelles. Ainsi, historiquement, elle nous a référés ou informés des cas problématiques qui nécessitaient une attention de notre part. Ce qui est d'abord mis de l'avant, lors de nos interventions, est la santé de la personne en difficulté. Dans la situation d'une personne particulièrement récalcitrante à entrer en contact, l'Équipe remet de la crème solaire, de l'eau et, petit à petit, le contact s'établit. Nous ressentons une plus grande ouverture de la part de la personne et nous explorons la possibilité de référence à des ressources communautaires. Ces dernières sont présentées à la personne qui démontre peu d'ouverture à les contacter. Les policiers ne sont jamais mentionnés dans les discussions. Nous ne disons pas que notre intervention est le résultat de leur appel. L'établissement d'un lien se déroule, somme toute, relativement bien, l'individu est content de parler, de socialiser.

## **Travailler en collaboration. Comprendre les pratiques et définir l'intervention.**

*L'Équipe a développé une philosophie d'intervention auprès des personnes itinérantes qui mise sur une approche centrée sur les solutions à moyen et long terme. À l'opposé, dans le cadre de leur mandat, les policiers agissent généralement dans l'immédiat et avec un objectif de solution à court terme. Pour agir dans cette zone de tensions, l'Équipe favorise une pratique basée sur des principes qui s'inspirent directement des besoins des personnes en situation d'itinérance. La collaboration policiers/Équipe n'est pas sans soulever chez les intervenants la crainte de se voir confinés à un rôle d'action auprès des personnes en situation d'infraction. Cette section permet d'examiner les inquiétudes de l'Équipe quant au glissement possible du rôle d'accompagnateur social au service de personnes vulnérables à celui d'outil de contrôle social.*

Nous acceptons de travailler avec les policiers, mais ils doivent nous laisser une marge de manœuvre. Un des problèmes des collaborations avec les policiers est qu'ils demandent une intervention immédiate, ce qui n'est pas conforme à notre manière d'intervenir, laquelle mise sur le moyen et long terme. Lorsqu'il s'agit d'une situation nécessitant une intervention immédiate, le service d'urgence sociale assume un rôle déterminant, notamment dans les cas de détresse psychologique, de risque suicidaire, d'éviction de locataires, de violence conjugale, etc. Ce service travaille parfois en collaboration avec les policiers. L'intervention de type « urgence sociale » ne cadre pas dans notre philosophie d'intervention qui s'inscrit dans la durée et dans la continuité. Il faut plutôt situer la demande et se demander d'où vient le malaise? Ce principe s'inspire du souci de ne pas déposséder la personne itinérante de son droit de choisir et de ne pas être l'objet d'une intervention imposée. À cet égard, la première question à se poser est de savoir si l'itinérant dérange véritablement et d'identifier l'origine de la demande. Sommes-nous devant une situation d'intolérance ou d'application de règlements laissant peu de place à l'adaptation?

Une collaboration efficace consiste à mettre en lumière les enjeux et à départager les besoins des policiers de ceux de la personne itinérante, ou encore de ceux d'une tierce personne. L'analyse des besoins est suivie d'une prise en considération de notre mandat et de nos limites en ce qui a trait à notre intervention. Nous ne voulons pas intervenir selon les attentes des policiers, mais plutôt en vertu de l'analyse que nous ferons de la situation. À cet égard, il est parfois important de clarifier notre rôle et de baliser notre champ d'action. Par ailleurs, l'Équipe intervient toujours en co-intervention. En l'occurrence, elle se doit de proposer un cadre au plan de l'intervention afin de limiter le risque que la situation dégénère.

Cette clarification des rôles nous permet de maintenir une collaboration avec les policiers, afin de travailler en amont des difficultés rencontrées sur le terrain, dans une perspective de prévention. À travers nos échanges et nos collaborations, nous misons davantage sur notre capacité d'explorer avec eux des mesures préventives pouvant éviter le recours au système judiciaire. Dans le cadre d'interventions réalisées avec les policiers, nous souhaitons qu'ils préparent leur demande afin que nous puissions explorer les solutions dans la perspective d'une collaboration complémentaire. Par ailleurs, il est essentiel d'éviter une certaine ghettoïsation de l'intervention auprès des personnes itinérantes en confiant celle-ci seulement à l'Équipe itinérance. Cela pourrait se traduire par une limitation de toute action réalisée en matière d'itinérance à une équipe dédiée et par une déresponsabilisation des autres acteurs du CSSS.

*Le travail de définition d'une pratique est particulièrement difficile lorsqu'aux différences de philosophies s'ajoute une histoire complexe d'interventions successives auprès d'une même*

*personne qui finissent par provoquer une exaspération des policiers et de certains citoyens. Le travail porte alors aussi sur les valeurs qui sous-tendent l'intervention et sur l'affirmation du droit des personnes à être considérées dignement, même si leur comportement est problématique. Certaines attitudes d'intolérance, d'impatience et d'antipathie envers les personnes combinant vulnérabilité et visibilité rendent difficiles la collaboration et la construction de l'intervention. L'exemple ci-dessous illustre une situation qui n'est pas nécessairement la norme en ce qui concerne la qualité des interventions policières. Elle est témoin néanmoins de l'exacerbation de l'intolérance d'un policier devant la répétition dramatique d'un mal-être qui dérange.*

Des employés de la Ville informe l'Équipe de la présence d'une prostituée toxicomane qui erre dans un parc. Elle semble en très mauvais état. Il s'agit d'une femme bien connue de l'infirmière de l'Équipe et qui présente des problèmes multiples liés à sa toxicomanie. Confuse, elle ne répond pas aux questions, devient agressive et refuse toute forme d'aide. Nous demandons l'aide des policiers qui réagissent négativement et démontrent beaucoup d'exaspération. Les policiers refusent de la conduire à l'urgence de l'hôpital pour qu'elle soit évaluée et continuent de l'observer à distance. Leur réaction est liée au dégoût et à une forme de découragement. Ce qui nous choque surtout est le langage utilisé lors de cette intervention. C'est le devoir des policiers de ne pas utiliser un langage méprisant et de ne pas proférer d'insultes.

La multiplication des interventions auprès du même noyau de personnes à la marge suscite chez certains policiers une réaction d'écœurement, à force de composer avec les mêmes problèmes sociaux complexes. Ce sentiment d'impuissance semble parfois se traduire en mépris. Devant une telle situation nous essayons de nous mettre dans leur peau; il est probable que la nette majorité des cas auxquels ils ont affaire sont de ce type, cas que nous pouvons qualifier de "sociaux". De plus, le contexte d'intervention policière requiert l'application d'une solution pouvant être appliquée sur-le-champ. La philosophie policière d'intervention n'est pas semblable à la nôtre tout simplement parce que les situations pour lesquelles ils sont appelés sont caractérisées par l'urgence. Ce n'est pas leur mandat de faire des suivis une fois que le comportement dérangeant n'est plus présent. Les besoins et les objectifs sont différents, donc ils mobilisent une philosophie d'intervention et des pratiques différentes. Évidemment, les besoins sont parfois difficilement conciliables : eux veulent que nous réglions, par exemple, le problème de la prostitution dans un quartier, ce qui n'est pas notre rôle. Nous ne sommes pas fermés à l'idée d'examiner les situations problèmes avec eux, voire d'explorer certaines solutions, mais pas dans l'urgence. Nous ne voulons pas contribuer à alimenter, chez les policiers, l'attente que nous allons répondre à une situation dans l'immédiat.

### **Traduire une philosophie d'intervention pour mieux répondre aux intérêts des personnes itinérantes**

*L'impératif du moment, en ce qui a trait à l'application des lois et des règlements, oblige parfois l'Équipe à œuvrer à l'intérieur d'un cadre normatif qui est en dissonance avec son mandat premier. Ainsi, les circonstances des interventions réalisées avec les policiers obligent l'Équipe à reléguer au second plan certains idéaux en matière d'intervention. Soulignons la valorisation d'une intervention planifiée, misant sur une solution durable, respectueuse et tolérante vis-à-vis la marginalité. Il est possible d'observer que les interactions entre l'Équipe et les policiers permettent néanmoins à celle-ci de faire valoir ses idéaux auprès d'eux dans le cadre de l'intervention, et ce dans l'intérêt des personnes itinérantes.*

Les policiers nous interpellent à propos d'un homme qui a élu domicile dans un abri d'autobus. Nous acceptons de nous déplacer étant donné que nous entretenons une relation de bonne entente. Sans qu'elle soit formalisée, nous misons sur une collaboration permettant une certaine réciprocité, tout en ayant comme priorité le maintien d'une marge de manœuvre dans notre champ d'action. En arrivant sur les lieux, nous constatons la présence de quatre voitures de police qui ont été mobilisées afin d'exiger le départ de la personne itinérante. Dès notre arrivée, nous informons les policiers que nous préférons intervenir dans le cadre d'une intervention mieux préparée et que nous ne nous imposerons pas auprès d'une personne qui ne souhaite pas recevoir nos services. Ainsi, nous n'allons pas entreprendre des démarches pour trouver un abri pour une personne qui n'en veut pas. Ces précautions permettent de tempérer les attentes des policiers qui nous informent de l'obligation de cette personne de libérer immédiatement l'abri d'autobus en vertu d'un règlement municipal. Cette discussion permet de recadrer le rapport de forces qui se dessinaient entre la personne et les policiers. Ces derniers, voyant la réaction positive de la personne avec les intervenants de l'Équipe, conviennent de quitter les lieux pour laisser le champ libre. Notre présence a désamorcé la crise et l'escalade des tensions entre la police et l'homme. Celui-ci nous écoute, accepte de nous suivre et libère le lieu public. Nous explorons diverses possibilités concernant son hébergement.

Une des dimensions capitales dans le cadre d'une intervention réalisée en collaboration avec les policiers est de clarifier les rôles de chacun, afin de ne pas créer de fausses attentes. Par exemple, nous n'intervenons pas contre le gré du client, la base de notre intervention est la création d'un lien de confiance.

*Les interventions réalisées en collaboration avec les policiers requièrent une préparation qui est le fruit d'une concertation au préalable entre les forces de l'ordre et l'Équipe. C'est un travail qui doit s'inscrire dans la continuité et où chaque partie doit trouver son compte. La concertation mise sur l'idée de la collaboration, mais elle repose aussi sur cet exercice difficile qui consiste à comprendre le point de vue de l'autre. Une intervention réalisée trop rapidement et sans planification, ne permet pas une prise en considération des besoins des deux parties.*

La collaboration peut parfois prendre la forme d'une sensibilisation à la pertinence d'une approche concertée. Nous aurions intérêt à développer notre patience et notre tolérance. Les efforts qui découlent de nos contacts avec les policiers cherchent à favoriser une meilleure harmonisation de nos perceptions respectives des problèmes et des moyens à privilégier. Ils nous permettent aussi de relativiser notre perception du travail des policiers et d'éviter de généraliser à partir de certaines situations problématiques. À travers ces échanges se bâtissent graduellement la connaissance de l'autre, l'acceptation des différences, voire une plus grande adaptation en fonction des circonstances temporaires. Les collaborations ne sont toutefois pas parfaites; l'attitude est déterminante dans la résolution d'une impasse. En misant sur le pouvoir d'agir de toutes les parties et en tenant compte de leurs limites respectives, nous mettons en place les conditions permettant d'examiner des solutions durables. L'intolérance des policiers à l'égard des personnes itinérantes, que nous observons parfois, est le reflet d'un sentiment d'impuissance qui découle de la multiplication des interventions réalisées auprès d'elles. Personne, même les intervenants sociaux, n'est à l'abri de ce sentiment qui découle de la quantité d'interventions réalisées auprès d'une population donnée. Ce qui, rappelons-le, peut se traduire par le préjugé qu'il n'y a rien à faire avec les personnes en situation d'itinérance.

## **En conclusion**

*Ce récit illustre des formes de collaboration entre les policiers et l'Équipe. Il ne s'agit pas d'une relation acrimonieuse caractérisée par des rapports tendus, mais d'une histoire qui s'inscrit dans la continuité et qui repose sur la découverte et l'acceptation du point de vue et du rôle de l'autre. L'accent est mis sur la complexité juridico-sociale des situations de personnes en situation de vulnérabilité. Cette complexité nécessite le mariage d'une conception de l'intervention qui mise sur une préparation réfléchie et sensible aux besoins de cette population cible, et d'une autre liée aux impératifs propres à la sécurité publique, laquelle exige une solution immédiate. Cette co-intervention est peut-être le reflet de la conjugaison d'une intervention axée sur le bien-être individuel avec une intervention qui vise le bien-être collectif, en vue du maintien de l'ordre public. Ce récit met en perspective le défi d'intervenir auprès d'une clientèle qui dérange et, par le fait même, entraîne l'intervention de multiples acteurs dont les rôles et les approches sont parfois contradictoires.*



## 10. La pratique d'outreach : un réseau de collaboration indispensable

### Résumé

*Ce récit propose un regard sur le réseau de collaboration développé par une Équipe à travers sa pratique d'outreach. C'est celui d'une infirmière de l'Équipe fortement impliquée dans ce travail de réseautage. Elle met en évidence le caractère indispensable du réseautage avec divers acteurs pour la réalisation de plusieurs étapes de l'outreach, comme le repérage des personnes en situation d'itinérance, l'analyse de la situation, le suivi dans la rue (sentinelle), l'accompagnement vers les services (inreach) et l'accès aux ressources communautaires. Est ensuite présentée une réflexion sur les éléments facilitant la collaboration avec les ressources communautaires, les milieux hospitaliers et les policiers.*

### Repérage et analyse de la situation: l'apport des policiers et du réseau immédiat

*L'Équipe est en mesure de rejoindre certaines personnes itinérantes au moyen de signalements. Des citoyens, des commerçants, des policiers ou même des membres de la famille vont téléphoner à l'Équipe pour l'informer de la présence d'une personne itinérante à un endroit spécifique. La situation suivante, racontée par l'infirmière, illustre un repérage rendu possible par le signalement des policiers et met en lumière, tout au long de ce récit, la complexité des défis d'intervention auxquels elle sera confrontée.*

J'interviens présentement auprès d'un homme d'origine grecque qui m'a été signalé par les policiers. Depuis un an, cet homme passe ses journées dans le même Tim Hortons. Il dit avoir rendez-vous avec son employeur qui doit lui donner un montant de 20,000 \$. Le gérant du Tim Hortons a fait régulièrement appel aux policiers, car l'homme avait en quelque sorte élu domicile dans le restaurant et la clientèle se plaignait de sa présence. Constatant que l'homme tenait des propos délirants, les policiers, accompagnés d'un intervenant d'un service d'urgence psychosociale, l'ont conduit à l'hôpital. Le personnel traitant du centre hospitalier considérait que son état mental ne nécessitait pas une hospitalisation, mais on lui a prescrit des médicaments. Je suis allée chercher les médicaments, mais l'homme refusait de les prendre.

*Les personnes itinérantes ayant développé un bon lien avec l'infirmière sont aussi des alliés significatifs pour faciliter le repérage d'autres personnes itinérantes en difficulté. De plus, l'infirmière repère également des personnes itinérantes lors de ses tournées régulières.*

Toujours en ce qui concerne le repérage, certaines personnes itinérantes qui me connaissent bien vont même m'interpeller pour m'informer de la présence d'une personne qui mériterait une attention particulière. De plus, lorsque j'effectue ma tournée auprès de personnes itinérantes qui figurent sur ma liste d'outreach, particulièrement dans les stations de métro, je repère souvent d'autres personnes en difficulté.

*Peu de temps après le repérage, vient l'étape de l'analyse de la situation problématique. Ces étapes se juxtaposent aux premiers contacts avec les personnes ayant effectué le signalement. L'infirmière va recueillir de l'information auprès d'eux afin de mieux saisir l'histoire de l'individu signalé. Par ailleurs, l'infirmière se doit d'être attentive aux informateurs-clés du réseau immédiat susceptibles de lui fournir de l'information pertinente.*

Afin d'avoir un portrait plus complet de la situation de la personne qui nous est signalée, nous devons recueillir de l'information auprès du réseau qui gravite autour d'elle au quotidien. Dans le cas de l'homme signalé au Tim Hortons, les policiers ont été d'une aide précieuse puisqu'ils avaient recueilli des renseignements depuis une dizaine d'années au cours de leurs interventions. Des gens de la communauté grecque qui fréquentaient le restaurant m'ont aussi transmis de l'information au sujet de leur compatriote. Ces informations mises ensemble m'ont permis de mieux saisir l'histoire qui a conduit l'homme à la rue et particulièrement la sévérité de son problème de santé mentale.

### **La collaboration avec les travailleurs de rue : une intervention de sentinelle et d'assistance qui augmente le nombre de personnes itinérantes rejointes**

*Une autre partie importante du travail de repérage se réalise par l'entremise de la collaboration avec certains organismes de travailleurs de rue de la ville. La collaboration entre l'Équipe et les travailleurs de rue comporte des bénéfices pour les deux parties. Pour l'Équipe, la collaboration avec les travailleurs de rue signifie une augmentation des effectifs sur le vaste territoire de la ville puisqu'ils sont en mesure de jouer un rôle de « sentinelle » auprès des personnes itinérantes. Pour les travailleurs de rue, cette collaboration fait en sorte qu'ils peuvent compter sur l'assistance d'un ou d'une professionnelle de la santé lorsque leur clientèle en présente le besoin. Les demandes d'assistance de la part des travailleurs de rue contribuent ainsi à augmenter le nombre de personnes itinérantes rejointes par l'Équipe.*

Puisque je couvre presque seule l'ensemble du territoire de la ville et, donc, que nous n'avons pas un nombre suffisant d'intervenants pour intervenir efficacement, nous avons dû nous trouver des alliés sur le terrain. Lors de certaines de mes tournées d'*outreach*, un travailleur de rue m'accompagne afin que je lui présente les clients que j'ai l'habitude de rencontrer. Le travailleur de rue devient ainsi, au quotidien, mes yeux sur le terrain auprès de ma clientèle. Il peut alors me téléphoner lorsque la situation d'un de mes clients lui paraît inquiétante.

En contrepartie, les travailleurs de rue peuvent me demander de les accompagner lorsque l'état de santé d'un de leurs clients les inquiète particulièrement. Je peux ainsi leur offrir une assistance médicale et faciliter leur accès aux services de santé et de services sociaux. Je prévois développer cette forme de collaboration avec d'autres organismes de travailleurs de rue, ce qui me permettra d'être soutenue sur une plus grande étendue du territoire à travers la ville.

### **Augmentation de personnes itinérantes rejointes dans la rue et diversification des lieux d'*outreach* : le résultat des collaborations développées avec les acteurs du milieu?**

*Depuis près de quatre ans, l'Équipe a connu une augmentation fulgurante du nombre de personnes rejointes dans la rue. Les lieux où sont rejointes les personnes itinérantes se sont aussi diversifiés. Le centre-ville n'a plus le monopole du repérage puisque, de plus en plus, des personnes itinérantes sont rejointes dans d'autres quartiers de la ville.*

En quelques années, nous pouvons constater une augmentation importante du nombre de personnes itinérantes rejointes dans le cadre de notre pratique d'*outreach*. Depuis 2004, le nombre de signalements à l'Équipe concernant des personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants de santé mentale qui ne fréquentaient aucune ressource a triplé. Nous remarquons

aussi qu'il y a une plus forte concentration de personnes itinérantes en périphérie du centre-ville que par le passé. Ces personnes dans la rue se retrouvent dans des quartiers que je qualifierais de « hors norme » pour la clientèle itinérante, car il n'y a pas de ressources communautaires spécifiques pour leur venir en aide. Je crois que cela peut s'expliquer par le fait que l'Équipe est de plus en plus connue. Ainsi, les policiers ou les gens des communautés nous téléphonent de plus en plus pour signaler la présence d'une personne itinérante dans leur quartier.

### **Des stratégies pour amener un client vers les services (*inreach*) : l'importance de développer des alliances avec des intervenants du milieu institutionnel**

*Compte tenu de la diversité et de la complexité des situations rencontrées en outreach, les intervenants de l'Équipe doivent faire preuve de créativité afin de mettre en place des stratégies visant à amener les clients vers les services. Une séquence de l'intervention auprès de l'homme du Tim Hortons illustre l'importance « d'oser tenter des choses » et de pouvoir compter sur des alliés dans le milieu institutionnel afin de faciliter l'accès des personnes itinérantes aux services de santé et de services sociaux.*

Il n'existe pas de stratégies spécifiques pour amener le client vers les établissements de santé et de services sociaux. Il s'agit souvent d'adapter notre stratégie en fonction des contraintes de la personne et du contexte dans lequel nous intervenons. Par exemple, en ce qui concerne l'homme du Tim Hortons, nous avons planifié une série de stratégies dont la finalité est qu'il rencontre un médecin. Cet homme ne veut être soigné que par les professionnels de son hôpital. Or, un urgentologue de cet hôpital lui a diagnostiqué un début de diabète, mais il considère que la tâche de prescrire un médicament et d'effectuer un suivi revient à un médecin de famille. Dans un premier temps, nous avons rencontré des intervenants du CLSC situé juste à côté du Tim Hortons pour leur faire part de la situation et vérifier leur intérêt à collaborer avec nous. Nous apprenons que ce CLSC ne veut pas intervenir auprès des personnes itinérantes. Alors, mon collègue travailleur social a parlé à un travailleur social d'origine grecque de ce CLSC. Ce dernier a accepté de recevoir à son bureau notre client, étant donné qu'il est de la même origine ethnique que lui. Néanmoins, il y a peu de chance que notre client accepte de se rendre à ce CLSC puisqu'il ne souhaite être en lien qu'avec son hôpital. La prochaine étape pourrait donc consister à convaincre le travailleur social d'origine grecque d'accompagner mon collaborateur travailleur de rue pour rencontrer l'homme au Tim Hortons. En lui parlant dans sa langue d'origine, nous espérons que le travailleur social sera en mesure de créer un lien de confiance pour ensuite le convaincre d'aller consulter son collègue médecin qui est aussi d'origine grecque. Nous sommes conscients, cependant, qu'il s'agirait d'un accommodement puisqu'un intervenant des services courants n'a pas la latitude nécessaire pour sortir de son établissement et aller vers la clientèle.

### **L'*outreach* dans les ressources : comment susciter la collaboration des intervenants?**

*Si, pour certaines ressources communautaires, la collaboration avec l'Équipe allait de soi, d'autres se sont montrées réfractaires à la présence dans leur établissement d'un groupe de professionnels en lien avec le milieu institutionnel. L'Équipe a dû travailler à déconstruire les craintes et les perceptions de ces ressources craignant que leurs approches alternatives soient menacées par l'imposition d'un modèle médical traditionnel. Graduellement, ces ressources saisissent que l'Équipe désire respecter les philosophies d'intervention des établissements visités et qu'elle n'impose pas son savoir et son expertise. D'ailleurs, devant le refus catégorique d'une*

*ressource, l'Équipe n'insistera pas pour offrir ses services. Cette posture de repli stratégique amène parfois certaines ressources à contacter l'Équipe en cas de besoins criants.*

Il y a plusieurs années, nous avons dû bâtir notre réputation auprès de certaines ressources communautaires qui étaient plutôt réticentes à nous laisser intervenir à l'intérieur de leurs murs. Il s'agissait de ressources qui prônaient des approches alternatives en santé mentale et qui voyaient donc d'un mauvais œil la présence d'une Équipe ayant pignon sur rue dans une institution de santé et de services sociaux. Ces ressources craignaient que nous intervenions systématiquement auprès des résidants avec une approche médicale centrée sur la prescription de médicaments. Pour accéder à une ressource, il s'avère essentiel de ne pas s'imposer en tant que détenteur du savoir et de l'expertise. Nous devons nous adapter à la ressource et respecter ses limites afin de susciter sa collaboration.

Lorsque nous constatons qu'une ressource démontre trop de fermeture à notre présence, il est préférable de ne pas insister et d'attendre qu'elle vienne vers nous. Je me souviens d'une ressource pour femmes qui ne voulait pas que le CLSC collabore avec elle. Or, peu de temps après, une intervenante de la ressource nous a téléphoné parce qu'elle avait besoin de soutien pour intervenir auprès d'une femme dont les problèmes nécessitaient une expertise plus spécifique. Depuis ce temps, nous collaborons de façon ponctuelle avec cette ressource lorsque les intervenantes en manifestent le besoin.

### **Maintenir les collaborations avec les ressources : une question de constance, de crédibilité et de disponibilité**

*De même que pour le maintien du lien avec des personnes itinérantes, l'Équipe se présente de façon régulière dans les ressources afin de maintenir la collaboration avec elles. Pour que des affinités se développent, l'Équipe considère essentiel que les intervenants des ressources puissent collaborer avec des figures stables, expérimentées et surtout disponibles au-delà du temps de présence dans les organismes.*

Afin de maintenir la collaboration avec les ressources, nous devons faire preuve de constance dans nos visites. Il s'agit d'une constance dans la fréquence des visites (une fois par semaine), mais aussi auprès des intervenants qui se présentent dans chaque ressource. Il est important que les ressources puissent collaborer avec les mêmes intervenants de l'Équipe chaque semaine. Pour ce faire, les intervenants de l'Équipe sont attirés à des ressources spécifiques pour leur tournée d'*outreach*. La crédibilité de notre Équipe est aussi un élément important pour favoriser le maintien de la collaboration avec les ressources. Les intervenants de l'Équipe qui visitent les ressources ont ainsi beaucoup d'expérience. Les nouveaux intervenants de l'Équipe doivent prendre de l'expérience à l'intérieur du CLSC avant de faire de l'*outreach* dans les ressources. Il faut, par ailleurs, être disponibles au-delà des heures de présence dans les ressources. Les intervenants savent qu'ils peuvent nous appeler en tout temps à l'intérieur des heures ouvrables lorsqu'ils sont inquiets à propos d'une personne qui fréquente leurs ressources.

### **Lorsque c'est l'Équipe qui a besoin d'aide : favoriser la collaboration avec les milieux hospitaliers et policiers**

*Dans le cadre de son travail d'outreach, l'Équipe est appelée à collaborer avec les milieux hospitaliers et policiers. Cette collaboration, bien qu'essentielle, représente un défi constant*

*pour l'Équipe. Les mandats de chacun étant très différents, l'Équipe s'efforce de trouver des stratégies, attitudes et modalités permettant un rapprochement et une collaboration plus efficaces. Avec le milieu hospitalier, l'infirmière de l'Équipe utilise la voie de la sensibilisation en insistant sur le caractère essentiel du collaborateur dans le dénouement de l'impasse d'intervention vécue. Elle insiste aussi sur l'importance de demeurer disponible pour un client hospitalisé, afin de réduire la possible impression de « dumping » auprès du personnel du milieu hospitalier.*

La pire attitude à adopter dans les collaborations avec le milieu hospitalier est de lui donner l'impression que nous voulons nous débarrasser d'un cas complexe en lui référant un de nos clients. Avec le temps, j'ai compris l'importance d'expliquer nos interventions, les impasses que nous vivons ainsi que les raisons justifiant notre demande d'aide auprès de l'hôpital. Par exemple, au sujet de l'homme du Tim Hortons, j'envisage d'expliquer au psychiatre que nous nous retrouvons devant une impasse et que nous avons besoin de lui pour aller plus loin dans l'intervention. Une hospitalisation de deux à trois semaines pour commencer la prise d'un médicament permettrait, selon moi, de réduire le délire de l'homme. Il faudra aussi que j'insiste sur le fait que je vais demeurer disponible pour collaborer avec l'hôpital dans l'éventualité d'une hospitalisation.

*Selon l'infirmière, l'époque de l'évitement mutuel entre l'Équipe et les policiers est révolue. Il est temps de miser sur le rapprochement et de tendre vers une collaboration permettant de mieux répondre aux besoins des personnes itinérantes. La création d'un comité réunissant des membres du milieu policier et de l'Équipe est le résultat d'une volonté de ces deux acteurs d'intervenir différemment auprès des personnes itinérantes dans le métro.*

Autrefois, nos rapports avec le milieu policier étaient caractérisés par l'évitement. Nous considérions que nos mandats respectifs étaient trop différents pour permettre une collaboration saine et efficace. Les policiers désiraient une intervention rapide de notre part pour résoudre les problèmes reliés aux personnes qu'ils qualifiaient de dérangeantes dans l'espace public. Puisque ces demandes ne cadraient pas avec notre vision de l'intervention auprès des personnes itinérantes, nous avons choisi d'éviter de parler avec les policiers. Mais à un moment donné, nous avons estimé qu'il serait préférable de tenter un rapprochement afin de les sensibiliser à notre approche d'intervention. Une discussion entre une policière sociocommunautaire, la coordonnatrice d'un service d'urgence psychosociale et moi-même au sujet d'un cas d'intervention auprès d'une personne itinérante dans le métro a d'ailleurs favorisé ce rapprochement.

Ainsi, de fil en aiguille, nous avons convenu qu'il serait pertinent de former un comité composé de policières sociocommunautaires du métro, d'une sergente-détective de l'unité métro, d'un sergent, d'une policière communautaire, d'un policier consultant en santé mentale du quartier général et de moi-même et de la coordonnatrice du service d'urgence psychosociale. Nous nous sommes rendus compte en discutant que bien que nos clientèles cibles étaient différentes, il était possible d'en venir à un compromis afin de collaborer et de rejoindre l'ensemble des personnes itinérantes dans le métro. En effet, notre préoccupation comme Équipe est de rejoindre les personnes dans le métro que nous qualifions d' « inquiétantes », plus précisément des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale qui risque de compromettre leur sécurité et leur bien-être. Les policiers pour leur part se préoccupent davantage des personnes dites « dérangeantes », c'est-à-dire de celles qui, par leur état de désorganisation, vont susciter les plaintes des usagers du

métro. Dorénavant, nous avons convenu que l'Équipe et les policiers avaient un rôle à jouer auprès des deux types de clientèles. Les policiers peuvent être d'une aide précieuse pour nous signaler les personnes inquiétantes que nous n'avons pas été en mesure de repérer. En contrepartie, ils aimeraient bénéficier de l'expertise de l'Équipe pour intervenir différemment auprès des personnes dérangeantes. Considérant leur besoin, nous avons convenu d'aller présenter les services de l'Équipe et le service d'urgence psychosociale aux policiers lors de leur changement de quart.

### **En conclusion, une réflexion prospective sur l'*outreach***

Il me paraît insensé que nous soyons à ce jour l'unique CSSS de la ville à avoir développé une approche d'*outreach*. Les autres CSSS de la ville auraient avantage à mettre en place ce type d'approche afin d'avoir accès aux personnes itinérantes qui demeurent dans leurs quartiers. L'homme du Tim Hortons vit depuis 40 ans dans le même quartier. Nous ne nous pouvons pas lui demander d'aller « vivre son itinérance » au centre-ville à proximité de notre CSSS. Le CSSS à proximité du Tim Hortons n'est pas en mesure de le rejoindre parce qu'il n'a pas de services adaptés aux personnes itinérantes. Pour le moment, c'est notre Équipe qui couvre l'ensemble de la ville avec un nombre restreint d'intervenants.

### *Postscriptum*

En 2010, au moment de publier ce récit de pratique, l'homme qui fréquentait le Tim Hortons est à l'hôpital, en soin de longue durée. Il est en attente d'un hébergement dans le réseau public.

## 11. La stabilisation d'un jeune par le logement supervisé

### Résumé

*Ce récit de pratique illustre l'apport significatif du logement supervisé pour la stabilisation d'un jeune adulte ayant un passé de jeune de la rue. Le logement supervisé a, en effet, permis une certaine stabilisation de la situation résidentielle et psychosociale de Jonathan, aux prises avec de sérieux problèmes de consommation. Contrairement au logement privé et aux maisons d'hébergement, la formule de logement supervisée mise de l'avant par l'Équipe a permis d'offrir à Jonathan une alternative intéressante à la rue.*

### Les limites à l'aide apportée par l'Équipe

*Les premiers contacts de Jonathan avec l'Équipe semblent se traduire par un désir de ne pas trop s'engager dans une relation avec les intervenants. Il désire recevoir de l'aide pour des besoins concrets. L'Équipe s'affaire donc dans un premier temps, à répondre à ses demandes ponctuelles. Dans sa dynamique de fuite, Jonathan met en échec les tentatives d'aide qui lui sont destinées. L'Équipe considère préférable de le laisser aller puisqu'exercer de la pression ne ferait qu'accentuer son comportement.*

Jonathan est un jeune adulte de 28 ans qui a vécu dans la rue pendant son adolescence. Dès l'âge de 15 ans, il s'adonne à la consommation d'héroïne. Ses problèmes liés à la consommation sont encore très présents aujourd'hui. Sans port d'attache, il se déplace dans les villes du Québec et du Canada. L'Équipe l'a rencontré lors de son passage sur leur territoire d'intervention.

Lors de son passage dans la ville, Jonathan fait des demandes bien précises à l'Équipe. Atteint d'une hépatite C, Jonathan désire en priorité recevoir un traitement pour cette infection. L'Équipe réussit à lui obtenir un rendez-vous avec un spécialiste. Or, une semaine avant son rendez-vous il décide de quitter la ville. Ce comportement de fuite s'est produit fréquemment lorsque l'Équipe entamait des démarches d'aide auprès de lui. Une intervenante mentionne qu'il sabotait ses réussites. Respectant son choix de quitter la ville, l'Équipe lui a même fourni un billet d'autobus afin qu'il puisse retourner voir sa mère.

### Le début des tentatives d'insertion résidentielle : un constat d'échec

*Le retour de Jonathan dans la ville et sa plus grande ouverture à l'intervention permettent à l'Équipe de lui proposer certaines solutions médicales et résidentielles. Compte tenu de l'absence de logements vacants supervisés par l'Équipe à ce moment-là, celle-ci se tourne vers le marché locatif privé et des ressources communautaires pour assurer l'hébergement de Jonathan. Ces types d'hébergement se sont avérés inappropriés à ses besoins. La trop grande proximité avec des locataires consommateurs, l'isolement, ainsi que la faible tolérance des propriétaires au retard de paiement de loyer ont précipité son départ de ces lieux de résidence. À l'image d'un courtier, les intervenants de l'Équipe ont visé l'adéquation entre les besoins de logement de Jonathan et les options du marché locatif qui se présentaient à eux à ce moment.*

Après un séjour de Jonathan de quelques mois à l'extérieur de la ville, l'Équipe reprend contact avec lui lors d'une visite d'outreach dans une soupe populaire. Il paraît plus en forme que lors de

son dernier passage dans la ville. Il accepte même une ordonnance du médecin de l'Équipe pour son trouble d'anxiété et de dépression. Il accepte aussi de rencontrer un psychiatre.

Parallèlement aux démarches médicales, l'Équipe profite de l'ouverture de Jonathan pour s'affairer à lui trouver un endroit où habiter. Les maisons d'hébergement ne lui convenaient pas. En effet, celui-ci se faisait constamment expulser de ce type de ressource qui prône la tolérance zéro en matière de consommation. Désirant une solution résidentielle plus durable que le refuge limité à sept nuits par mois, l'Équipe tente, en vain, d'intégrer Jonathan dans un logement du marché locatif privé, mais il quitte sans préavis les logements que l'Équipe lui trouve. L'Équipe explique cet échec par le fait que les logements privés à moindre coût sont localisés dans des milieux plus défavorisés où l'on trouve un nombre important de consommateurs. Jonathan était donc entraîné dans cette spirale de consommation et n'avait plus l'argent nécessaire pour payer son loyer. L'Équipe croit ensuite avoir trouvé pour lui l'endroit idéal. Il s'agit d'un organisme communautaire qui offre des appartements supervisés et des plateaux de travail. Puisque Jonathan exprimait le désir de se trouver un emploi, l'Équipe considérait que ce lieu pouvait être propice à sa réinsertion sociale. Jonathan s'y est plutôt isolé et s'est mis à consommer davantage dans son studio. Après un mois, il quitte sans préavis.

### **L'intégration en appartement supervisé : un pas vers la stabilisation**

*L'intégration de Jonathan dans un appartement supervisé par l'Équipe coïncide avec une plus grande stabilisation de sa situation, voire avec une mobilisation personnelle. Les intervenants notent son implication dans des démarches pouvant lui venir en aide, d'une volonté d'arrêter de consommer et d'un désir d'insertion sur le marché de l'emploi.*

Pendant que Jonathan vivait des difficultés sur le plan résidentiel et personnel, un logement faisant partie d'une entente<sup>1</sup> entre l'Office Municipale d'Habitation (OMH), l'Équipe et un organisme communautaire est devenu vacant. Jonathan a accepté d'y habiter. Malgré quelques rechutes au début de son intégration dans le logement, Jonathan a entamé plusieurs démarches de réinsertion sociale. Il participe à des rencontres des Narcotiques anonymes et a été abstinente pendant six mois. Il a, par ailleurs, pris part à un programme d'insertion à l'emploi. Durant cette période, il a fait la connaissance d'une voisine qui est devenue sa petite amie par la suite. Jonathan avait donc une certaine routine : il se levait le matin pour se présenter à son plateau de travail et prenait ses médicaments de façon assidue. Pour la première fois, il est allé au bout de ses démarches sur le plan médical en rencontrant un psychiatre et un spécialiste pour son trouble hépatique.

*Comment expliquer ce changement positif? Les intervenants de l'Équipe ont émis certaines hypothèses que nous nous sommes permis de résumer et d'analyser, en cinq points.*

#### **1. Un suivi intensif et régulier**

*La formule de logement supervisé préconisée par l'Équipe exige que le locataire accepte de rencontrer régulièrement les intervenants. Un travailleur social et une infirmière de l'Équipe*

---

<sup>1</sup> L'entente permet à l'Équipe itinérance et l'organisme communautaire d'intégrer sa clientèle dans des logements sociaux appartenant à l'OMH. En contrepartie, l'Équipe itinérance et l'organisme communautaire assument les risques liés au non paiement du loyer et assurent un suivi auprès des personnes logées dans ces appartements.

rencontraient donc Jonathan, chacun une fois par semaine. Ce suivi intensif et régulier permettait aux membres de l'Équipe de répondre rapidement aux besoins de Jonathan avant que la situation ne se détériore. Le suivi dans le milieu permet aussi d'identifier rapidement les indices de rechute (logement moins bien entretenu, objet de consommation, etc.) et d'avoir un œil averti sur le voisinage susceptible d'exercer une influence négative sur lui.

## **2. Un environnement favorable**

Le logement supervisé par l'Équipe constitue un environnement nettement plus favorable à la stabilisation de Jonathan que les autres endroits occupés précédemment. Ceux-ci (maisons de chambres, « appartements-taudis ») s'étaient avérés plus propices à la consommation de drogues puisqu'ils accueillait un nombre important de consommateurs. Le nouveau réseau fréquenté par Jonathan semble plus positif. Il y a, d'une part, sa petite amie qui ne consomme pas et qui le soutient dans son sevrage et, d'autre part, une certaine entraide entre locataires des logements supervisés. Ainsi, lorsque la situation d'un locataire se détériore, un autre peut aviser les intervenants de l'Équipe. Celle-ci a donc accès à des informations qui donnent une autre perspective à l'intervention. De plus, la proximité des services tels que le Centre local d'emploi et un centre de désintoxication pourraient, selon les membres de l'Équipe, avoir contribué aux changements positifs observés.

## **3. Le logement supervisé comme zone de tolérance**

Contrairement aux propriétaires de logements privés qui tolèrent mal les écarts de conduite et les retards dans le paiement du loyer, l'Équipe se montre plus conciliante envers ses locataires. Elle apporte le soutien nécessaire pour que le locataire se reprenne en main et de propose des ententes de paiement lorsque celui-ci a de la difficulté à boucler les fins de mois. La tolérance n'est pas infinie, mais elle permet d'éviter une expulsion précipitée qui replongerait le client dans le cercle de l'itinérance. Contrairement à certaines ressources d'hébergement, l'Équipe n'impose pas de conditions d'hébergement comme, par exemple, l'obligation d'entamer des démarches d'insertion à l'emploi ou de suivre une thérapie. Selon une intervenante de l'Équipe, pour un ancien jeune de la rue, le paiement du loyer et l'acceptation d'un suivi régulier sont des conditions suffisantes pour éviter qu'il décide de retourner dans la rue. Les intervenants vont cependant saisir au bond les ouvertures et accompagner la personne dans les démarches qu'elle désire entamer.

## **4. Être présent malgré les rechutes**

Malgré les rechutes de Jonathan et son réflexe de fuite, l'Équipe ne s'est jamais désengagée auprès de lui. L'Équipe lui lance ainsi le message que « malgré tes difficultés, nous ne te lâcherons pas ». Cette acceptation inconditionnelle de la part des intervenants semble intégrée par Jonathan. Peu importe les épreuves, Jonathan revient à son port d'attache où il trouve des intervenants en qui il a confiance et sur qui il peut compter.

## **5. Être là au bon moment dans le cheminement d'un individu**

Au-delà de toutes les considérations sur l'environnement et le type d'intervention, les intervenants de l'Équipe considèrent que Jonathan était davantage prêt à s'en sortir que par le passé. Les meilleures interventions et l'environnement le plus favorable n'auraient pu être suffisants s'il n'avait pas été rendu à cette étape dans son cheminement personnel et s'il n'avait

*pas eu la volonté de changer son mode de vie. L'Équipe préconise ainsi le respect du rythme de la personne, le succès d'une intervention reposant bien souvent sur le « timing ».*

### **Suite et conclusion**

*La suite de l'histoire de Jonathan nous fait prendre conscience que la stabilisation résidentielle et personnelle d'un individu est un processus qui peut comporter des rechutes. Le choix de Jonathan de quitter son logement pour aller vivre avec sa petite amie comportait un risque de se retrouver sans logement en cas de rupture. Telle qu'appréhendée par les intervenants, cette rupture s'est produite, mais les conséquences pour Jonathan se sont avérées moins désastreuses que prévu. En effet, il a pu accéder rapidement à un logement social conventionnel. Son accès à ce type de logement a probablement été accéléré par la collaboration existante entre l'Équipe et l'OMH. Il semble que Jonathan ait trouvé une alternative à la rue. Bien qu'il ne travaille pas et qu'il consomme encore beaucoup, le fait de demeurer dans un logement à loyer abordable pourrait constituer un premier pas vers sa réinsertion sociale.*

Comme l'avait anticipé l'Équipe, la cohabitation avec sa copine n'a pas fonctionné. Par chance, lorsque l'Équipe intègre une personne dans ses appartements supervisés, elle fait une demande à l'OMH pour une Habitation à loyer modique (HLM). Le temps d'attente pour ce type de logement est de 2 ans, mais Jonathan a réussi à en obtenir un en quelques mois. Il s'est impliqué activement dans ses démarches auprès de l'OMH afin d'accélérer le processus. La collaboration déjà établie entre l'Équipe et l'OMH dans le cadre de l'entente sur le logement supervisé, pourrait aussi avoir accéléré le processus. En effet, le fait qu'une personne comme Jonathan bénéficie déjà d'un suivi de la part d'un intervenant semble un critère important de l'OMH dans l'attribution d'un loyer.

Jonathan demeure présentement dans un HLM dans le même parc de logements sociaux que celui de son ancien logement supervisé. Il reçoit la visite des intervenants de l'Équipe à la même fréquence qu'auparavant. L'Équipe considère que ses rechutes sont moins intenses que par le passé. Il paye son loyer chaque mois, mais surtout il n'est pas retourné à la rue. Celle-ci n'est plus envisagée comme une alternative de fuite. Pour l'Équipe cela constitue un progrès exceptionnel, puisqu'auparavant il ne demeurait pas plus de deux mois au même endroit et qu'il vit maintenant dans son logement depuis plus d'un an.

## 12. Advocacy à travers le soin

### Résumé

*Ce récit relate une intervention centrée sur la défense de droit (advocacy) auprès d'une personne très vulnérable retrouvée errante, en hiver, dans les rues de la ville. On y présente l'intervention d'une infirmière de l'Équipe itinérance qui fera tout en son pouvoir pour que l'individu obtienne les soins appropriés à sa condition. Elle s'opposera, notamment, à la décision de l'hôpital de donner congé à l'homme et de le placer dans un refuge pour y poursuivre sa convalescence. Le fait que cet individu ne possède pas d'identité ajoute un défi à l'infirmière de l'Équipe itinérance. Les gestionnaires du centre hospitalier sont peu réceptifs à l'idée de prolonger le séjour d'un patient qui ne possède pas de cartes d'assurance-maladie et dont on ignore la nationalité. S'en suit une course contre la montre pour réussir à trouver l'identité de l'homme. L'infirmière fera pour cela appel à la collaboration du milieu policier. Pendant ce temps, les pressions du milieu hospitalier pour que ce patient obtienne son congé s'intensifient. Et si cet homme n'était pas vraiment itinérant?*

### Une suite d'événements menant à l'intervention de l'Équipe itinérance

*Le fait que cette personne se soit retrouvée entre les mains de l'Équipe itinérance pourrait être qualifié d'heureux hasard. En effet, cela semble intimement lié à une série d'événements qui nous est racontée par une infirmière de l'Équipe itinérance directement impliquée.*

Je reçois un appel de la responsable d'une équipe spécialisée pour intervenir auprès de personnes en situation de crises psychosociales. Celle-ci me raconte avoir reçu l'appel d'une travailleuse sociale en milieu hospitalier qui désirait obtenir de l'aide au sujet d'un patient itinérant. Constatant que la demande de la travailleuse sociale pouvait être mieux traitée par l'Équipe itinérance, le responsable de l'organisme nous avait contactés. Je décide alors de téléphoner à la travailleuse sociale de l'hôpital pour prendre davantage d'informations sur la situation problématique. J'apprends ainsi qu'une personne itinérante a été conduite à l'hôpital à cause d'engelures importantes aux orteils. Le personnel traitant n'a eu d'autres choix que de les lui amputer. Cet individu ne possède pas de carte d'assurance-maladie. Il est par ailleurs impossible de l'identifier puisqu'il n'a pas de cartes d'identité en sa possession. De plus, son discours délirant et incohérent rendent impossibles toutes tentatives d'identification. La travailleuse sociale m'explique que la direction exerce de la pression sur elle pour qu'elle libère le lit le plus rapidement possible. La solution envisagée par la direction est de transférer le patient dans un refuge pour personnes itinérantes. La travailleuse sociale s'oppose à cette décision et c'est pourquoi elle a demandé de l'aide.

### Une solution inusitée pour retracer l'identité de l'individu : une collaboration avec le milieu policier

*Retracer l'identité d'un individu qui ne possède pas de cartes d'identité et dont le discours est incohérent comporte des difficultés importantes. Se référant à une expérience antérieure qui s'est avérée concluante, l'infirmière de l'Équipe itinérance fait appel au service d'un policier pour prendre les empreintes digitales de l'individu. Cela permettra d'effectuer des recherches dans les bases de données des divers corps policiers au Canada, aux États-Unis et à travers le monde. La*

*bonne collaboration des policiers, notamment par leur rapidité à répondre à la demande de l'infirmière a été particulièrement précieuse dans ce travail de recherche d'identité.*

La situation exposée par la travailleuse sociale me rappelle que j'avais moi-même vécu une problématique similaire, alors que nous avons eu à intervenir auprès d'un individu qui n'avait pas de papiers d'identité. Avec la collaboration d'un policier, il nous avait été possible de retracer son identité avec ses empreintes digitales puisqu'il avait un casier judiciaire. Je propose donc à la travailleuse sociale de me rendre à l'hôpital avec mon contact policier pour prendre les empreintes digitales du patient amputé.

Nous nous sommes rendus, le policier et moi, à l'hôpital pour rencontrer l'homme en question. Nous avons été rapidement en mesure de créer un lien de confiance avec lui. Il se montre très coopératif et accepte que nous l'aidions à retrouver son identité. Il autorise par écrit le policier à prendre ses empreintes digitales. Le soir même, des policiers se déplacent à l'hôpital avec le matériel nécessaire pour ce faire. Cette rapidité d'intervention des policiers m'a impressionnée et constitue selon moi un très bel exemple de collaboration intersectorielle.

Le lendemain, les policiers envoient les empreintes au niveau fédéral pour vérifier si l'individu en question a un dossier criminel permettant de l'identifier. Celui-ci n'avait pas de dossier criminel au Canada. Les policiers acheminent alors les empreintes de l'homme au FBI aux États-Unis et à Interpol sur le plan international. Son accent nous laisse croire qu'il pourrait peut-être venir d'Europe.

### **Devant le fait accompli : minimiser les impacts négatifs**

*Peu désireux d'attendre plus longtemps que l'on retrouve l'identité du patient, les gestionnaires du centre hospitalier décident de le transférer prochainement dans un refuge pour personnes itinérantes. Devant le fait accompli et dans l'impossibilité de renverser la décision des gestionnaires, l'infirmière décide de contacter un responsable du refuge afin de trouver une solution qui minimiserait les impacts négatifs sur la santé de cet individu. Il faut comprendre que les personnes admises dans un refuge ne peuvent y demeurer pendant le jour. Devant la particularité de la situation de cette personne, le responsable du refuge consent à la garder pendant le jour en l'intégrant au programme de transition même si elle n'est pas admissible. Cet accommodement lui permettrait de bénéficier d'un semblant de convalescence.*

Pendant ce temps, la direction d'hôpital intensifie la pression sur la travailleuse sociale pour qu'elle trouve une solution à ce casse-tête. La direction considérait qu'étant donné la condition médicale et psychiatrique du patient, celui-ci devait recevoir son congé. Selon la direction, il était maintenu à l'hôpital pour une raison sociale, ce qui ne peut être toléré longtemps dans le cadre de la gestion des lits. Vu l'absence de nouvelles au sujet de la recherche d'identité, la direction décide que le patient devra quitter l'hôpital pour être placé dans un refuge. Je me voyais mis devant le fait accompli et je considérais que cette décision n'avait aucun sens. Je me voyais allant au refuge à chaque jour pour changer les pansements du convalescent. Je m'inquiétais aussi du fait que les personnes hébergées doivent quitter le refuge pendant la journée. Qu'allait faire cet homme durant le jour avec ses moignons et ses béquilles à errer dans la ville? Je décide de téléphoner au responsable de l'intervention au refuge pour lui faire part de mon inquiétude. Ce responsable se montre très accommodant et accepte que l'individu soit admis dans le programme de transition, bien qu'il ne rencontre pas le principal critère d'admissibilité, qui consiste à être

dans un processus de réinsertion sociale. Cette admission dans le programme de transition lui permettra donc de demeurer à l'intérieur du refuge en journée et de bénéficier de trois repas par jour. Cela serait une forme de convalescence dans un refuge. Bien que ce scénario soit un peu plus enviable, je continuais à douter de la pertinence de le transférer dans un refuge.

### **L'apport des connaissances médicales pour la défense du droit aux soins**

*La présence d'une intervenante issue du milieu médical comme l'infirmière de l'Équipe itinérance devient un atout lorsque qu'il est temps de défendre le droit d'un patient face au système hospitalier. Les connaissances de l'infirmière en matière de santé lui ont permis de devenir une interlocutrice crédible du personnel du centre hospitalier. L'infirmière apprend que le patient a contracté une bactérie à l'hôpital à cause de ses plaies. Elle fait donc valoir auprès du personnel hospitalier le non-sens d'intégrer ce patient dans un refuge où le risque de contagion s'avère très élevé. Devant le bien-fondé de cette mise en garde, la direction de l'hôpital décide de prolonger l'hospitalisation de l'homme. Elle espère, cependant, que la démarche de recherche d'identité aboutisse rapidement.*

Pendant ce temps, j'apprends que l'individu est SARM positif. Il s'agit d'une bactérie résistante qui se contracte à l'hôpital lorsqu'on a des plaies. Le patient était maintenant en isolement à l'hôpital; il fallait mettre un masque pour le voir. Je me dis qu'il était inconcevable de transférer cet individu au refuge où il serait sans doute en contact avec plusieurs personnes ayant un système immunitaire faible. D'une part, l'individu risquerait de contaminer ces personnes et, d'autre part, il risquerait de contracter d'autres infections dans ce milieu propice aux contagions. L'hôpital a donc reculé sur l'obligation de congé, mais elle a maintenu la pression pour que le dossier de recherche d'identité progresse rapidement.

### **Un dénouement heureux**

*Les policiers reçoivent un appel du FBI les informant que l'individu recherché s'appelle John et a une adresse permanente aux États-Unis. Il n'est donc pas un itinérant chronique. Atteint d'un trouble de santé mentale, il serait parti sur le pouce et se serait retrouvé dans notre ville. Le service d'immigration prit le relais pour aller chercher John à l'hôpital et le rapatrier dans son pays.*

### **Réflexion finale par l'infirmière de l'Équipe itinérance**

Selon moi, la réussite de cette intervention est avant tout un travail d'équipe. Pensons à la bonne collaboration des policiers et l'intervention de la travailleuse sociale de l'hôpital afin d'éviter le départ précipité de John, malgré l'avis contraire de ses supérieurs. Cette vigilance de la travailleuse sociale nous a permis comme Équipe d'éviter d'être confrontée plus tard à cette situation complexe dans la rue. Nous avons devant nous une personne vulnérable qui n'était pas en mesure de se protéger elle-même. L'Équipe fait beaucoup de défense de droit. Dans les cas trop complexes, plusieurs intervenants ont tendance à croire qu'il n'y a rien à faire. La particularité de l'Équipe itinérance est de ne pas abandonner devant les situations apparemment sans issue. L'idée des empreintes digitales était peut-être audacieuse, mais elle nous a permis de dénouer l'impasse. La situation de John a sans doute coûté très cher au centre hospitalier, mais la défense de ses droits a probablement évité diverses complications médicales et psychosociales.



### **13. Affirmer sa place comme Équipe : promouvoir une vision et un mode d'intervention**

#### **Résumé**

*L'effet structurant d'une organisation transmet aux équipes qui la composent un cadre au sein duquel réaliser leurs interventions. Ce récit de pratique présente les efforts d'une Équipe pour se mesurer à l'océan que représentent les nouvelles structures titanesques des CSSS. Ce récit aborde à la fois des éléments historiques, contextuels et relationnels. Il présente également des actions accomplies par l'Équipe en vue d'objectifs ciblés. Le lecteur sera à même de constater la diversité des mesures, leur originalité et la capacité d'adaptation qu'elles présentent en vue de la transformation, un moyen à la fois, de la culture organisationnelle en ce qui a trait à son rapport aux personnes itinérantes.*

#### **S'attaquer aux préjugés : un travail quotidien**

*Cette section du récit aborde le travail constant que requiert le fait de composer avec des valeurs, tant institutionnelles qu'individuelles, qui ne favorise pas l'accès aux services pour les personnes en situation d'itinérance présentant des caractéristiques dites « dérangeantes », par exemple, leur odeur, leurs modes relationnels ou leur manque d'assiduité au suivi. En somme, les échanges entre les membres de l'Équipe et leurs collègues témoignent d'un malaise important de ces derniers à travailler avec la clientèle en situation d'itinérance. Cette section aborde également la question des contacts entre les personnes itinérantes et le CSSS. Il sera possible de constater que l'amélioration et l'augmentation des échanges permettent le développement d'une perception plus positive des personnes marginales de la part des intervenants de l'institution, et vice-versa.*

Le malaise engendré par le fait d'œuvrer avec les personnes en situation d'itinérance peut se traduire par un refus d'assumer une responsabilité professionnelle auprès de celles-ci. Parfois, ce malaise prend la forme d'une impression qu'il ne faut pas se donner de souci pour une personne qui n'en vaut pas la peine. Cette perception est le reflet d'un sentiment d'impuissance quant à la possibilité réelle de pouvoir venir en aide à cette population. Cela peut se traduire par une certaine déresponsabilisation des autres intervenants vis-à-vis cette dernière, ainsi que par le fait de se décharger de cette responsabilité sur les acteurs du milieu communautaire. À cet égard, il n'est pas inhabituel que nous devions sensibiliser nos collègues aux limites, en terme de capacité, des organismes communautaires et au caractère irréaliste de leurs attentes compte tenu des moyens dont disposent ces organismes. Nous devons défaire l'impression qui semble se dégager de l'organisation selon laquelle les organismes communautaires sont là pour répondre à leurs besoins, ce qui ouvre la voie à une pratique qui peut prendre la forme d'un certain « dumping » vers le communautaire. Un tel recadrage est fréquent et il est le fruit d'une bonne connaissance des services et d'une étroite collaboration que nous avons établie avec le communautaire. En guise d'illustration de cela : il n'est pas rare d'être confronté à des collègues qui refusent de réaliser certaines tâches comme, par exemple, celle d'assister une personne itinérante à remplir un formulaire pour la prise de la photo de la carte d'assurance de maladie. Plusieurs éléments expliquent ce refus : des peurs, l'hygiène défaillante des personnes, l'attitude des personnes en situation d'itinérance, etc.

Nous tentons de partager notre savoir-faire et notre savoir-être afin d'améliorer les habiletés des intervenants à composer avec les populations dites marginales. Conjointement, on a remarqué que la création de liens avec les personnes itinérantes permet de prévenir des situations d'agressivité. On a constaté que celles-ci se montrent alors moins agressives dans les rapports qu'elles entretiennent avec le CLSC. Les usagers sont moins méfiants, le CLSC est démystifié. En fait, et contrairement à une époque antérieure, les usagers sont davantage des utilisateurs des services du CLSC. Auparavant, et malgré une présence rarissime des personnes en situation d'itinérance au sein de l'institution, les contacts étaient souvent empreints de méfiance mutuelle.

### **L'accès aux services : une question d'échanges entre eux et nous**

*L'exemple suivant illustre les revendications de l'Équipe en vue d'améliorer l'accès à des services spécifiques pour la clientèle vulnérable qui ne répond pas aux critères d'admissibilité. La multiplication des services nuit en effet à leur accès, compte tenu du fait que la clientèle ce arrive difficilement à passer à travers les mailles du filet. S'ajoute à cela, les différentes étapes à franchir avant d'avoir accès concrètement à de l'aide : évaluation, diagnostic, constance accrue au plan du suivi, etc.*

Nous faisons de « l'advocacy » afin d'assurer à cette clientèle l'accès aux services. Malheureusement, malgré les efforts, plus souvent qu'autrement certains services, tel que le soutien à domicile, ne sont offerts qu'à la suite d'une hospitalisation survenant après l'aggravation de l'état de la personne. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir de téléphone est un problème important pour ces populations vulnérables et il n'est pas rare que nous servions d'intermédiaires. En somme, l'obligation pour la personne cliente de s'insérer dans une catégorie de clientèle donnée rend parfois difficile l'accès aux services. Parfois, on a l'impression qu'aux yeux de l'institution nous devons aider et orienter des personnes qui tombent entre deux ou trois classifications : santé mentale / toxicomanie / personnes âgées. Nos échanges avec les responsables des différents secteurs créent chez nous une profonde incompréhension en lien avec les difficultés relatives à l'accès aux services. Les critères de sélection doivent être assouplis afin de faciliter cet accès. Nous intervenons auprès des différentes directions des secteurs et soumettons nos demandes au C.A. Grâce à nos démarches nous nous faisons connaître au sein même des différents secteurs d'activités, et cela facilite les échanges par la suite. La nécessité d'être connu, voire reconnu au sein même de notre organisation est un enjeu non négligeable qui facilite la collaboration ultérieure.

Par ailleurs, nous avons parfois le sentiment d'être marginalisés par rapport aux autres équipes, étant donné que notre champ d'action est vaste et que la reconnaissance à l'intérieur de notre organisme exige un travail constant. La circulation de l'information n'est pas toujours facile. Nous devons parfois composer avec des demandes qui ne correspondent pas à notre mandat : la référence est effectuée en tenant compte seulement du statut de la personne. Le cas d'une femme en situation d'itinérance en état de crise à l'urgence en est un bon exemple. Cette femme a été renvoyée à l'Équipe, le personnel de l'urgence alléguant qu'il ne savait pas quoi faire avec elle. De telles situations nous permettent de formuler des revendications visant l'ajout de services et la présentation à nos collaborateurs d'un portrait plus réaliste des limites de nos capacités. Il est, en effet, important de délimiter nos responsabilités auprès des nos collègues, sinon les attentes multiples et souvent irréalistes envers nous pourraient compromettre notre capacité d'assumer notre mandat. Ce travail de sensibilisation cherche à transformer la vision qu'entretiennent nos collègues de cette clientèle et à les rendre plus aptes à composer avec les personnes vulnérables.

Parfois, des prises de contact avec du personnel hospitalier contribuent à améliorer la collaboration, ce qui permet aux « personnes référentes » futures d'avoir une perception plus réaliste de notre capacité d'action.

## **Différences de valeurs**

*Les actions menées auprès des personnes itinérantes sont le reflet de valeurs. L'Équipe démontre une volonté affirmée d'offrir un service d'accompagnement souple. Ainsi, les interventions réalisées auprès des personnes vulnérables illustrent avec éloquence ces différences au plan des valeurs. La situation servant d'illustration montre que les différences de valeurs qui guident les pratiques créent des tensions entre les pratiques courantes et celles réalisées par l'Équipe.*

Comme Équipe, nous acceptons d'intervenir à la suite de demandes qui proviennent d'intermédiaires entre nous et la personne en difficulté. Par exemple, un propriétaire d'une maison de chambres menace de mettre une personne dehors. Le locataire, en état de détresse, n'arrive pas à demander ses papiers afin d'être admissible à un régime de rente ce qui le conduit à ne plus être en mesure de payer son loyer. Lorsque la demande ne provient pas de la personne directement concernée, les intervenants du CLSC ne vont pas intervenir, alors que nous sommes prêts à gérer le risque d'intervenir dans le cadre de notre mandat. Les intervenantes de l'accueil psychosocial considèrent qu'une intervention auprès d'une personne, lorsque celle-ci n'est pas à l'origine du premier contact serait une sorte d'intrusion, donc elles refusent d'intervenir de façon à prévenir l'éviction. Cela a souvent comme conséquence que nous devons intervenir ultérieurement, à la suite de l'aggravation de la situation C'est là une différence de culture qui nous mène à explorer, avec nos collègues des différentes équipes, les meilleures façons de répondre à ces demandes. D'un point de vue philosophique, c'est une différence fondamentale entre nous et les autres intervenants provenant du secteur psychosocial. À cet égard, notre intervention dans de telles situations est perçue comme dérangeante et on considère que l'Équipe est trop proactive.

*Cette sous-section aura été une occasion d'explorer la forme, en ce qui a trait aux pratiques que prennent les différences de valeurs entre l'Équipe et les autres intervenants œuvrant au sein même du CSSS. Ces différences ne sont pas à l'abri de tensions qui servent à définir, voire à redéfinir les pratiques, tant à l'intérieur de l'Équipe qu'auprès des collègues concernés par ces échanges. En terminant, il aura été possible de constater que l'Équipe adhère à des principes d'intervention qui l'amène à agir de façon proactive en amont d'une situation qui risque fortement de conduire à une demande de service. Il y a là un contraste avec leurs collègues en ce qui concerne la vision du volontariat et de l'origine de la demande.*

## **Développer le savoir-faire, une question de transmission d'informations**

*Afin de mieux composer avec les personnes vulnérables, itinérantes ou nouvellement arrivées, des efforts sont déployés en vue de la sensibilisation et de la formation. Il est possible d'apprécier divers moyens mis en œuvre, afin d'aborder les différents types de problèmes liés à l'intervention auprès des personnes itinérantes.*

Au sein de l'organisation, nous avons organisé des sessions d'information et produit un questionnaire, deux initiatives conçues pour sensibiliser nos collègues, au sujet de la problématique de l'itinérance. Ces moyens ont été mis en œuvre dès les premières années de la

constitution de l'Équipe. Actuellement, la forme la plus courante que prend le travail à l'interne afin de modifier la culture organisationnelle passe par la formulation de revendications à l'interne. Par ailleurs, compte tenu du roulement de personnel, nous croyons qu'il serait fort pertinent d'envisager d'autres séances de sensibilisation. Nous participons, à l'occasion, à des rencontres d'équipe pour discuter de la problématique de l'itinérance et de nos services. L'autre forme que prend la sensibilisation est celle de rencontres individuelles qui sont l'occasion de questionnements ouverts au sujet des difficultés associées à l'intervention directe auprès des personnes itinérantes. À cet égard, historiquement, beaucoup de temps a été consacré aux réceptionnistes et aux secrétaires, étant donné qu'elles sont fréquemment en contact avec ces personnes. Ces échanges se font le plus souvent de façon informelle.

## **Le registre**

*Le registre peut être défini comme un bilan écrit, faisant état de situations problématiques, notamment en lien avec les difficultés relatives à l'accès aux services pour les populations vulnérables. Plus spécifiquement, cette compilation d'informations devient ultimement un outil pouvant servir au moment d'échanges avec les instances décisionnelles. Il fait état de situations parfois regrettables résultant des difficultés rencontrées par les personnes très vulnérables d'avoir accès aux services.*

Nous inscrivons dans ce registre les dates où nous avons contacté un secteur donné, la nature de notre demande, les suites données et les constats en lien avec le fait de ne pas avoir reçu les services requis. La documentation des cas problèmes et/ou des blocages administratifs sera utilisée afin d'appuyer les revendications et, ultérieurement, pour présenter de façon plus formelle les coûts humains associés aux difficultés d'arrimage entre les besoins et l'offre et/ou à l'accès aux services. Ce n'est pas seulement le fruit de notre imagination : il y a des pertes de vie imputables à la qualité et à l'accessibilité des services offerts aux populations vulnérables, tout particulièrement aux personnes en situation d'itinérance. Pour illustrer cela : nous voulions un lit de répit pour un homme âgé, le secteur du soutien à domicile n'a pas accepté de répondre à la demande et cet homme est décédé dans un autobus. Le secteur en question soupçonnait, à tort, que la consommation d'alcool par cet individu poserait un problème, vu qu'il avait déjà séjourné dans un centre d'hébergement.

## **Se définir... entre l'arbre et l'écorce**

*Voyons maintenant les efforts déployés afin d'éviter d'être intégré à un département qui ne correspond pas aux actions et à la philosophie d'intervention préconisées par l'Équipe.*

L'enjeu était important. Le secteur d'activités auquel les décideurs souhaitaient nous intégrer aurait pu influencer la façon dont nous abordons la problématique de l'itinérance. De fait, l'organisation souhaitait que nous fassions partie de l'équipe santé mentale. Une mobilisation s'est organisée auprès des instances afin de maintenir l'Équipe dans les services psychosociaux généraux. Le motif de l'inquiétude était que le modèle d'intervention privilégié aurait pu être marginalisé au profit d'une psychologisation du phénomène de l'itinérance en l'intégrant dans la masse des services traitant les problèmes de santé mentale et de dépendance. Quelques stratégies d'alliance avec des collègues ont été développées. Par ailleurs, à chacune des étapes de réalisation du plan de l'organisation, nous nous sommes présentés pour exposer notre argumentaire et notre

philosophie d'intervention afin de revendiquer le maintien de notre place particulière comme Équipe au sein de l'organisation.

Notre mandat est de rendre accessibles aux populations vulnérables tous les services du CSSS dans un effort de décroiser les secteurs. L'intégration de l'Équipe aux services de santé mentale aurait pu avoir comme conséquence d'orienter l'offre de services et de réduire la problématique de l'itinérance à un problème de santé mentale. Aux services généraux, il nous est toujours possible de maintenir des pratiques qui respectent notre philosophie d'intervention. Concrètement, nous aurions pu nous retrouver dans l'obligation d'intégrer des pratiques de type suivi plus clinique, alors que l'orientation privilégiée est de type communautaire.

En relation avec les autres secteurs, nous cherchons à préserver une autonomie de fonctionnement. Les bénéficiaires des services de l'Équipe peuvent ainsi avoir accès plus aisément aux autres services; la référence à d'autres professionnels au sein du CSSS se fait plus rapidement et, compte tenu des besoins spécifiques de la clientèle, la référence se réalise à travers des démarches d'accompagnement plus personnalisées.

*L'Équipe se présente comme chevauchant deux secteurs d'interventions, offrant à la clientèle des services d'accueil et de suivi en plus de veiller à la liaison entre différents services dans le cadre d'interventions directes au sein des organismes. Cette liberté au plan de la pratique permet de rendre des services, avec la souplesse nécessaire, pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes itinérantes. L'extrait suivant met en évidence les principes spécifiques de son cadre d'intervention. Des efforts ont dû être déployés pour maintenir cette singularité. Les propos suivants montrent qu'à travers ses revendications, l'Équipe travaille à assurer le respect et le maintien de sa façon de procéder auprès d'une clientèle qui formule ses demandes selon un processus différent de la population dite conventionnelle.*

L'accès aux services pour des personnes en situation d'exclusion dépend d'un travail en amont qui vise à créer un lien de confiance avec nous, afin qu'elles acceptent de collaborer ultérieurement dans une démarche de référence. Nous voulions minimiser le risque d'adopter le modèle de "caseload". Nous nous définissons comme un service "d'accueil adapté". L'Équipe a dû s'imposer auprès de l'institution pour conserver cette spécificité. Nous revendiquons aussi notre responsabilité de favoriser le développement social. La mobilisation de collaborateurs, de collègues et de certains cadres a été nécessaire afin d'informer l'organisation que l'Équipe assumait ce mandat. En apparence, l'organisation semblait vouloir mettre de l'avant le volet psychosocial de l'Équipe. Il a été nécessaire de souligner notre apport en regard du développement social, apport qui se traduit par un travail sur le terrain. On cherchait à nous insérer dans une case. Cette tendance s'est accentuée à la suite de la fusion des services dans le CSSS. Parallèlement, nous devons résister à la tendance lourde de limiter l'appréciation du travail réalisé auprès de la clientèle à des données probantes basées sur des statistiques. L'effort vise à mettre de l'avant la singularité de nos modes d'intervention et à affirmer notre association à une approche créative. Ces résistances à l'organisation nous permettent de solidifier nos points d'ancrage concernant notre rapport à l'institution. Par ailleurs, à travers nos revendications, nous bénéficions de plus en plus de reconnaissance de sa part.

## **Évolution au sein même de l'organisme : des enjeux bureaucratiques et des pratiques**

*Au cours des années, les intervenants ont remarqué un certain nombre de changements au plan des pratiques mises en œuvre par leurs collègues auprès des personnes itinérantes. De façon générale, ils observent que la collaboration est plus efficace et que les communications sont plus régulières. Ces changements liés au fonctionnement de l'organisation sont des témoignages permettant de servir d'appui à la poursuite d'efforts qui ne sont pas déployés en vain.*

Nous sentons que certains intervenants font plus d'efforts. Pour illustrer cela, au lieu de référer la personne en situation d'itinérance directement à l'Équipe sans explorer leur propre contribution, ces intervenants s'informent davantage auprès de nous afin d'être mieux outillés pour répondre aux besoins de la personne. Parfois, nous sentons que l'offre de services à cette clientèle est bonifiée. Nous sentons moins de résistance de la part des autres services à son égard. Les équipes auxquelles nous la référons sont moins sur la défensive lors d'une référence, en vue d'un transfert ou d'une prise en charge partagée. Cela nous permet d'être plus transparents et de moins craindre que les informations soient interprétées pour limiter, voire interrompre le transfert.

À long terme, nous aspirons à bonifier davantage la collaboration entre les équipes et à améliorer l'accueil des personnes marginales "dans n'importe quelle condition". Actuellement, la norme est que dès qu'un client provient du centre d'hébergement local, l'Équipe soit sollicitée. Nous déplorons qu'une telle référence soit un quasi-automatisme. Nous résistons à une telle présomption, afin d'éviter une ghettoïsation des services. Une des finalités de l'Équipe est de développer le pouvoir d'agir des personnes itinérantes (l'empowerment). Elle travaille à défaire la dépendance de type institutionnel que les populations vulnérables peuvent avoir à notre égard. Notre objectif premier est d'arriver à ce que les gens en situation d'itinérance puissent avoir la liberté de demander des services comme tout le monde. L'accueil des autres intervenants devrait être cohérent avec notre objectif : que ces gens deviennent des citoyens à part entière. Concrètement, nous espérons apporter notre contribution à l'organisation en multipliant les rencontres avec les services du CSSS : l'hôpital, soutien à domicile, santé mentale, etc. Nous espérons aussi nous faire mieux connaître grâce à des mesures de sensibilisation et d'éducation auprès des différents secteurs. Par ailleurs, nous voulons encourager l'utilisation des services communs par les personnes itinérantes. Concrètement, cela peut se traduire par des transferts personnalisés afin de diminuer les inquiétudes des personnes vulnérables à l'idée de « recommencer » avec une nouvelle personne. Nous tentons de « faire le pont » entre nous et le service qui poursuivra l'intervention à l'occasion de quelques rencontres.

*Le travail d'une petite Équipe spécifique dans une vaste structure est un travail sans relâche. Les actions accomplies semblent être le fruit d'une philosophie d'intervention qui pourrait prendre ses racines dans des contacts étroits entre l'Équipe et les organismes communautaires. Il est possible de déceler à travers le récit un idéal, sur le plan des interactions entre personnes itinérantes et organisation, jumelé à la conviction profonde que tant les personnes vulnérables que la culture organisationnelle (reflet d'actions professionnelles, de normes, de valeurs et de règles) ont la capacité de changer.*

## **14. Soigner et protéger : dilemme entre responsabilité professionnelle et volonté individuelle**

### **Résumé**

*Ce récit fait ressortir le dilemme auquel a fait face une infirmière de l'Équipe itinérance entre le respect de la volonté individuelle (dimension éthique) et la nécessité de protéger et d'apporter les soins nécessaires à une personne itinérante gravement malade (dimension professionnelle). Il met en scène Germain, un itinérant souffrant d'un syndrome de Korsakoff, conséquence de plusieurs années de consommation abusive d'alcool. Malgré que sa condition médicale soit alarmante, Germain ne désire pas changer son mode de vie et refuse de recevoir des soins médicaux. Ne pouvant hospitaliser Germain contre son gré, l'infirmière a dû faire preuve de patience et de persuasion pour amener son client à recevoir les soins nécessaires. Elle a par ailleurs beaucoup travaillé pour qu'il puisse bénéficier de conditions favorables à sa sortie de la rue (revenu de subsistance et hébergement avec encadrement). Selon cette infirmière, Germain devait impérativement sortir de la rue, compte tenu de son état. Dans ces circonstances, la nécessité de protéger doit primer sur le respect de la volonté individuelle. Néanmoins, les options d'hébergement et de soutien se font rares et comportent certains inconvénients.*

### **Mes premiers contacts avec Germain : un constat de vulnérabilité**

*Les premières rencontres avec Germain permettent rapidement à l'infirmière de faire part de certaines préoccupations quant à l'état cognitif de son client. Cette vulnérabilité amène l'infirmière à se consacrer de façon intensive à son client. Une prise en charge semble être une nécessité. La possibilité de mobiliser le médecin de l'Équipe dans le milieu de vie de Germain est un atout considérable pour l'évaluer rapidement et lui prescrire les traitements adéquats, car l'infirmière se bute aux refus de Germain de se présenter au CLSC malgré des besoins médicaux importants.*

J'ai rencontré Germain pour la première fois dans un parc lors de ma tournée d'*outreach*. J'étais à la recherche d'une autre personne avant de m'adresser par hasard à Germain. Comme j'ai l'habitude de le faire lorsque je rencontre de nouvelles personnes dans les lieux où j'interviens, je me présente à titre d'infirmière de l'Équipe itinérance dans le CLSC du quartier et je fais part des services que nous offrons en cas de besoin. Germain me mentionne qu'il n'a pas besoin de service, puisqu'il est en attente d'une indemnisation de la part de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). Il ajoute qu'il a un rendez-vous mardi à 14h avec un intervenant du CLSC pour recevoir son chèque. J'ai douté de la véracité de ces propos puisque le CLSC ne distribue pas les chèques de la SAAQ. Germain me paraît pourtant convaincu de recevoir ce chèque prochainement. Une semaine plus tard, je rencontre à nouveau Germain dans le même parc. Ce dernier me raconte la même histoire que la semaine précédente au sujet de l'indemnisation de la SAAQ, comme si c'était la première fois.

Le discours confus de Germain m'amène à me questionner sur son état cognitif. Par ailleurs, j'apprends que Germain boit de l'alcool quotidiennement, et ce, depuis plusieurs années. Je commence donc à soupçonner un syndrome de Korsakoff, une démence qui résulte d'une consommation abusive d'alcool sur une longue période. J'ai décidé à ce moment de l'inclure officiellement sur ma liste d'*outreach* et de le rencontrer de façon régulière. Le médecin de

L'Équipe m'accompagne à quelques reprises lorsque que je vais rencontrer Germain. Puisque ce dernier ne veut pas se rendre au CLSC, la présence du médecin sur le terrain s'avère très utile pour dénouer l'impasse et soigner efficacement. Par exemple, Germain a eu une infection au bout des doigts qui faisait en sorte qu'il perdait ses ongles. Comme Germain ne voulait pas m'accompagner au CLSC, j'ai demandé à mon collègue médecin de venir le rencontrer. Il lui a alors prescrit des antibiotiques. Au fil des rencontres ponctuelles, le médecin a été en mesure de créer une relation de confiance avec Germain qui l'a, par la suite, considéré comme son médecin.

### **Les démarches à l'aide sociale : saisir les moments propices à la mise en action**

*Un préalable à la sortie de rue de Germain consiste à lui assurer un revenu de subsistance. L'infirmière prend l'initiative d'accompagner Germain à l'aide sociale afin qu'il obtienne un chèque mensuel de sécurité du revenu. L'extrait qui suit illustre la nécessité de s'adapter à la routine de vie de la personne itinérante pour faciliter sa mise en action. Dans ce cas-ci, l'infirmière de l'Équipe prend rendez-vous avec l'aide sociale en matinée, lorsque Germain est plus sobre. Le travail effectué par l'infirmière démontre aussi l'importance de ne pas abandonner au premier refus et de persévérer dans la mise en place de stratégies suscitant la mobilisation du client.*

J'ai dû travailler pour que Germain obtienne son chèque de sécurité du revenu. Cette démarche a été particulièrement difficile puisque lui-même a refusé à plusieurs reprises de m'accompagner à son rendez-vous à l'aide sociale. Je crois que sa routine de consommation d'alcool était en cause dans son refus systématique de se présenter à ses rendez-vous. En effet, Germain commençait à boire de la bière très tôt le matin. Par conséquent, il n'était pas vraiment en état de se présenter à un rendez-vous en après-midi. Pourtant, il me confiait vouloir sortir de l'itinérance et que son état de santé ne lui permettait plus de vivre dans la rue. Afin d'augmenter mes chances que Germain m'accompagne à l'aide sociale, j'obtins un rendez-vous en matinée. Après plusieurs tentatives vaines, je réussis enfin à accompagner Germain à l'aide sociale.

### **La lourdeur bureaucratique à l'aide sociale et la faible mobilisation de Germain : un double défi d'intervention**

*Au défi de mobiliser Germain dans les démarches visant l'obtention d'un chèque d'aide sociale, s'ajoute celui de devoir s'adapter aux procédures standardisées et bureaucratiques de l'aide sociale. L'infirmière de l'Équipe apprend à ses dépens que l'établissement ne tolère pas des absences répétées à des rendez-vous. Les agents décident d'annuler les démarches entamées après deux rendez-vous manqués. Par ailleurs, l'octroi de l'aide est conditionnel à ce que l'Équipe itinérance fasse la preuve que Germain ne reçoit pas d'indemnisation de la SAAQ. Cela nécessite beaucoup de temps et d'énergie. L'infirmière est donc confrontée à un individu qui adhère aux démarches sans grande conviction et un service public dont les règles immuables font obstacle à l'obtention d'un revenu de subsistance pour son client.*

La procédure pour bénéficier de la sécurité du revenu s'avère très lourde. Il faut remplir un long formulaire en répondant à diverses questions sur le passé de Germain (emplois occupés, enfants à charge, etc.). Cette étape a été particulièrement difficile puisque Germain peine à se rappeler des informations requises à cause de ses pertes de mémoire engendrées par le syndrome de Korsakoff. Une fois le formulaire rempli, il faut prendre un autre rendez-vous afin de rencontrer un agent. Je devais tenter à nouveau de convaincre Germain de se présenter à son rendez-vous,

ce qui était loin d'être une tâche facile. Germain ne s'est pas présenté à deux rendez-vous. Compte tenu de ces rendez-vous manqués, une agente m'apprend que la demande sera annulée et que nous devons recommencer le processus. Nous retournons à l'aide sociale pour remplir un nouveau formulaire. Comme Germain a des troubles de mémoire, je suis préoccupée que les informations livrées ne soient en contradiction avec celles du formulaire précédent. Nous obtenons un rendez-vous dix jours plus tard avec une agente. Encore une fois, je dois trouver le moment propice pour que Germain soit disposé à m'accompagner.

Nous rencontrons enfin une agente. Cette dernière demande à Germain pourquoi il n'a pas reçu de chèque de la sécurité du revenu pendant plusieurs mois. Germain explique alors qu'il est en attente d'une indemnisation de la SAAQ. Considérant cette information valide, l'agente ne voulait plus octroyer de sécurité du revenu à Germain. J'ai tenté de faire comprendre à l'agente que nous avons vérifié auprès de la SAAQ et que Germain n'y avait pas de dossier. Malgré ces explications, l'agente m'indique que nous devons fournir les documents de la SAAQ attestant que Germain n'y a pas de dossier. Pour des raisons de confidentialité, il n'est pas possible d'obtenir de l'information auprès de la SAAQ sans le consentement de Germain. J'ai envisagé de le faire au CLSC pour qu'il téléphone à la SAAQ et qu'il donne son consentement à la divulgation d'informations. J'ai, par ailleurs, demandé l'aide de ma collègue travailleuse sociale pour qu'elle obtienne une lettre de la SAAQ attestant que Germain n'a pas reçu d'indemnités de cet organisme public. Elle a été en mesure de prouver à l'agente qu'aucun dossier à la SAAQ n'avait été ouvert. Ainsi, je n'ai pas eu besoin de faire venir Germain au CLSC. Après cela, celui-ci a finalement reçu son premier chèque de sécurité du revenu. Le médecin de l'Équipe a déclaré Germain inapte au travail, ce qui lui a permis d'obtenir un montant plus substantiel.

### **Pendant ce temps, l'urgence d'agir sur le plan médical : plusieurs tentatives pour réussir à hospitaliser Germain**

*Dans un contexte d'urgence quant à l'état de santé précaire de son client, l'infirmière vérifie la possibilité d'obliger légalement Germain à se faire soigner. Malgré la gravité de son état de santé (taux d'hémoglobine à 52 g/L), Germain semble ne pas saisir l'importance de recevoir des soins médicaux. Alors que l'infirmière tente par tous les moyens d'obtenir qu'il reçoive une transfusion sanguine, ce dernier quitte le établissement de santé avant d'être soigné. Un organisme mandaté pour évaluer son état cognitif, conclut au moment de l'évaluation, que Germain a les facultés nécessaires pour choisir de se faire soigner ou non. L'infirmière ne peut plus compter sur un levier légal afin d'assurer les soins appropriés à son client, qu'elle considère être en danger de mort.*

Lors d'une visite dans le parc, j'aperçois un bracelet d'hôpital au poignet de Germain. Ce dernier m'explique qu'il a perdu conscience et qu'il s'est retrouvé à l'hôpital. Étant donné que Germain a consenti par écrit à l'échange d'informations, je m'informe sur sa situation auprès d'une infirmière de liaison de l'urgence avec qui j'ai un bon lien. Cette infirmière m'explique qu'on a diagnostiqué une anémie sévère et que cela aurait nécessité une transfusion sanguine. Elle m'apprend aussi que Germain a quitté l'hôpital sans recevoir cette transfusion sanguine. Devant ces faits inquiétants sur le plan médical, j'insiste pour que Germain retourne à l'hôpital afin qu'il reçoive une transfusion sanguine. Deux jours plus tard, soit le lundi suivant, Germain accepte de me suivre à l'hôpital. Le personnel hospitalier, connaissant déjà le dossier, le prépare alors pour sa transfusion sanguine. Alors que je venais de quitter l'hôpital pour laisser Germain aux soins du personnel traitant, je reçois un appel de l'hôpital m'informant que monsieur est sorti fumer et

a quitté l'hôpital. Peu de temps après, je retrouve Germain dans le parc qu'il fréquente habituellement ; il ne se souvenait plus s'être présenté à l'hôpital et pour quelle raison il s'y était rendu.

Selon moi, son départ précipité de l'hôpital s'explique principalement par une envie irrésistible de boire. En effet, ses symptômes de sevrage sont assez importants. Germain se met à trembler lorsqu'il passe trop de temps sans boire, ce qui le pousse à retourner dans un lieu où il est en mesure de consommer de l'alcool. De plus, je crois qu'il était très confus, vu son syndrome de Korsakoff, et qu'il ne se rappelait pas pourquoi il était à l'hôpital à ce moment.

La situation médicale de Germain me préoccupe au plus au point. Un taux d'hémoglobine aussi élevé - 52 g/L - peut s'expliquer par une hémorragie interne, un trouble relativement fréquent chez les individus qui consomment de l'alcool de façon abusive. Devant l'urgence de la situation, je ne savais pas si j'avais le temps de faire une requête à la cour pour ordonnance de traitement. J'ai donc fait appel à un organisme mandaté pour appliquer la loi P38. Cette loi permet à certains intervenants de conduire un individu à l'hôpital contre son gré lorsque son état constitue un danger pour lui ou pour autrui. Je voulais ainsi un deuxième avis, car je considérais que le jugement de Germain au regard de son état de santé était quelque peu altéré. Il me disait que ce ne serait pas grave s'il mourait, puisque tout le monde meurt un jour. L'organisme mandaté pour faire appliquer la loi P38 a évalué qu'il ne possédait pas suffisamment d'éléments pour amener Germain contre son gré à l'hôpital.

*La collaboration du personnel hospitalier semble avoir permis d'éviter que Germain ne quitte encore une fois l'hôpital sans recevoir de transfusion sanguine. L'hospitalisation de Germain devient l'occasion pour l'infirmière de faire valoir auprès du personnel de l'hôpital la nécessité d'effectuer une évaluation de ses capacités cognitives.*

Quelques jours plus tard, je réussis de nouveau à convaincre Germain de se présenter à l'hôpital. Cette fois-ci, j'explique au personnel de l'urgence qu'il est à haut risque de fugue et demande s'il est possible qu'il reçoive rapidement une transfusion sanguine. Il a été hospitalisé pendant dix jours. J'ai profité de cette période d'hospitalisation pour faire des pressions auprès de l'infirmière en charge de Germain, afin qu'il subisse une évaluation neuropsychologique. Je lui ai expliqué mes inquiétudes au regard de ses pertes de mémoire et de ses divers troubles cognitifs. L'évaluation effectuée a permis de diagnostiquer un début de démence de Korsakoff. Cependant, Germain n'était pas considéré suffisamment inapte pour être admissible à une curatelle.

### **Assurer un toit et un soutien adéquat post-hospitalisation**

*Bien que Germain ne soit pas admissible à une curatelle, l'infirmière considère que son état, ne lui permet pas de retourner à la rue. La recherche d'une solution d'hébergement avec un soutien dans la gestion du budget devient donc une priorité pour l'Équipe. Devant l'absence de disponibilité d'hébergement dans une ressource communautaire, L'Équipe doit se résigner à intégrer Germain dans une maison de chambre privée.*

Après dix jours d'hospitalisation, Germain obtient son congé. Il faut réfléchir à une stratégie pour qu'il bénéficie d'un lieu d'hébergement. Comme Germain n'est pas considéré admissible à une curatelle, nous avons convenu avec l'accord du principal intéressé, que son revenu soit administré en fiducie volontaire par une ressource communautaire qui héberge les personnes itinérantes.

Puisqu'il n'y a pas de place disponible pour le moment dans la ressource d'hébergement qui administre le revenu de Germain, nous avons dû nous tourner vers une maison de chambre privée.

### **Les effets pervers de la sortie de la rue : entre l'abus d'exploiteurs et le constat de ses incapacités**

*L'expérience d'intégration en maison de chambre s'est avérée plutôt négative pour Germain. Le milieu ne convient pas à un individu vulnérable qu'il est facile d'exploiter. Malgré le soutien apporté par l'infirmière de l'Équipe itinérance, le retour aux exigences de la vie quotidienne dans un lieu résidentiel, après 15 ans en situation d'itinérance, est un choc pour Germain. Ses limites sur le plan cognitif deviennent ainsi plus contraignantes que dans la rue où il était peu confronté à la nécessité d'une routine ou à l'utilisation d'appareils électroménagers.*

J'ai accompagné Germain pendant ce temps, à raison d'une à deux fois par semaine. Rapidement, j'ai constaté que cet endroit n'était pas idéal pour des individus vulnérables comme Germain. Des gens mal intentionnés profitaient de la vulnérabilité de Germain pour lui voler des biens et de la nourriture. Les membres de mon équipe et moi avons très hâte de lui trouver un autre lieu d'hébergement. Germain est demeuré deux mois dans cette chambre privée avant d'être transféré dans la ressource d'hébergement communautaire qui administrait son revenu.

Le passage de Germain en maison de chambre, après 15 ans dans la rue, m'est apparu comme une difficile réadaptation à la vie. Dans la rue, Germain n'était pas confronté à ses incapacités (pertes de mémoire, troubles cognitifs). Lorsqu'il s'est retrouvé en chambre, il a dû réapprendre à vivre avec les exigences du quotidien comme prendre sa douche, se vêtir, faire le ménage de sa chambre, etc. Après quelques visites, j'ai constaté qu'il n'était pas en mesure de répondre à ces nécessités : il ne prenait pas sa douche, était toujours vêtu des mêmes vêtements et l'hygiène de sa chambre laissait à désirer. De plus, il n'était pas en mesure d'utiliser son four à micro-ondes, bien que nous ayons pris soin de lui fournir un modèle très simple d'utilisation. Germain était confronté à ses pertes cognitives et se rendait de plus en plus compte de ses incapacités. Il me demandait fréquemment si ses troubles allaient se résorber. Je n'avais pas le choix de jouer franc-jeu en répondant par la négative, mais en lui affirmant que la réduction de sa consommation d'alcool pouvait limiter la détérioration.

*Le passage de Germain en ressource d'hébergement communautaire continue d'apporter son lot de difficultés. Encore une fois, ce milieu est propice à ce qu'il devienne la victime d'exploiteurs.*

Après deux mois de séjour en chambre privée, nous avons transféré Germain dans une ressource d'hébergement. Au départ, je croyais que ce transfert serait salutaire pour lui, puisqu'il allait résider dans l'édifice où travaille l'intervenante qui administre son revenu. Je me disais qu'il pourrait bénéficier d'un suivi plus intensif. Je réalise cependant qu'il s'isole davantage depuis son arrivée dans cette ressource. Il ne va plus à la station de métro pour voir ses amis comme il le faisait auparavant, mais commence à se créer une nouvelle vie sociale autour de la ressource d'hébergement. Je constate, à mon grand désarroi, qu'il s'est entouré de gens qui ne cherchent qu'à profiter de sa vulnérabilité pour l'exploiter. Germain me paraît sous l'emprise d'un exploiteur. Bien qu'il soit victime de son état cognitif, le fait de donner accès à la ressource d'hébergement à des individus malveillants pourrait mener à son l'expulsion.

### **La nécessité d'être proactif : prévoir la mise en place d'autres options de prise en charge**

*Puisque que l'hébergement de Germain dans la ressource communautaire semble apporter des résultats mitigés, l'infirmière de l'Équipe commence à réfléchir à d'autres scénarios afin d'assurer l'hébergement et le soutien de Germain. Les options s'avèrent limitées et l'éventualité d'un placement en institution risque de ne pas susciter son adhésion. L'infirmière prévoit impliquer Germain, sa sœur et des intervenants du CLSC pour prendre une décision.*

Si Germain se fait expulser de la ressource d'hébergement, je vais me retrouver avec peu d'options pour assurer son hébergement. Germain n'a pas l'âge requis pour avoir le droit d'être admis dans une ressource d'hébergement pour personnes âgées. De plus, il n'a pas de problème de santé mentale, ce qui ne lui donne pas accès aux ressources d'hébergement en santé mentale. Le seul type de ressource envisageable serait une famille d'accueil qui s'occupe spécifiquement des individus ayant des troubles similaires à ceux de Germain. Ce type de famille d'accueil est très rare, ce qui me donne l'impression que je vais me retrouver avec comme seule option un placement en institution.

Il me paraît important devant cette impasse de consulter les personnes concernées. Je considère donc la possibilité de convoquer une rencontre avec la sœur de Germain, l'infirmière au soutien à domicile, l'intervenante qui administre son revenu et Germain lui-même. De plus, comme ma collègue travailleuse sociale n'est plus dans le dossier, j'estime urgent d'impliquer une travailleuse sociale du soutien à domicile, au cas où nous aurions à gérer une crise psychosociale dans l'éventualité où Germain serait expulsé de sa ressource d'hébergement.

### **Réflexion finale par l'infirmière de l'Équipe itinérance**

Dans cette situation d'intervention et dans plusieurs autres auxquelles l'Équipe est confrontée, il existe une zone grise entre les enjeux éthiques et la responsabilité professionnelle. J'ai devant moi un individu qui, selon ma lecture professionnelle, est plus ou moins apte, mais qui a été évalué comme étant en mesure de prendre des décisions par lui-même. Dois-je accepter, au nom du respect de la liberté individuelle, que mon client ne veuille pas se faire soigner? Selon moi, ce ne sont pas toujours des choix éclairés, mais plutôt des choix contraints par la maladie. Si cette personne n'avait pas cette maladie ferait-elle le même choix? Il faut être attentif à ne pas faire intervenir nos valeurs personnelles dans nos décisions d'intervention. Cependant, je crois que la responsabilité professionnelle de protéger doit primer. Bien que cela puisse être son choix, je ne crois pas que Germain devrait retourner à la rue; il est trop vulnérable pour y vivre sans compromettre sa sécurité.

### *Postscriptum*

En 2010, au moment de publier ce récit de pratique, cet individu est désormais inapte à prendre soin de lui. On a retrouvé sa famille et ses filles ont voulu s'impliquer activement auprès de lui. Il a quitté Montréal et vit chez l'une d'entre elles.

## **15. Travailler avec les propriétaires et les gestionnaires pour l'accessibilité au logement**

### **Résumé**

*À partir de quelques cas d'intervention, les intervenants de l'Équipe font ressortir des stratégies pour favoriser l'accès ou le maintien en logement de leur clientèle. Que ce soit avec des acteurs des secteurs privé ou communautaire, l'Équipe s'efforce de négocier afin de servir les intérêts des personnes itinérantes ou à risque de le devenir.*

### **Assurer le maintien en maison de chambre d'un individu à risque d'expulsion**

*Lorsque cela est possible, l'Équipe intervient auprès des propriétaires de logements dans le but d'éviter l'expulsion de certaines personnes. Dans la situation suivante, l'Équipe a été en mesure de négocier une entente qui a permis de maintenir en logement un individu passablement dérangeant pour le voisinage. L'Équipe s'est engagée à effectuer un suivi serré auprès de l'individu afin de l'aider à surmonter ses difficultés personnelles.*

Il y a plusieurs années, un bénévole d'un service de fiducie volontaire nous a adressé un homme qui était constamment menacé d'expulsion par son propriétaire. Cet homme avait un sérieux problème d'alcool et dérangeait beaucoup le voisinage lorsqu'il était en état d'ébriété. Nous avons eu plusieurs rencontres avec le gérant de l'immeuble pour tempérer les conflits et négocier des ententes avec le propriétaire. En contrepartie de la non-expulsion de l'homme, nous assurons au propriétaire que nous serions disponibles pour effectuer un suivi. Nous avons fait plusieurs démarches d'accompagnement auprès de cet homme afin d'améliorer sa situation psychosociale. Avec cette stratégie, il a été possible de le maintenir pendant dix dans cette maison de chambres.

### **Minimiser le risque d'étiquetage pour favoriser l'accès au logement**

*Si le fait d'être un intervenant dans un CLSC peut être un atout au moment de négocier le maintien en logement d'un client, il semble que cela ait l'effet contraire lorsqu'il est question de favoriser l'accès au logement. En effet, intervenir au nom du client en tant qu'intervenant en CLSC pour trouver un logement tend à susciter la méfiance des propriétaires. Ces derniers anticipent rapidement qu'ils auront affaire à un individu plus problématique. L'Équipe tente alors de minimiser cet étiquetage de la part de certains propriétaires. Les tentatives ne sont pas toujours fructueuses puisqu'elle se bute à des refus de la part de ces derniers.*

Nous avons une liste de propriétaires de chambres ou de logements. Souvent, quand nous appelons un propriétaire pour trouver un logement et que nous disons que nous sommes intervenants dans un CLSC, celui-ci nous demande si la personne a un problème. Pour les propriétaires, CLSC veut dire problème. Ils vont alors nous poser plusieurs questions confidentielles sur nos clients. Nous devons respecter la confidentialité du client tout en tentant de rassurer le propriétaire. Pour ce faire, nous misons sur le fait que le revenu du client pourrait être géré par un organisme communautaire et qu'il reçoit des services lui permettant de bien se comporter. Malgré ces tentatives pour rassurer le propriétaire, il est fréquent que le client soit refusé. Tenant compte de ce constat, nous préférons travailler en collaboration avec les organismes dont la mission est d'aider les individus dans la recherche de logement : cela évite que le client soit associé au CLSC et qu'il soit étiqueté comme problématique par le propriétaire.

## **Éviter que des individus ne se retrouvent à la rue : gagner du temps auprès du propriétaire**

*Compte tenu de la pénurie de logements, l'éviction par des propriétaires privés est un scénario très peu enviable pour les clientèles vulnérables soutenues par l'Équipe. Pour ces clientèles, l'éviction, sans alternative concrète de logement, pourrait se solder par un enracinement dans l'itinérance. L'exemple suivant illustre le travail de longue haleine d'un organisateur communautaire de l'Équipe visant à s'assurer que quatre individus atteints d'un problème de santé ne se retrouvent pas à la rue. L'annonce par le propriétaire du changement de vocation de logement et, par le fait même, l'éviction des quatre individus, incitent l'organisateur communautaire à développer un projet de logement avec soutien communautaire. Entre-temps, il lui faudra s'assurer de gagner du temps auprès du propriétaire pour qu'il n'effectue pas immédiatement ses travaux de rénovation.*

Nous intervenons dans un dossier où un propriétaire de logement désire évincer quatre individus qui ont un diagnostic en santé mentale afin de développer un nouveau projet dans l'immeuble. L'organisateur communautaire de l'Équipe, à l'époque, a l'idée de démarrer un projet de logement pour ce type de clientèle. Il a fait appel à un organisme qui détient une expertise dans le développement de ce type de projet. Depuis trois ans, nous travaillons à faire avancer ce projet. La construction est sur le point de commencer. Pendant tout ce temps, il a fallu travailler à convaincre le propriétaire de s'engager à ne pas évincer les quatre individus avant qu'ils ne soient relocalisés dans les nouveaux logements. Le propriétaire a accepté de signer une lettre qui l'engage à ne pas évincer les individus avant la réalisation achevée du projet de logement communautaire. Le propriétaire se montre très patient étant donné que le projet a été reporté à quelques reprises. Nous comptons sur la responsable du projet dans l'organisme expert afin qu'elle donne des nouvelles fréquemment au propriétaire sur l'avancement des travaux et qu'elle s'assure qu'il est encore disposé à patienter.

## **Quand l'éviction est dans l'intérêt de l'individu...**

*La situation précédente illustre un travail exemplaire de collaboration avec un propriétaire qui a permis d'éviter l'éviction d'individus qui risquaient de se retrouver à la rue. Or, dans certaines circonstances, lorsque la santé physique d'un individu est compromise dans le lieu où il habite, l'éviction peut s'avérer salutaire. La situation suivante met en lumière l'intervention d'une intervenante de l'Équipe qui a dû se résigner à travailler de concert avec un propriétaire pour évincer son client d'un logement insalubre. Cependant, les tentatives de la part de l'intervenante pour lui trouver un nouveau logement ont été vaines. Frustré d'avoir perdu son logement, le client ne désirait plus être aidé par cette intervenante.*

Je suis intervenue dans une situation où un individu vivait dans un logement rempli de moisissures. Les murs étaient noircis par les champignons et cela occasionnait des problèmes de santé à l'individu. L'odeur qui se dégageait du logement ne me donnait pas le goût d'y entrer. Même le propriétaire disait que cela n'avait pas de bon sens que l'individu vive dans ces conditions. Le propriétaire voulait donc que l'individu quitte le logement pour le remettre dans un état salubre. En discutant avec l'individu, j'ai constaté qu'il ne se rendait pas compte du risque que cela pouvait représenter pour lui de demeurer dans ce logement. Cet individu ne voulait pas quitter son logement. Le propriétaire, par l'entremise de procédures judiciaires, a posé un ultimatum à l'individu pour qu'il quitte le logement. Avant la date limite, j'ai donc essayé de lui trouver un autre endroit pour habiter, mais il refusait systématiquement.

L'individu s'est malheureusement retrouvé à la rue. Il considère que le CLSC ne l'a pas aidé à garder son logement; il ne veut donc plus avoir affaire à moi. Quand je le croise dans la rue, j'essaie de ne pas lui poser trop de questions, car je veux préserver un petit lien. Actuellement, je ne sais pas s'il s'est trouvé un autre endroit où habiter.

*Dans le cas précédent, la nécessité de protéger s'est avérée l'intervention à privilégier même si cela a eu pour conséquence d'effriter le lien fragile qui existait entre l'intervenante et l'individu. Le cas met aussi en lumière le peu d'options disponibles pour les individus qui ne désirent pas se retrouver en hébergement communautaire, mais qui ont tout de même besoin d'un soutien.*

Le problème est que les subventions pour le soutien communautaire sont octroyées uniquement aux organismes de logements communautaires. Le besoin, selon nous, existe aussi chez les personnes vulnérables qui vivent dans le réseau de logements privés. Il serait donc intéressant d'avoir des intervenants en soutien communautaire pour venir en aide aux personnes à risque d'itinérance dans le milieu locatif privé. Ces intervenants pourraient prévenir les évictions en s'assurant que les individus paient les propriétaires et qu'ils vivent dans des conditions adéquates de salubrité. Présentement, devant la détérioration de certaines situations, nous sommes parfois obligés de sortir une personne d'un logement. Nous peinons par la suite à trouver des options d'hébergement adapté à nos clients.

### **Des ententes avec le milieu communautaire**

*Au-delà du secteur du logement privé, l'Équipe négocie aussi avec le milieu du logement communautaire pour servir les intérêts de sa clientèle. Encore une fois, l'objectif visé est d'éviter une éviction en proposant des alternatives aux milieux concernés.*

Nous sommes intervenus dans une situation où un organisme de logements avec soutien communautaire voulait expulser une dame. L'état de cette dame était devenu trop lourd pour le type de services offerts par l'organisme. L'organisme accueille normalement des personnes autonomes, ce qui n'est plus le cas de cette dame. Elle a une déficience et une pathologie qui l'amène à accumuler des objets. Son logement est insalubre. Notre objectif va consister à lui permettre de recevoir des services de soutien à domicile, afin d'éviter qu'elle soit dans l'obligation de quitter son logement. Nous avons fait appel aux services d'un psychologue en clinique privée afin d'avoir rapidement un diagnostic. Ce diagnostic nous permettra de la diriger vers le bon programme pour qu'elle obtienne des services adaptés à sa situation.

### **Obtenir un accommodement temporaire auprès d'une maison d'hébergement**

*Il n'est pas toujours profitable pour l'Équipe de chercher à renverser une décision si elle veut maintenir de bonnes relations avec les organismes. Elle a, en effet, comme principe de ne pas s'insérer dans la façon de faire des organismes. Cependant, il est possible d'obtenir certains accommodements qui facilitent la vie de sa clientèle, comme en témoigne une intervenante de l'Équipe.*

Je suis intervenue auprès d'un homme âgé. La direction de la maison d'hébergement où il vivait avait statué qu'il devait quitter le premier octobre. Je me suis montrée disponible pour accompagner l'homme dans sa recherche d'un nouvel endroit pour habiter. Il a réussi à se trouver une chambre le jour même de la date butoir. Cependant, le propriétaire ne savait pas si la

chambre serait prête ce jour-là. L'homme était un peu embêté puisqu'il savait qu'il ne pouvait plus coucher à la maison d'hébergement le soir même. J'ai donc suggéré que j'irais vérifier auprès de l'organisme s'il pouvait coucher ce soir-là encore à la maison d'hébergement. Finalement, la nouvelle chambre était prête et l'homme a pu y dormir. Dans le cas contraire, je me serais entendue avec une intervenante de la maison d'hébergement pour que l'homme y dorme une nuit supplémentaire. Avec le reçu prouvant que l'homme avait payé sa chambre, l'intervenante aurait sans doute fait preuve d'accommodement.

### **En conclusion**

*Les cas présentés dans ce récit de pratiques illustrent le travail réalisé par l'Équipe dans le but de servir les intérêts de leurs clientèles vulnérables en ce qui concerne l'hébergement ou le logement. Cette dernière met de l'avant certaines stratégies telles que la médiation lors de conflits entre locataire et propriétaire, la négociation d'entente avec les propriétaires ou les organismes communautaires. Ces stratégies ont permis d'éviter les évictions ou à obtenir un sursis, le temps de trouver un autre logement. Dans un cas plus particulier, l'éviction était souhaitable parce qu'elle permettait de protéger l'intégrité physique d'un individu. Malgré les stratégies mises de l'avant par l'Équipe, favoriser l'accès aux logements privés demeure un défi. Les propriétaires de logements se montrent très réfractaires à louer à une personne qui est suivie par l'Équipe du CLSC. Ces individus portent l'étiquette de personnes à problèmes. Un organisme consacré au placement et au suivi des personnes en logement privé constitue une solution pour relever ce défi.*

## **16. Logement de transition avec suivi intensif pour personnes itinérantes : de nouveaux partenaires pour innover**

### **Résumé**

Ce récit présente une entente particulière de collaboration entre une Équipe et un organisme communautaire qui a développé un service d'aide et d'accompagnement vers un logement et un Office Municipal d'Habitation (OMH). L'entente permet de favoriser l'accès par des personnes itinérantes à des logements de transition dans un parc d'habitations à loyer modique (HLM). Le récit présente les conditions d'émergence de ce type d'entente, le processus de négociation, ainsi que les ajustements apportés en cours de route.

### **Des conditions d'émergence**

*Le projet de logement de transition avec suivi intensif a pris naissance à l'occasion de réflexions entamées par certains acteurs présents à la Table de concertation en itinérance de la ville dont fait partie l'Équipe. Cette Table de concertation a permis une plus grande proximité entre les organismes et institutions du milieu. Ainsi, la Table a amené plusieurs acteurs, qui traditionnellement n'avaient pas l'habitude de se côtoyer, à travailler ensemble pour analyser plus globalement la question complexe de l'itinérance sur le territoire et travailler à y répondre. Un problème plus spécifique d'accès et de maintien en logement de certaines personnes itinérantes est alors soulevé par un partenaire de la Table et porté à l'attention de l'organisateur communautaire de l'Équipe*

Un organisme communautaire ayant récemment développé un service d'aide au logement était confronté au défi de favoriser l'accès et le maintien de sa clientèle dans le marché locatif privé. Pour surmonter cette difficulté, l'organisme considérait la possibilité d'acquérir un immeuble à logements. Dans un souci de collaboration avec les partenaires de la Table de concertation en itinérance, l'organisme décide de consulter l'organisateur communautaire de l'Équipe afin de s'assurer qu'aucun organisme n'était sur le point de développer un même type de projet. Les échanges avec l'organisateur communautaire de l'Équipe ont alors permis de faire émerger de nouvelles idées. Ainsi, en plus de la possibilité pour l'organisme de devenir propriétaire d'un immeuble à logements, un partenariat avec l'OMH pour l'accès à des logements a été évoqué. À partir de ces considérations, une entente a été élaborée.

*Notons aussi que les complicités développées préalablement sur le terrain entre l'Équipe et l'organisme communautaire ont facilité les rapprochements dans le cadre de ce projet. En effet, bien avant l'élaboration du projet de logement de transition, le travailleur social de l'Équipe faisait souvent appel à l'organisme pour aider ses clients à se trouver un logement.*

Le projet de logement de transition implique un partenariat entre l'Équipe, l'organisme communautaire et l'OMH. Globalement, l'entente vise à permettre à des individus en situation d'itinérance et caractérisés par une difficulté importante d'accès à un logement régulier dans le marché privé, de bénéficier d'un espace de logement de qualité. Le projet vise aussi à permettre à ces individus d'expérimenter la stabilité et de développer les habiletés nécessaires pour conserver leur logement. Ces logements de type studio sont mis à la disposition par l'OMH, mais la responsabilité de percevoir les loyers et de faire le suivi de la clientèle est assumée par les intervenants de l'Équipe et de l'organisme communautaire. Ainsi, une entente tripartite a été

conclue. Cette entente fait office de bail entre l'OMH d'une part, et l'organisme communautaire et l'Équipe d'autre part.

### **Un leadership de l'organisateur communautaire de l'Équipe pour la rédaction de l'entente concernant le projet**

*Au départ, l'organisateur communautaire assumait également une fonction de coordination au sein de l'Équipe. À ce titre, il a animé les rencontres en vue de l'élaboration de l'entente. Il a, par ailleurs, pris en charge la rédaction du document de l'entente. Son leadership s'est traduit par une volonté de mettre en place un projet qui respecte l'autonomie et la culture d'intervention de chaque partenaire, tout en s'inscrivant dans une perspective de réponse à un besoin reconnu par l'ensemble de la communauté d'intervention en itinérance.*

Une première rencontre de travail réunissant l'organisateur communautaire de l'Équipe, le directeur de l'organisme et celui de l'OMH a permis de formuler les grands principes de l'entente. Par la suite, l'organisateur communautaire de l'Équipe s'est chargé de rédiger un document préliminaire qui faisait la synthèse des éléments discutés lors de la première rencontre. Ce document a par la suite été amendé dans la foulée du processus de négociation entre les trois partenaires du projet. En tout, quatre à cinq rencontres ont eu lieu entre les trois promoteurs du projet. Tout au long du processus de négociation et d'élaboration de l'entente, l'organisateur communautaire avait le souci que la culture et l'autonomie de chacun des partenaires soient respectées. Il était aussi primordial pour lui que le projet ait une légitimité, en d'autres mots, qu'il réponde à un besoin de l'ensemble de la communauté d'intervention en itinérance. Ainsi, afin de protéger la perspective de lutte à l'itinérance du projet, le comité a convenu d'inscrire dans l'entente que seule la clientèle desservie par l'Équipe et le service de l'organisme était concerné par le projet. Cela avait pour objectif d'éviter que d'autres secteurs du CSSS ou de l'organisme communautaire soient tentés de placer leur clientèle dans les logements de transition, ce qui aurait trahi, en quelque sorte, l'essence du projet.

### **Le processus de négociation : susciter de l'ouverture au cadre traditionnel de l'OMH pour innover**

*L'appartenance à des secteurs différents place les acteurs devant la nécessité d'ajuster leurs propres règles de fonctionnement. Cette différence au sein des règles de fonctionnement propres à chacun des groupes a constitué un défi pour l'élaboration de l'entente. Cependant, l'organisateur communautaire de l'Équipe et le directeur de l'organisme ont été en mesure d'obtenir certaines concessions de la part de l'OMH pour que le projet réponde adéquatement aux besoins de la population visée.*

Selon les règles habituelles de l'OMH, pour accéder à un logement social, un individu doit résider sur le territoire depuis au moins un an et démontrer que son niveau de revenu lui permet d'être admissible à un logement social. Étant donné que la clientèle desservie par l'Équipe et l'organisme erre souvent de ville en ville et n'est pas toujours en mesure de présenter une preuve de revenu, les critères traditionnels d'admissibilité de l'OMH étaient peu réalistes. Les partenaires se sont donc entendus pour que ces critères de l'OMH ne soient pas pris en compte. De plus, l'OMH a accédé à la demande des deux autres partenaires qui consistait à fixer le montant du loyer au minimum prévu par le *Règlement sur les conditions de location des logements à prix modique*, peu importe le revenu des locataires. Cette condition permettait ainsi à

l'Équipe et à l'organisme de minimiser les pertes financières en cas de non-paiement du loyer par leur client.

### **Le processus de négociation : assumer des risques pour susciter l'adhésion de l'OMH au projet**

*Deux modalités de cette entente formalisée viennent en quelque sorte encadrer les rapports entre les trois acteurs. Ce sont surtout celles-ci qui semblent constituer la clé de ce partenariat. Ces modalités, que nous nommerons le partage du risque financier et la responsabilité clinique partagée, ont réduit les appréhensions de l'OMH à participer au projet tout en créant une « relation d'affaires » particulière entre l'Équipe et l'organisme communautaire. L'adhésion de l'OMH au projet s'avère essentielle pour les deux autres partenaires, compte tenu de la nécessité d'avoir accès à des logements de qualité à prix abordable. Le marché actuel du logement privé n'est pas en mesure d'offrir ce type de logement. L'Équipe et l'organisme communautaire doivent donc offrir des avantages intéressants à l'OMH pour susciter son adhésion au projet.*

L'entente fait en sorte que l'OMH ne coure aucun risque de perte financière en louant des logements à la clientèle de l'Équipe et de l'organisme communautaire. En effet, il est convenu dans l'entente que ces deux partenaires garantissent le paiement des loyers fixés pour leur clientèle en cas d'inoccupation ou de non-paiement par les participants. Cette responsabilité financière partagée prévoit que les coûts relatifs au logement inoccupé ou au loyer non payé seront divisés en deux et remboursés par les deux partenaires, et ce, peu importe l'organisme auquel est rattachée la personne. Par exemple, si à la fin de l'année, le projet se retrouve avec une perte de 5000 \$ imputable à un non-paiement de loyer ou à l'inoccupation des logements, l'Équipe et l'organisme communautaire devront payer chacun 2500 \$ à l'OMH.

*Les garanties apportées par les deux autres partenaires constituent donc des incitatifs importants à s'impliquer dans ce projet. Par ailleurs, la contribution essentielle de l'OMH est son consentement à ce que huit logements soient consacrés au projet. En plus de la responsabilité financière assumée par l'Équipe et l'organisme communautaire, la responsabilité d'intervention auprès de la clientèle du projet est un second incitatif pour l'OMH à collaborer au projet.*

En vertu de l'entente, les représentants de l'OMH peuvent s'assurer que l'Équipe et l'organisme communautaire ne se déchargeront pas de leur responsabilité du suivi psychosocial en intégrant leur clientèle dans un HLM. Il est prévu dans l'entente que les deux équipes sont responsables du suivi intensif auprès de leur clientèle respective. Cependant, le suivi du client qui, de prime abord, incombe à un partenaire, peut parfois être exercé de façon informelle par l'autre partenaire. Ce type de collaboration, qualifiée de sentinelle, permet d'éviter que la situation d'un individu se détériore. Lors de sa tournée de perception des loyers, l'intervenant de l'organisme communautaire peut profiter de l'occasion pour recueillir des informations sur le participant en lien avec le travailleur social de l'Équipe et lui faire un topo de la situation. L'échange d'informations peut se faire autant dans une discussion de cas directement ou par téléphone. L'intervenant de l'organisme communautaire a déjà téléphoné au travailleur social de l'Équipe pour l'informer que son client faisait une rechute.

*Ce type de collaboration qui sort de la logique « ton client/mon client » semble comporter des avantages pour cette pratique. Cela nécessite cependant une volonté de s'arrimer convenablement pour ce qui a trait au transfert d'informations.*

Étant donné que les intervenants de l'Équipe et de l'organisme communautaire sont appelés à s'échanger fréquemment de l'information, les participants doivent signer un formulaire de consentement autorisant les intervenants à cet effet. Ils sont ainsi prévenus de cette possibilité. Le jugement professionnel des intervenants entre, bien sûr, en ligne de compte dans le choix des informations à divulguer. Il s'agit surtout d'échanges permettant de savoir comment se comportent les participants en logement.

### **Poser ses limites pour maintenir le cap sur la raison d'être du projet**

*Dans le cadre du processus de négociation de l'entente, l'Équipe a dû poser ses limites en ce qui concerne son mandat d'intervention dans le projet. Le désir de l'OMH d'impliquer les intervenants de l'Équipe auprès de l'ensemble des locataires du parc de HLM, bien que légitime, allait au-delà des objectifs initiaux, de la clientèle visée et de la capacité de l'Équipe à assumer ce mandat.*

Lors du processus de négociation de l'entente, les représentants de l'OMH ont voulu introduire un énoncé visant à engager le CSSS à intervenir auprès de l'ensemble des locataires du parc de logements. Bien que l'Équipe considérât que le CSSS devait jouer un plus grand rôle auprès des clientèles vulnérables de l'OMH, elle ne pouvait pas s'engager au nom de son institution à assumer ce mandat. L'Équipe a insisté sur le fait que le projet s'adressait à une clientèle itinérante, mais elle s'est montrée ouverte à l'idée d'introduire un énoncé stipulant que le projet pourrait conduire à une réflexion en vue d'un partenariat plus large entre le CSSS et l'OMH. L'Équipe a par ailleurs ajouté un énoncé à l'entente établissant que sa responsabilité d'intervention n'excède pas les heures ouvrables. Ainsi, si une situation de crise survient en dehors des heures ouvrables de l'Équipe, les responsables de l'OMH doivent faire appel à des ressources comme Urgence-Détresse ou à toute autre ressource habituelle en de telles circonstances. L'ensemble de ces conditions a été accepté par les responsables de l'OMH et l'entente a été conclue.

*Parallèlement au processus de négociation de l'entente, notons que l'organisateur communautaire de l'Équipe a dû faire valoir le projet auprès des instances administratives de son CSSS. En démontrant par un exercice de prospective chiffrée que les risques de pertes financières liés au projet étaient minimes, l'organisateur communautaire de l'Équipe a été en mesure de convaincre les gestionnaires de son établissement d'entériner le projet, donc d'accepter d'assumer ce mandat et les dépenses pouvant y être associées*

### **Dans le feu de l'action, un besoin de se concerter pour harmoniser les différences**

*Dans la foulée des interventions au quotidien, les partenaires ont été confrontés à leurs différences concernant leurs visions, leurs valeurs et leurs missions respectives. Si, pour l'Équipe, permettre l'accès au logement à des clientèles plus instables, plus problématiques allait de soi, l'organisme communautaire porteur d'une vision axée sur la responsabilisation du client et qui avait le mandat de percevoir le loyer voyait davantage de pertinence à inclure des individus plus stables. Des discussions entre les deux partenaires ont permis de confronter les visions, de tendre vers des objectifs communs tout en respectant les spécificités de chacun. D'ailleurs, les partenaires avaient prévu dès l'élaboration de l'entente, un comité d'accès au logement composé*

*d'un intervenant de chacune des équipes avec l'objectif de s'entendre sur le choix des individus à placer dans les logements.*

Le principe à l'origine du projet était qu'une personne ayant un grand besoin de stabilisation sur le plan du logement devrait avoir la priorité. Conséquemment, une personne qui s'est stabilisée à l'intérieur d'un logement du projet devrait éventuellement quitter pour laisser sa place à une personne qui a davantage besoin de se stabiliser et de développer ses habiletés à se maintenir dans un logement. Or, à travers les défis d'intervention au quotidien, il pouvait devenir légitime pour les intervenants de maintenir plus longtemps en logement de transition une personne qui était stabilisée et qui payait assidûment son loyer. Pour les intervenants de l'organisme responsable de la perception des loyers, cela représentait un répit en ce qui concerne les interventions de gestion de crises (conflits avec le voisinage, bris dans les logements, etc.) et une moins grande probabilité de pertes financières. Cependant, il était nécessaire de revenir à l'essence du projet et de faire en sorte que les deux partenaires cliniques poursuivent des objectifs communs. Ceux-ci se sont donc rencontrés à quelques reprises pour discuter des ces enjeux relativement à l'accès au logement.

*Un client problématique suivi par l'Équipe a suscité des inquiétudes chez les responsables de l'OMH. Ces derniers se préoccupaient de l'influence négative que pouvait exercer la clientèle de l'Équipe sur le reste des locataires du parc de logements. Dans ce litige, l'Équipe a joué la carte de l'honnêteté en rappelant que le projet, vu sa clientèle cible, ne pouvait garantir un risque zéro en ce qui a trait aux chicanes de voisinage. Néanmoins, elle s'engage à faire tout en son pouvoir pour intervenir rapidement dans les situations problématiques. L'Équipe démontre ainsi qu'elle désire rester fidèle à l'orientation du projet sans se défilier de sa responsabilité d'intervention auprès de sa clientèle.*

Au cours de la première année d'existence du projet, un client de l'Équipe qui résidait dans un logement de transition a été particulièrement dérangeant pour le voisinage. Des locataires de l'immeuble se sont plaints aux responsables de l'OMH. Lors du bilan annuel, les partenaires ont discuté de cette situation problématique. Les responsables de l'OMH ont exprimé leurs craintes à l'effet que ce type de clientèle plus dérangeante puisse avoir une influence négative sur l'ensemble du milieu. Les membres de l'Équipe ont profité de la rencontre pour clarifier la situation et réitérer leur engagement à intervenir le plus rapidement possible pour éviter que ce genre de cas ne dégénère. Cependant, l'Équipe a mentionné qu'elle ne pouvait garantir que ce pareille situation ne se reproduirait pas, compte tenu du profil de la clientèle ciblée par le projet. Selon l'Équipe, sélectionner des individus stables et potentiellement dociles afin d'éviter les situations problématiques à l'intérieur de l'immeuble viendrait dénaturer l'essence d'un projet visant justement à favoriser la stabilisation de certaines personnes itinérantes.

### **Les réflexions de l'organisateur communautaire en guise de conclusion**

*Les intervenants de l'Équipe et de l'organisme ont désormais huit logements à leur disposition pour loger leur clientèle. Selon l'organisateur communautaire de l'Équipe, la gestion du projet a parfois été lourde à porter pour des intervenants qui n'ont pas nécessairement d'expérience dans le placement en logement. Les intervenants de l'Équipe et de l'organisme ont même dû s'occuper de meubler les logements avant d'accueillir les premiers locataires.*

Le partenariat permet de réaliser des projets qu'il aurait été impossible de faire seul. Cependant, pour mener à terme un projet comme celui des logements de transition, il est nécessaire que

chaque partenaire aille au-delà de ses propres règles de fonctionnement. Pour le CSSS et l'organisme communautaire, cela a consisté à prendre certains risques financiers et à se donner une marge de manœuvre dans la gestion de son budget de fonctionnement. Pour l'OMH, il s'agissait d'assouplir ses critères d'admissibilité et d'accepter que certains logements ne soient plus utilisés comme logements permanents, mais plutôt comme logements de transition. De plus, afin d'assurer la pérennité du projet, il s'est avéré primordial de jouer franc-jeu. Exposer ses limites et s'engager uniquement sur des éléments que l'on est assuré de respecter a permis de maintenir le cap sur les objectifs du projet et de susciter des attentes réalistes de la part des partenaires.

Malgré tous les avantages pour la population visée par ce projet, celui-ci présente des difficultés puisque, d'une certaine façon, il propose une stabilisation temporaire. En effet, alors que le projet vise notamment la stabilisation des personnes en situation d'itinérance, la formule du logement de transition nous invite à concevoir l'insertion dans les studios de l'OMH comme une étape transitoire et temporaire. Il est ainsi paradoxal de demander à une personne récemment stabilisée de quitter le logement auquel elle s'est habituée pour s'installer dans un logement plus permanent.

## 17. Le redémarrage d'une Table de concertation, une question de synergie

### Résumé

*Ce récit fait état des efforts d'une équipe pour redémarrer une Table de concertation éprouvant des difficultés importantes. Après quelques rencontres infructueuses et deux départs successifs des responsables de l'Agence, la Table a été interrompue. L'Équipe accepte de la remettre sur pied. Le récit présente les conditions, initiatives et enjeux que l'Équipe a voulu aborder pour rendre possible la discussion, par la Table, du phénomène de l'itinérance et le développement d'une philosophie commune. Pour ce faire, il a fallu développer des concertations et favoriser la connaissance mutuelle des partenaires. La relance de cette Table réussit à maintenir l'engagement d'acteurs du réseau public, de la municipalité et du communautaire.*

### L'effritement d'une Table de concertation

*Deux facteurs ont contribué à l'arrêt de la table : l'absence d'une orientation générale et/ou d'un leadership pouvant assurer la mobilisation des membres et l'omniprésence des débats à propos des subventions qui éclipsait les autres discussions et échanges se rapportant au phénomène de l'itinérance. Ici, l'Équipe présente le contexte qui a conduit à la dissolution de la Table de concertation.*

À l'origine, l'instance de concertation avait comme fonction principale de servir de lieu permettant aux différents acteurs concernés par le phénomène de l'itinérance d'avoir des échanges sur cette question. Les principaux objectifs de cette Table étaient : de développer une philosophie commune, de développer des concertations, de connaître les partenaires et leurs différents champs d'intervention. Ces échanges devaient donc permettre de tisser des liens entre les différents partenaires. Progressivement, cette instance de concertation est devenue davantage une Table où il était presque exclusivement question des enjeux de financement IPAC. Ces derniers ont éclipsé toute discussion traitant de la problématique de l'itinérance et des dimensions partenariales, des priorités à établir et des collaborations à construire. La place occupée par les préoccupations associées au financement irritait les gens qui n'étaient pas concernés, notamment les membres provenant du réseau public. Conséquemment, l'assiduité des participants aux rencontres a diminué significativement. Parallèlement à cette baisse marquée de la fréquentation, la responsable de la Table a quitté, ce qui a mis fin à celle-ci.

### Un redémarrage sous conditions

*L'Équipe est sollicitée par l'Agence de la santé et des services sociaux afin de reprendre la coordination de la Table de concertation. La première décision qu'elle prend concerne la redéfinition du rôle de cette Table, en retenant comme priorité les enjeux d'action et d'intervention avec les acteurs impliqués sur le terrain, plutôt que les sujets d'ordre financier.*

Après un arrêt d'environ six mois, une personne de l'Agence nous a contactés afin de vérifier si nous étions intéressés à redémarrer l'instance de concertation. Nous avons jugé intéressante cette proposition parce que nous voulions qu'elle soit une instance de concertation principalement composée d'« acteurs-terrain », plutôt que de gestionnaires ou d'administrateurs. Nous avons alors repris l'idée de départ et avons insisté pour que la Table soit un lieu favorisant les échanges et les réflexions concernant la problématique de l'itinérance.

## **La posture de L'Équipe face aux défis**

*L'Équipe parvient à raviver la Table de concertation en recentrant les priorités autour d'intérêts collectifs et d'enjeux pragmatiques plus près des difficultés des personnes en situation d'exclusion. La mobilisation des membres s'est réalisée grâce à un redémarrage énergique d'actions concrètes réalisées au sein de la communauté, actions qui se sont traduites par l'adhésion à des objectifs communs. Il est possible d'apprécier la capacité de l'Équipe à assumer à la fois un leadership engagé et à redonner aux différents acteurs leur capacité d'agir, dont celle d'agir sur le terrain. La coordination de la Table de concertation est vue comme une responsabilité transitoire pour l'Équipe.*

Même si nous étions concernés par les enjeux de financement (IPAC, IPLI), il était possible, selon nous, de demeurer neutre à l'égard de l'Agence et des ressources communautaires sur cette question par souci de maintenir le cap sur les enjeux réels concernant la problématique de l'itinérance. Au début, les organismes sont demeurés méfiants face à la présence de l'Agence, principal bailleur de fonds, qui pouvait entraîner un glissement vers les mêmes polémiques à propos du financement. Nous avons décidé d'aborder la question directement et avec franchise dès la première rencontre ce qui a permis de passer à autre chose. Nous avons été capables de faire preuve d'ouverture et de dire à l'Agence que le fait de travailler ensemble pour un objectif commun allait nous permettre d'arriver à de meilleurs résultats que si nous nous limitions à mener nos petites batailles séparément, isolés les uns des autres.

Dans un deuxième temps, nous avons voulu redémarrer différents projets touchant l'itinérance en formant des sous-comités. Nous avons voulu redonner à la Table son rôle de levier de l'action. Il faut souligner qu'avant même d'assumer ce rôle de relance de la Table, nous avons une relation de confiance avec les organismes impliqués. Nous avons pu compter sur la réputation de l'Équipe qui a travaillé efficacement en amont du redémarrage de la Table de concertation. Cependant, malgré notre rôle actuel dans la coordination de la Table, nous invitons les organismes à reprendre le leadership lorsqu'ils le jugeront opportun. Pour l'instant, ils n'ont pas manifesté d'intérêt pour prendre le relais. Néanmoins, même si nous assumons la coordination, nous n'avons pas plus de poids que les autres en ce qui a trait à la prise de décisions.

Par ailleurs, nous avons fortement encouragé la mobilisation du réseau communautaire en étant présents et à l'écoute de ses besoins. En somme, notre implication directe dans la mise en œuvre de plans d'action a suscité la mobilisation des acteurs, et cela sur une base continue. Par exemple, nous avons vérifié auprès des membres leur intérêt à se fixer des objectifs ou à adhérer à ceux de la politique en itinérance instaurée par un réseau provincial d'organismes en itinérance. Le groupe a décidé d'adhérer aux principes de ce réseau, offrant un ancrage des actions sur une base solide. Par ailleurs, la Table est devenue un outil de sensibilisation pour la communauté et les intervenants de la ville. Les gens des différents organismes ont commencé à se l'approprier. En somme, c'est là que la Table de concertation a commencé à prendre plus d'importance.

## **La mobilisation d'une Table autour d'un projet d'envergure**

*En misant sur les actions concrètes à prendre auprès de la communauté, la mobilisation des membres de la Table de concertation s'est accrue de façon significative à travers différents projets, notamment la création d'un centre d'hébergement. L'importance des actions réalisées permet d'apprécier la synergie d'acteurs croyant au projet et à la nécessité d'y contribuer. Le*

*Récit : Redémarrage d'une table de concertation, question de synergie.*

*projet devient en quelque sorte le moteur de la Table de concertation. Il illustre une vision commune, un effort collectif et la force mobilisatrice d'acteurs engagés.*

Collectivement, nous avons fondé il y a un an un organisme d'hébergement d'urgence. La Table de concertation a été en mesure de le mettre sur pied. Tous les acteurs de la Table se sont impliqués. Au bout d'un an, nous avons embauché une directrice pour qu'elle assure la mise en œuvre du projet. Avant l'embauche de la directrice, nous avons formé un petit conseil d'administration provisoire formé de cinq ou six personnes pour piloter le projet. Ces dernières avaient la responsabilité de créer l'organisme, d'embaucher quelqu'un afin de poursuivre les démarches et de procéder à la fondation de l'organisme. Ce projet a certainement contribué à construire la solidarité des membres de la Table de concertation. Il a émergé de la base, il ne s'agissait pas d'une demande «d'en haut». L'évolution de ce projet a démontré à quel point il a été profitable pour tous. Nous avons également pris en charge la nuit des sans-abri par l'intermédiaire d'un sous-comité issu de la Table de concertation.

*En terminant, l'Équipe fait état d'un «faire ensemble», fruit d'une identité partagée entre elle et les ressources communautaires. Tel que mentionné plus haut, diverses occasions permettent de faciliter la mise en commun des efforts dans une dynamique de complémentarité. Ici, les intervenants démontrent comment le partage d'une vision commune, par exemple dans le cadre de la mise sur pied d'une ressource d'hébergement et le redémarrage de la Table, porte fruit.*

Les acteurs-terrain ont constaté que nous étions sensibles à leur réalité et, en même temps, que nous devons nous battre pour notre place. Il ne s'agit plus seulement d'une question d'argent; c'est plutôt le fait d'être sur la même longueur d'onde qu'eux et d'être confrontés aux mêmes luttes pour la reconnaissance. Par exemple, l'autonomie est un enjeu important autant pour eux que pour nous. En fait, ils nous voient comme une ressource communautaire qui existe au sein d'une institution du réseau public. Nous sommes complémentaires à leur mission sans être en contradiction ou en compétition avec eux, au regard de l'offre de services.

### **Perspectives d'avenir**

*L'Équipe englobe dans sa réflexion une vision qui mise sur l'intégration d'acteurs qui ne sont pas actuellement impliqués dans la Table de concertation. Cette ouverture à d'autres intervenants du milieu est conséquente de la lecture que l'Équipe fait de la problématique de l'itinérance. Cette compréhension du phénomène requiert une réponse qui englobe de multiples champs d'intervention. Ainsi, la prédominance des personnes impliquées actuellement qui proviennent du milieu de la santé et des services psychosociaux n'est pas représentative de l'ensemble des gens concernés par les personnes itinérantes ou en voie d'exclusion.*

Nous croyons que l'intégration d'un plus grand nombre d'acteurs à la Table de concertation s'impose. Historiquement, la Table a privilégié l'implication d'intervenants qui travaillaient dans le cadre d'une relation d'aide. Il est impératif d'explorer la contribution d'autres collaborateurs. Par exemple, il serait certainement pertinent de compter sur l'apport d'intervenants qui ne proviennent ni du réseau de la santé et des services sociaux ni du réseau communautaire (sécurité publique, Emploi Québec, etc.). En effet, l'itinérance n'est pas un phénomène qui se limite à des questions de santé physique et psychologique. Si nous ne retrouvons pas à notre Table des représentants de ces institutions, nous passons à côté de leur contribution. Dans l'éventualité de l'élargissement de l'effectif, il restera peut-être à déterminer les critères d'admissibilité.

*Récit : Redémarrage d'une table de concertation, question de synergie.*

## **Conclusion**

*Ce récit explore les facteurs qui ont permis le redémarrage d'une Table de concertation. Il est possible de constater que la dynamique d'animation (écoute, confiance, respect, compréhension, élaboration d'une lecture commune et développement de projet) et les liens entre l'Équipe et les différents acteurs ont contribué au succès de la relance. Certes, la capacité de se mobiliser autour de projets communs porteurs d'intérêts partagés a su maximiser le potentiel créateur de la Table. La Table, dépeinte comme un outil de concertation efficace, est perçue comme un moyen de répondre aux besoins des populations vulnérables. Parmi les perspectives d'avenir, il y a le souhait de réunir un plus grand nombre d'intervenants, afin de répondre de façon globale et concertée au phénomène d'exclusion sociale.*

## **18. Collaboration avec l'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier**

### **Résumé**

*Ce récit présente une expérience de collaboration existant depuis plusieurs années entre une Équipe et l'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier. Les propos des membres de l'Équipe permettent de cerner le contexte d'émergence, la caractéristique particulière, les avantages mutuels aux deux parties, ainsi que les facilitateurs de cette collaboration.*

### **Contexte d'émergence de la collaboration**

*Financée conjointement par le Centre hospitalier et le CSSS du territoire, l'Équipe jouit d'une reconnaissance de ces deux institutions. Elle a pignon sur rue dans les locaux du CSSS. Les gestionnaires du Centre hospitalier ont fait leur part pour sensibiliser le personnel hospitalier à l'importance d'une collaboration avec l'Équipe. Par ailleurs, de façon informelle, celle-ci sensibilise certains membres du personnel hospitalier à la réalité de l'intervention auprès de la clientèle itinérante. Une collaboration s'est plus particulièrement développée entre l'Équipe et le secteur de l'urgence psychiatrique.*

La gestionnaire de l'hôpital de l'époque a rencontré son personnel pour lui indiquer qu'il serait important d'avoir une collaboration soutenue avec l'Équipe. De plus, les intervenants de l'Équipe ont profité d'une intervention au centre hospitalier pour expliquer ce qu'ils faisaient concrètement auprès des personnes itinérantes. Depuis ce temps, le personnel du centre hospitalier saisit mieux la nature du travail de l'Équipe.

La collaboration entre le personnel de l'urgence psychiatrique et l'Équipe a démarré sans que soit rédigée une entente écrite. Les membres de l'Équipe considèrent que ce mode de fonctionnement ne risque pas de changer de si tôt. Les rôles de chacun sont bien compris et bien délimités sans qu'il soit nécessaire de les consigner dans un document.

### **Une collaboration avantageuse de part et d'autre**

*La collaboration entre l'Équipe et le centre hospitalier s'inscrit dans une dynamique gagnant-gagnant. Cette collaboration comporte manifestement des avantages pour les deux parties.*

#### **1- L'échange d'information**

*Les deux partenaires, avec le consentement du client, peuvent échanger de l'information jugée pertinente pour assurer un meilleur suivi. Ainsi, lorsqu'un intervenant de l'Équipe désire référer un client à l'urgence psychiatrique, il prend soin de présenter un profil sommaire de la personne. Le personnel de l'urgence psychiatrique a en main un profil plus étoffé de la situation du patient, ce qui lui permet d'effectuer une évaluation plus rapide et plus efficace.*

Une infirmière de l'Équipe se présente à l'urgence psychiatrique avec son client en prenant soin, au préalable, de lui faire signer une autorisation de divulgation d'informations. L'infirmière de l'urgence psychiatrique demande alors de l'information sur le client; sa situation actuelle et la raison qui l'incite à consulter en psychiatrie. Elle sera ainsi en mesure de faire une première évaluation avant que le psychiatre rencontre le client.

*Le personnel de l'urgence psychiatrique peut aussi compter sur le fait que l'Équipe connaît plusieurs personnes itinérantes. Ainsi, lorsqu'une personne itinérante se présente à l'urgence, l'infirmière peut téléphoner aux intervenants de l'Équipe pour s'informer au sujet de cette dernière et discuter d'un plan d'intervention. Cet échange d'informations ne peut cependant se réaliser sans le consentement de la personne itinérante concernée.*

L'infirmière de l'urgence psychiatrique téléphone à un travailleur social de l'Équipe au sujet d'une situation particulière. Il est question d'une personne itinérante que le travailleur social avait rencontrée en 2006. Se souvenant sommairement de l'individu, le travailleur social a été en mesure d'aider l'infirmière à élaborer une stratégie d'intervention.

*Le centre hospitalier fait aussi sa part pour informer l'Équipe de la situation d'un client. Les membres du personnel hospitalier peuvent devenir des informateurs-clés lorsqu'un client de l'Équipe n'a pas été vu pendant une longue période. Le personnel de l'urgence générale ou de l'urgence psychiatrique peut alors aider l'Équipe dans sa stratégie d'intervention déployée auprès du client itinérant.*

Il arrive que l'Équipe perde la trace d'un de ses clients pendant plusieurs mois. Pour diverses raisons, ces clients peuvent se retrouver à l'urgence. Le personnel de l'urgence va alors informer l'Équipe que son client est dans leur service. De plus, L'Équipe entretient une bonne relation avec l'infirmière de liaison de l'urgence psychiatrique. Avec l'autorisation du client, elles peuvent échanger de l'information sur ses allées et venues, et proposer certaines interventions.

## **2- Faciliter l'accès aux services psychiatriques et soutenir la sortie**

*Le fait de pouvoir compter sur une urgence psychiatrique sensibilisée à la réalité des personnes itinérantes facilite le travail de l'Équipe lorsque celle-ci désire faire évaluer ou hospitaliser un client. Faire en sorte qu'un client ayant des troubles de santé mentale accepte de se rendre à l'hôpital est un travail complexe et de longue haleine. L'Équipe doit alors pouvoir compter sur la coopération de l'urgence psychiatrique lorsque qu'un client accepte de s'y présenter. L'Équipe peut aussi bénéficier de certaines ententes ponctuelles qui lui permettent de résoudre des crises psychosociales sur le terrain.*

Parfois, le personnel de l'urgence psychiatrique va aider l'Équipe en gardant une personne itinérante qui, considérant son état de santé mentale et physique, ne devrait plus être hospitalisée. Ce personnel comprend qu'en remettant une personne itinérante à la rue, il risque de le revoir frapper à la porte de l'urgence le lendemain. Dans ce contexte, l'Équipe peut s'entendre avec l'urgence psychiatrique pour que celle-ci garde un patient pour la fin de semaine. En contrepartie, l'Équipe s'engage à trouver un hébergement au patient le lundi à son retour au travail.

*La collaboration de l'Équipe comporte aussi des avantages pour l'urgence psychiatrique. Le principal avantage consistant à bénéficier du soutien de l'Équipe pour l'intervention post-hospitalisation.*

Lorsqu'un psychiatre donne congé à un patient qui n'a d'autres options que se retrouver au refuge, il peut s'assurer que l'Équipe prendra le relais. Celle-ci s'occupera du suivi en veillant, par

exemple, à ce que le client prenne ses médicaments et qu'il se présente à rendez-vous à l'externe avec le psychiatre.

*Globalement, cette collaboration semble permettre de réduire le phénomène de la porte tournante à l'urgence. L'Équipe peut compter sur la collaboration de l'urgence psychiatrique lorsqu'un client a besoin d'une évaluation plus poussée en psychiatrie ou d'une hospitalisation visant à stabiliser un trouble de santé mentale. En contrepartie, L'Équipe itinérante est présente pour assurer un suivi dans la communauté permettant d'éviter une détérioration de la situation psychosociale du patient.*

## **Des éléments qui contribuent au maintien et au renforcement de la collaboration**

*La collaboration entre l'Équipe et l'urgence psychiatrique du centre hospitalier s'est maintenue à travers le temps, malgré l'absence d'un protocole d'entente formel. Non seulement elle s'est maintenue, elle semble même s'être renforcée. Plusieurs éléments ont contribué à cette réalité.*

### **1- Construire sa crédibilité**

*L'Équipe a dû se montrer crédible aux yeux du personnel du centre hospitalier. Cette crédibilité a été acquise en répondant efficacement aux demandes du personnel hospitalier. La présence d'un médecin dans l'Équipe lui a aussi permis d'obtenir une plus grande crédibilité auprès de l'urgence psychiatrique. Le statut professionnel du médecin semble avoir favorisé une plus grande ouverture du personnel hospitalier à recevoir des clients de l'Équipe.*

La présence d'un médecin au sein de l'Équipe facilite la collaboration avec l'urgence psychiatrique. Le personnel de l'urgence psychiatrique tient davantage compte de l'avis clinique du médecin de l'Équipe qui suggère que le client soit vu par un psychiatre. En outre, le personnel de l'urgence psychiatrique apprécie fortement que le client puisse être référé à ce médecin à sa sortie de l'hôpital.

### **2- Le réseautage**

*Une meilleure collaboration passe par une meilleure connaissance des individus impliqués. Les colloques ont été des occasions pour les intervenants d'échanger sur leurs pratiques respectives, de démystifier certains préjugés et ainsi de favoriser les collaborations.*

À travers certains colloques visant à mieux arrimer les composantes du système, les intervenants de l'Équipe ont appris à mieux connaître leurs collègues du système de santé. Dans cette perspective, les références se font beaucoup plus facilement. Par exemple, lors de son arrivée à l'Équipe, le médecin ne connaissait que deux psychiatres. Maintenant, elle connaît la plupart des psychiatres de l'hôpital et ceux-ci sont plus enclins à collaborer.

### **3- Une nouvelle génération de psychiatre sensibilisé à l'itinérance**

*Élément porteur pour l'avenir de la collaboration entre l'Équipe et l'urgence psychiatrique, la nouvelle génération de psychiatre a été sensibilisée à la réalité des populations itinérantes en se présentant directement dans les milieux fréquentés par ces populations. L'approche de psychiatrie communautaire prônée par le chef du département de psychiatrie a eu un impact positif en ce sens.*

Chaque année tous les résidents en psychiatrie visitent la soupe populaire et vont au refuge. Dernièrement, un travailleur social de l'Équipe a parlé à un médecin qui termine sa résidence en psychiatrie. Il s'agit justement d'un résident faisant partie d'un groupe de médecin qui est allé visiter les ressources en itinérance. Ainsi, ce résident connaît bien le travailleur social, il est sensibilisé à l'approche et il connaît la problématique de l'itinérance

#### **4- Le facteur temps**

*Mentionnons, en terminant, que la collaboration entre ces deux acteurs existe depuis la création de l'Équipe. Cette longue expérience de mise en commun contribue à renforcer la collaboration. Celle-ci est bien rôdée et est devenue, à travers le temps, une pratique bien établie dans le secteur de l'urgence psychiatrique.*

## **19. À l'interface des autres acteurs en itinérance : sensibiliser pour repenser le « faire ensemble »**

### **Résumé**

*Ce récit met en lumière le travail du gestionnaire d'une Équipe pour sensibiliser divers acteurs appelés à intervenir auprès des personnes itinérantes ou à interagir avec elles. Le travail de sensibilisation nécessite au préalable un travail en réseau plus efficace avec les acteurs en itinérance. L'intervention auprès de certains refuges démontre cette volonté de créer de meilleures assises de collaboration avec des acteurs incontournables dans l'offre de services aux personnes itinérantes. La sensibilisation est également intimement liée à la capacité de remettre en question des façons d'intervenir qui reposent sur une analyse erronée d'un problème. En s'appuyant sur des données factuelles, le gestionnaire et l'Équipe ont été en mesure de présenter une analyse plus juste et ainsi de travailler avec les acteurs concernés pour y remédier. Les exemples présentés illustrent la volonté de sensibiliser les acteurs pour offrir des services adéquats et faire preuve d'une plus grande tolérance envers les personnes itinérantes. Cette forme de sensibilisation centrée sur la responsabilisation des acteurs reçoit le soutien de l'Équipe pour une résolution efficiente des problèmes. L'exemple d'un cas de tension dans l'espace public illustre le leadership du gestionnaire dans la résolution du conflit par la sensibilisation et la responsabilisation des acteurs concernés.*

### **Jeter les bases d'une saine collaboration : vers un réseautage plus efficace avec les acteurs en itinérance**

*Les rapports entre l'Équipe et certains refuges étaient peu développés. Les collaborations se faisaient à la pièce entre les intervenants de l'Équipe et ceux des refuges, sans un réel partenariat sur le plan organisationnel. Constatant que certains conflits se soldaient par une rupture de service, le gestionnaire a décidé de rencontrer la direction du refuge afin de redéfinir, de façon conjointe, les assises de la collaboration et d'élaborer des stratégies de communication permettant des rapports plus efficaces et plus harmonieux. Souvent, recadrer les perceptions erronées des acteurs impliqués dans le conflit facilite le rapprochement afin de jeter les bases d'une plus saine collaboration. Pour ce gestionnaire, l'administration doit être partie prenante de la collaboration de l'Équipe avec les acteurs en itinérance. Pour cela, elle doit demeurer connectée avec la réalité et les difficultés vécues par ses intervenants sur le terrain.*

À l'époque où je suis devenu gestionnaire de l'Équipe, il m'a semblé qu'elle avait peu ou pas de contacts avec un partenaire essentiel : les refuges. Il y avait d'ailleurs un certain conflit entre l'Équipe, mais davantage avec le CSSS et un refuge de la ville. Conséquemment, l'Équipe n'offrait plus de service dans ce refuge. À la suite de ces constats, une rencontre a été prévue avec la responsable du refuge. Je considérais important d'impliquer la chef de l'Équipe dans ce processus, puisqu'elle est l'interlocutrice de première ligne dans la collaboration avec la directrice du refuge. De plus, afin de régler les conflits avant qu'ils ne dégénèrent, j'insistais sur l'importance de nous informer mutuellement des situations problématiques liées à la collaboration. Nous avons ainsi jeté les bases d'une plus saine collaboration, ce qui a permis de dédramatiser les difficultés sans les banaliser et de travailler à y remédier.

Une approche similaire avec le réseau de refuges pour hommes a été développée. Désormais, les directeurs des refuges n'hésitent plus à nous téléphoner lorsqu'il y a un problème particulier lié à

la collaboration. Il peut s'agir, par exemple, d'un homme qui n'a plus le droit d'accéder à un refuge. Dans ces circonstances, la chef de l'Équipe va venir me rencontrer pour me faire part de la difficulté afin que je puisse contacter le directeur du refuge et que nous tentions de trouver une solution concertée. En somme, un des enjeux importants, en tant que gestionnaire, est de demeurer connecté en lien étroit avec le travail des intervenants de l'Équipe. Je crois qu'il faut alors s'entourer d'informateurs-clés qui vivent au quotidien la réalité sur le terrain.

### **La sensibilisation en vue de la responsabilisation : savoir s'appuyer sur des faits**

*En investiguant de façon systématique la situation de l'hébergement dans les refuges de la ville, le gestionnaire a été à même de constater une certaine incohérence entre le problème de la pénurie de places en refuge lors des grands froids et le service qui a été créé pour y répondre. Cette perception erronée du problème et la réponse inadéquate qui en découle ont alors été présentées aux acteurs concernés. Par une sensibilisation appuyée sur des données, les acteurs impliqués ont pu voir le problème différemment et s'engager activement dans la mise en place d'une solution adaptée. Le travail de sensibilisation mis de l'avant par le gestionnaire s'inscrit ainsi dans une perspective d'information et de responsabilisation des acteurs en itinérance.*

Pour être plus efficace, la sensibilisation doit, à mon avis, être appuyée par des faits. Par exemple, il y a quatre ans, à la demande de la ville, a été créé un service d'hébergement d'urgence par période de grands froids. Ce service visait à s'assurer que toutes les personnes dans la rue puissent avoir accès un à toit les soirs de froids. Une équipe de quatre intervenants du CSSS était mandatée pour répondre aux appels des intervenants communautaires ou des policiers qui désiraient trouver un hébergement pour une personne itinérante n'ayant pas accès à un refuge, faute de place.

Or, deux ans plus tard, en me référant aux statistiques des refuges, je constate qu'à l'exception de quelques soirs en trois ans, les refuges n'ont jamais affiché complet. Selon moi, nous avons créé un service pour un problème qui n'existait pas réellement. Le vrai problème venait plutôt du fait que les refuges refusaient l'accès de façon temporaire ou permanente à des personnes itinérantes. Ainsi, le travail de sensibilisation que j'ai effectué auprès des refuges a consisté à leur faire prendre conscience qu'ils ont la responsabilité d'accueillir les personnes itinérantes. De plus, je voulais les amener à réaliser qu'il était nécessaire d'avoir des motifs très sérieux pour refuser l'accès à vie à un individu et que des interventions pouvaient être faites (ex. arrêt d'agir pour éviter l'explosion de comportement) avant d'en venir à une solution de dernier recours comme l'interdiction d'accès à l'ensemble des refuges de la ville.

En travaillant de concert avec les refuges, il a été possible d'appréhender le problème différemment. Considérant que les refuges pouvaient faire un pas de plus pour réduire au maximum l'expulsion des personnes itinérantes de leur ressource, de façon temporaire ou à vie, le service d'appel téléphonique pour l'hébergement d'urgence n'était plus nécessaire. Un service de répit-hébergement a plutôt été mis en place pour les cas d'exception, soit les personnes qui se sont vues refuser l'accès aux refuges pour des motifs sérieux. Ce service aura pour objectif de favoriser graduellement la réintégration de ces personnes dans les grands refuges.

## **La sensibilisation visant la responsabilisation des acteurs pour une meilleure offre de services**

*Cette situation démontre l'importance de s'appuyer sur des faits afin d'amener les divers partenaires à porter un regard différent sur un problème. Cette forme de sensibilisation doit être suivie d'une volonté de travailler en collaboration avec les partenaires pour apporter une réponse nouvelle à un problème reconsidéré. La désresponsabilisation des institutions du réseau public envers les personnes itinérantes génère des carences de services et contribue à l'aggravation des problèmes vécus. Prenant appui sur un exemple concret lié à la convalescence des personnes itinérantes hospitalisées, le gestionnaire souhaite sensibiliser le réseau de la santé et des services sociaux à s'impliquer dans la continuité des services à offrir à cette clientèle.*

Dans la même logique de sensibilisation, une intervention a été faite auprès de l'Agence au sujet de certaines personnes itinérantes qui se trouvent dans l'obligation de vivre leur convalescence dans un refuge après avoir obtenu précocement leur congé de l'hôpital. Or, ce lieu s'avère inapproprié pour des personnes dont l'état cognitif et physique nécessiterait des soins plus spécialisés. Impuissants devant la lourdeur du problème, les intervenants des refuges n'ont parfois plus d'autres choix que d'expulser ces personnes qui se trouvent alors à la rue. En tant qu'Équipe itinérance, nous constatons que personne ne répond à leurs besoins. Il faut donc continuer à sensibiliser le réseau de santé et de services sociaux et lui rappeler sa responsabilité d'assurer des services à cette population.

## **Susciter la tolérance des acteurs en leur apportant du soutien : une sensibilisation centrée sur la résolution de problème**

*Nous avons vu précédemment qu'une sensibilisation appuyée par des faits amène les partenaires à redéfinir leur perception d'une situation problématique. Pour le gestionnaire de l'Équipe, la sensibilisation doit par la suite se concrétiser en actions permettant de résoudre une telle situation. Or, dans plusieurs situations d'intervention problématiques auprès des personnes itinérantes, les acteurs concernés ne sont pas toujours outillés pour intervenir efficacement. Les réactions d'intolérance à l'endroit des personnes itinérantes sont souvent le reflet d'un sentiment d'impuissance face à l'impasse dans laquelle se retrouvent les acteurs. L'exemple suivant illustre comment le soutien apporté par l'Équipe a permis de susciter la tolérance d'un acteur et de résoudre la situation problématique.*

Pour favoriser les collaborations avec les ressources, il est essentiel de leur apporter un soutien dans leurs interventions auprès de la clientèle itinérante. Notre collaboration avec une ressource d'hébergement de convalescence représente une illustration intéressante d'une situation où le soutien apporté par l'Équipe a permis de résoudre un problème en lien avec le comportement des personnes itinérantes hébergées. Le personnel traitant se trouvait confronté à des individus qui dérangeaient par leur comportement (état d'ébriété, par exemple). Ces situations se soldaient la plupart du temps par une expulsion des individus dérangeants. Nous avons soutenu le personnel traitant de façon à trouver des moyens d'éviter de recourir à l'expulsion. La solution a consisté à imposer un cadre de conduite plus strict aux personnes itinérantes en ne tolérant pas les écarts de comportements qui risqueraient de déstabiliser l'ensemble de la ressource.

*Face à une attitude de la part du milieu policier que nous pourrions qualifier d'intolérante envers les personnes itinérantes se retrouvant dans l'espace public, le gestionnaire considère que le rapprochement est préférable à l'ignorance intentionnelle prônée par le passé. Considérant, à*

*nouveau, que cette intolérance est le fruit d'une impuissance face aux problèmes complexes vécus par les personnes itinérantes, le gestionnaire désire s'allier avec le milieu policier pour le sensibiliser à la réalité de ces personnes et le soutenir dans la mise en place de solutions mieux adaptées. Grâce à cette alliance, le gestionnaire croit que l'Équipe sera davantage en mesure de sensibiliser les policiers au fait que la législation en matière de santé et de services sociaux limite les possibilités d'intervention auprès de personnes itinérantes présentes dans l'espace public.*

Depuis, environ deux ans, nous travaillons davantage en lien direct avec les policiers. Auparavant, l'Équipe se tenait à distance, craignant que les personnes itinérantes associent leur travail à celui des policiers. Or, nous avons intérêt à développer des liens privilégiés avec les policiers, et plus particulièrement ceux des postes de quartier situés dans les secteurs où l'on retrouve les personnes itinérantes. Selon une étude de la chercheuse Céline Bellot, les personnes itinérantes reçoivent plus de contraventions que la population générale et sont davantage judiciairisées. Il y a donc tout un travail de sensibilisation à effectuer auprès de policiers. Par exemple, il faut amener les policiers à saisir qu'une personne itinérante ayant des pertes cognitives n'est pas en mesure de comprendre pourquoi elle a reçu une contravention et qu'il y a, par conséquent, de fortes chances qu'elle se retrouve de nouveau en situation d'infraction. Nous demandons aux policiers de nous téléphoner lorsqu'ils sont aux prises avec des personnes itinérantes dérangées ou dérangeantes, afin que nous puissions trouver ensemble une solution. Notre collaboration sur le plan de l'intervention sociale constitue sans aucun doute un apport au travail des policiers.

En développant des liens soutenus avec les policiers, nous désirons les sensibiliser aux limites de nos interventions. Nous sommes confrontés à des situations où la personne est jugée apte, bien qu'elle soit dérangeante pour les citoyens. Dans ces circonstances, notre capacité d'intervention est très limitée. Petit à petit, nous espérons que les policiers saisiront et sensibiliseront leurs collègues qu'il ne s'agit pas d'un manque de volonté de la part de l'Équipe, mais bien d'une limite liée au système de santé et de services sociaux.

### **Sensibilisation et responsabilisation par la gestion des tensions dans l'espace public**

*La cohabitation, dans l'espace public, d'acteurs aux intérêts différents est propice à l'éclosion de conflits. Le gestionnaire relate à cet effet un cas de tension où a été mise de l'avant une intervention centrée sur la résolution de problème. Pour susciter le rapprochement entre les deux parties, le gestionnaire soutient que chacun doit reconnaître sa part de responsabilité dans l'apparition du litige. La sensibilisation des deux acteurs a consisté, pour l'un, à prendre conscience de la nécessité de faire preuve d'une plus grande tolérance et, pour l'autre, d'assurer un plus grand encadrement de la clientèle ayant des comportements dérangeants.*

Sur le plan de la gestion des tensions dans l'espace public, l'Équipe, mais aussi et de façon plus large le CSSS, sont grandement impliqués. Par exemple, nous sommes intervenus dans le cas d'un conflit lié à l'arrivée d'un organisme communautaire à proximité d'un secteur commercial. La présence d'une clientèle marginale aux prises avec des problèmes sévères de toxicomanie a tôt fait de susciter l'indignation du propriétaire d'un restaurant situé en face de l'organisme. Il faut dire que certains utilisateurs de l'organisme adoptaient effectivement des comportements dérangeants.

En tant que représentants du CSSS, nous voulions être partie prenante de la gestion de ce conflit en compagnie des principaux acteurs concernés (l'organisme, le propriétaire du restaurant, la direction de l'université située à proximité, la Table de concertation du quartier). Notre première intervention a consisté à entamer un dialogue avec le restaurateur qui exigeait d'emblée que l'organisme déménage dans un autre lieu. Il fallait amener cet acteur à saisir que cette solution était plutôt extrême et qu'il était possible de mettre en place d'autres solutions. La reconnaissance de la part de responsabilité de l'organisme dans le conflit a favorisé une plus grande ouverture à la discussion de la part du restaurateur. Notre contrepartie à une plus grande tolérance de la part du restaurateur était de lui assurer que l'organisme allait reprendre le contrôle du dérapage. Nous avons ainsi sensibilisé l'organisme au fait qu'il était nécessaire d'adopter certaines règles de conduite, tant à l'intérieur qu'à proximité de la ressource.

En somme, je considère que la gestion de tensions doit être orientée vers la résolution de problème. Il faut pour cela être en mesure de savoir qui mobiliser pour en venir là. Appartenir à un établissement du réseau de la santé et des services sociaux nous confère une certaine crédibilité. Les gens semblent nous déléguer le leadership dans ces situations, comme s'ils nous reconnaissaient une forme d'autorité. Nous avons sans doute contribué à construire cette reconnaissance en nous impliquant activement dans plusieurs cas de tensions dans l'espace public. De fait, les citoyens et intervenants des ressources n'hésitent pas à nous contacter et nous réagissons rapidement pour apporter des solutions. Un moyen efficace de réduire les tensions dans l'espace public est d'informer correctement les acteurs impliqués. Plusieurs situations conflictuelles ont été amplifiées par une interprétation erronée de la situation. Notre rôle consiste à rétablir les faits pour faire contrepoids à la désinformation souvent véhiculée au sujet des personnes itinérantes.

### **La sensibilisation : une responsabilité partagée?**

*Le gestionnaire croit à la contribution positive du milieu policier dans la gestion des tensions dans l'espace public. Souvent perçus comme des agents de répression, les policiers sont pourtant fréquemment impliqués dans des interventions visant la sensibilisation des citoyens. Le gestionnaire précise que les policiers ont joué un rôle significatif de sensibilisation auprès des personnes itinérantes pour réduire les tensions engendrées par leur présence à proximité du restaurant évoqué précédemment. Ce regard sur le rôle des policiers sous-tend que le travail de sensibilisation ne doit pas être considéré comme une responsabilité exclusive à l'Équipe.*

Pour la gestion des tensions dans l'espace public, je crois que nous ne devons pas hésiter à impliquer les policiers dans le processus de sensibilisation. Le rôle du policier ne se limite pas à la remise de constats d'infraction. Dans le conflit entre le restaurateur et l'organisme communautaire, les policiers ont fait beaucoup de sensibilisation auprès des utilisateurs de la ressource. Ils ont pris le temps d'expliquer que leurs comportements pouvaient générer des plaintes de la part des clients du restaurant et qu'après plusieurs plaintes ils seraient dans l'obligation de sévir. Les policiers du poste à proximité de notre CSSS sont très au fait des enjeux liés aux tensions dans l'espace public. Conséquemment, nous pouvons compter sur leur soutien dans ces situations litigieuses. L'apport des policiers comme agents de sensibilisation est cependant fragile. En effet, il suffit qu'un rapport entre un policier et un itinérant conduise à une arrestation plus musclée pour que tout le lien de confiance soit à reconstruire.

## **Conclusion**

*Ce récit a porté un regard sur le travail du gestionnaire d'une Équipe se situant à l'interface des acteurs en itinérance. Dans cette position d'interface, le gestionnaire a pu reconstruire les ponts avec les acteurs du milieu en proposant des modalités de collaboration centrées sur une communication plus efficace et sur l'implication active des directions des établissements concernés. Il a, par ailleurs, sensibilisé certains acteurs en itinérance en s'appuyant sur des données factuelles pour permettre une réflexion, susciter une responsabilisation et une plus grande tolérance envers les personnes itinérantes. Cette volonté de sensibiliser les acteurs à l'importance de se responsabiliser en regard de l'offre de services aux personnes itinérantes et à s'adapter davantage à leur réalité repose sur les rôles de soutien et de médiateur pour la résolution de problèmes et de conflits.*

## 20. Une réflexion sur l'action, l'impact de la participation à une recherche

### Résumé

*Ce récit met en lumière l'impact de la recherche sur le regard que les intervenants posent sur leurs actions. À l'issue du processus de recherche, le déplacement de l'attention vers la notion de bien-être, en opposition à un regard centré sur les difficultés des personnes vulnérables, contribue à changer la façon de voir la pratique. Ce récit expose la volonté d'une Équipe de participer activement au processus de recherche et de maintenir l'effet « dynamisant » de leur participation grâce à des actions quotidiennes, des échanges ultérieurs avec leurs partenaires, collègues et décideurs, ainsi qu'à la poursuite d'un effort de réflexion sur le sens accordé à leur pratique.*

### Voir autrement la pratique

*D'emblée, ce qui est désigné par les intervenants comme un résultat de leur participation à la recherche, est une façon de poser un regard sur eux-mêmes, de prendre un temps pour réfléchir à leurs pratiques. La recherche aura été l'occasion de participer à un questionnement des intervenants au sujet de leurs actes professionnels et qui pourrait se résumer par : « Qu'est-ce que ça donne? ».*

Notre participation à la recherche nous a permis de réfléchir au sens de notre pratique en posant un regard critique sur elle. Pendant notre engagement dans la recherche, nous nous sommes impliqués dans le redémarrage d'une Table de concertation traitant du phénomène de l'itinérance. Notre participation à la recherche a eu un impact sur la façon dont nous avons répondu à cette demande. Ce fut l'occasion pour nous de clarifier notre rôle par rapport à nos collaborateurs, tant à l'interne (le CSSS), qu'à l'externe (organismes communautaires et institutionnels).

Dans le cadre de notre pratique, il n'est pas rare de nous questionner sur la pertinence d'une intervention par rapport à une autre et, par conséquent, de nous demander ce qu'elle a comme impact. Nous n'obtenons que très rarement une réaction en retour sur nos actions de la part des personnes concernées. Par une recherche-action qualitative, les chercheurs sont allés identifier la perception de nos clients dans les lieux où nous intervenons. La recherche a été l'occasion pour nous de mieux apprécier l'impact que nous avons sur les personnes à risque ou en voie d'exclusion sociale. Bien que de s'exposer au regard des chercheurs nous a mis en situation de vulnérabilité, puisque nous nous soumettions à une possible critique de nos actions professionnelles.

*Les infirmières font état des changements nécessaires à réaliser dans leur pratique, afin de s'adapter aux besoins des clientèles desservies. À cet égard, la recherche a donné un sens à des pratiques professionnelles qui ne correspondent pas à celles qui sont dictées par les lieux de références habituelles (institutions, ordre professionnel, etc.). Ces « entorses » prennent la forme de pratiques adaptées aux contingences du contexte d'intervention. Ces innovations sont apportées dans le souci de mieux répondre aux besoins des personnes en situation d'exclusion.*

La recherche nous a démontré que notre mode d'intervention était efficace. Donc, nous nous disons que nous avons intérêt à ne pas changer une formule gagnante. Alors, nous acceptons plus facilement de vivre avec nos petites zones grises, ce qui est habituellement mieux pour la

clientèle. Pour illustrer cela : lorsque nous pratiquons du repérage actif, c'est dans le but de créer un lien avec des personnes qui ne peuvent être approchées de la même façon que dans un contexte d'intervention habituelle (CLSC, clinique médicale, centre hospitalier, etc.). Nos interventions initiales visent plus souvent qu'autrement à créer un lien avec des personnes que notre présence dans leur milieu rend méfiantes. Parfois, cela exige de notre part de réaliser les premiers pas afin d'établir le contact. En résumé, une part importante de nos interventions nécessite des stratégies servant principalement à créer un lien avec ces personnes : prendre le temps de jaser, aller visiter leur logement, les accompagner à un rendez-vous (médical ou autres), prendre un café, etc.

### **La notion de bien-être**

*La recherche a permis l'émergence d'une manière différente de concevoir la pratique auprès des personnes en situation d'exclusion. Appliquée à l'intervention, la notion de bien-être permet de recentrer le rôle de l'intervenant en tenant compte de la perception du client. Elle s'articule autour d'une nouvelle façon d'aborder sa situation en s'écartant d'une approche qui s'appuie notamment sur les difficultés et sur les déficits de la personne. À partir de cette réflexion, l'Équipe développe une façon de faire éprouvée empiriquement. Les bénéfices de cette forme d'intervention se constatent tant chez les intervenants que chez les usagers. Le bien-être s'oppose, entre autres choses, à une vision linéaire du changement qui correspond à un mode d'intervention plus directif visant des finalités très pointues. Cela se traduit par un accompagnement qui favorise le pouvoir d'agir des clients.*

La notion de bien-être nous amène à remettre en question une vision de l'intervention centrée sur les difficultés. Le fait d'être centré sur les problèmes à résoudre nous permettait difficilement d'avoir une perception globale de la personne dans le besoin et/ou d'apprécier où elle en était par rapport à ses propres objectifs. Cette notion de bien-être permet d'éviter de s'égarer dans un sentiment erroné de devoir combler l'ensemble des besoins de la personne pour favoriser plutôt une amélioration de son bien-être. Parfois, l'intervention se limite seulement à essayer de voir comment nous pouvons améliorer un aspect circonscrit de sa vie pour qu'elle se sente mieux. L'adhésion à une philosophie de l'intervention qui est centrée sur le bien-être des gens peut nous amener à poser des actions plus cohérentes avec ce que veut le client. Il vaut mieux réaliser des objectifs modestes dans un premier temps et, à partir de là, poursuivre d'autres objectifs. Une telle conception de la relation d'aide a un double effet : l'aidant se libère d'une pression induite et, parallèlement, elle permet d'éviter d'imposer une orientation à l'accompagnement qui ne correspondrait pas aux besoins de l'aidé.

Contourner la dimension contrainte dans la relation d'aide permet à la personne de se mobiliser davantage. Nous constatons qu'elle est beaucoup plus présente et impliquée dans son cheminement que si nous imposions notre façon de faire. Nous manifestons de l'ouverture en modifiant notre conception des situations problèmes. Nous travaillons maintenant pour améliorer les conditions de vie des personnes, à partir de leur propre définition du bien-être. Pour illustrer cette façon de concevoir la relation d'aide, citons le cas d'un homme qui ne souhaitait pas quitter la rue à court terme. Nous n'avons pas insisté pour qu'il le fasse. Nos interventions périodiques auprès de lui ont pris la forme d'actions ciblées sur des facteurs de risque précis : actions éducatives pointant les difficultés qu'il pouvait rencontrer en lien avec son choix. Nous lui avons remis de la crème solaire, des bouteilles d'eau, etc. Cette approche permet de maintenir un lien avec la personne et, selon son rythme, de proposer d'autres options au moment opportun.

## **La recherche comme outil de reconnaissance et de réflexion pour l'avancement des pratiques**

*Comme suite à cette recherche, le regard porté par les partenaires et décideurs sur les pratiques de l'Équipe s'est modifié. Des décideurs et d'autres intervenants se sont montrés intéressés par les résultats de la recherche et le caractère spécifique des pratiques de l'Équipe. Cette reconnaissance a non seulement créé une nouvelle dynamique avec les autres acteurs mentionnés, mais également, grâce à cette reconnaissance, l'Équipe a été à même de consolider ses assises au plan de sa légitimité et de dynamiser ses réalisations au sein de la communauté.*

La recherche nous a permis d'acquérir davantage de crédibilité auprès de notre organisation, tant chez les décideurs que chez nos collègues du réseau public. La recherche a mis en lumière ce que nous faisons. Auparavant, nous devions composer avec une certaine résistance quant à notre pertinence, notamment lors des demandes de financement. La recherche a eu un impact sur notre détermination à poursuivre avec notre approche d'intervention centrée sur le bien-être. La lutte que nous devons livrer afin de maintenir l'Équipe en vie n'est plus nécessaire.

En résumé, la recherche a donné plus de visibilité à notre approche d'intervention, notamment auprès de la direction de l'établissement. Par ailleurs, elle nous a amenés à participer à différents événements afin de présenter la recherche et notre travail. Lors de ces échanges, il a été possible de constater que notre approche est applicable à d'autres secteurs d'activité. La transversalité de la notion de bien-être auprès de différents services est évidente puisqu'elle est applicable à une diversité de clientèles. Encore aujourd'hui, nous recevons des demandes de professionnels pour parler de notre expérience de participation à une recherche et de son impact sur la transformation de notre pratique.

*Conformément au plan communautaire régional d'action en itinérance, L'Équipe souligne l'importance de produire des écrits afin de diffuser les connaissances scientifiques liées aux pratiques. Les connaissances produites par la recherche sont vues comme essentielles au développement des pratiques et à la mobilisation des intervenants de divers secteurs.*

Qu'il s'agisse des pratiques de l'Équipe ou du phénomène de l'itinérance au sein de notre communauté, si nous voulons faire avancer les choses, il faut faire avancer les connaissances. Pour nous, une telle participation est devenue quasiment un incontournable. Nous estimons qu'il n'est pas possible d'avancer dans la poursuite de nos nouveaux objectifs sans maintenir ce questionnement au sujet de nos pratiques. Ainsi, l'une des meilleures façons de réfléchir sur le travail que l'on fait est de bénéficier du recul que favorise la recherche, ce qui nous oblige à prendre un temps d'arrêt pour nommer et remettre en question nos actions. Ce type de recherche n'est pas relégué sur une tablette; nous l'utilisons et il nous permet de nous ouvrir à d'autres opportunités en assumant un rôle dans la diffusion des résultats. Nous sommes très enthousiastes à l'idée de maintenir des liens avec la communauté scientifique et souhaitons nous impliquer dans d'autres projets. La réflexion sur la pratique est à la fois une nécessité et un moyen pour nous de nous améliorer. En somme, il faut poursuivre ce questionnement afin de mieux comprendre l'intervention réalisée auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité.

## **Conclusion**

*Ce récit fait état de l'impact de la participation à une recherche, et témoigne d'un questionnement et d'une volonté de comprendre les actions posées au quotidien. Le fait d'œuvrer auprès de populations marginales et vulnérables semble alimenter un souci de démonstration de l'utilité du travail des Équipes, par des moyens appuyés scientifiquement. La quête de reconnaissance peut parfois se traduire par un essoufflement, vu la multiplication des instances (contexte de travail, collaborateurs, etc.). Ce récit met de l'avant l'intérêt de la participation active des praticiens à la réalisation de la recherche, afin de maximiser les échanges mutuellement bénéfiques entre les praticiens et la communauté scientifique, où l'analyse contribue à l'action et à l'action nourrit la réflexion.*

## **21. Saisir les glissements : les défis du mandat d'une Équipe itinérante**

### **Résumé**

*Ce récit de pratique met en lumière les réflexions du gestionnaire d'une Équipe au regard des pratiques et de l'organisation des services pour les personnes itinérantes. Le gestionnaire soutient que certaines façons de faire se situent en porte-à-faux par rapport à la mission et aux valeurs de l'Équipe. Il illustre ces glissements de pratique en analysant deux situations auxquelles il est confronté, au moment de la recherche, dans le cadre de son mandat : une entente de service avec la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et l'offre de service pour les personnes itinérantes dans son établissement. Questionner ces pratiques représentant un glissement important devient ainsi une opportunité pour le gestionnaire de les repenser pour maintenir le cap sur la mission de l'Équipe.*

### **Une réflexion sur le rôle d'un gestionnaire : la dimension critique comme porte d'entrée pour repenser les pratiques**

*Le gestionnaire de l'Équipe considère que son rôle ne doit pas consister uniquement à gérer le programme selon les orientations existantes, puisque celles-ci méritent d'être questionnées en cours de route. C'est cette façon d'appréhender son rôle de gestionnaire qui l'amènera à porter un regard critique sur les glissements de pratique de façon à revenir au mandat initial ou à instaurer des façons de faire plus cohérentes avec la philosophie d'intervention de l'Équipe*

Dans mon rôle de chef d'administration de programme, je considère important de prendre le temps de réfléchir à nos pratiques d'Équipe et de les questionner. Lorsque que nous considérons que des changements doivent être apportés, il est essentiel pour moi de mettre en place des stratégies pour y arriver, et cela, en collaboration avec les personnes concernées. J'illustrerai mes propos à l'aide de deux situations qui ont alimenté mes réflexions depuis quelque temps.

### **Une entente avec la RAMQ : une idée initiale en cohérence avec le mandat de l'Équipe**

*Le gestionnaire de l'Équipe illustre par l'exemple de l'entente avec la RAMQ que la plupart des initiatives reposent sur de bonnes intentions initiales très louables. Cette entente permettait, en fait, aux personnes itinérantes de bénéficier d'une plus grande flexibilité du système de santé afin d'y accéder plus facilement.*

En 1993, l'Équipe et des refuges de la ville ont conclu une entente avec la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Cette entente permettait d'obtenir auprès de la RAMQ un numéro temporaire afin d'accélérer l'accès aux soins médicaux pour les personnes qui n'avaient pas de carte d'assurance-maladie. Cette entente paraissait tout à fait louable puisqu'elle nous permettait de mieux remplir notre mandat principal qui est d'arrimer les gens avec le réseau de la santé et des services sociaux.

### **Un glissement qui amène une remise en question**

*Certaines circonstances sont parfois propices à l'apparition de nouvelles façons de faire qui subtilement induisent un glissement par rapport à l'essence même d'un projet. Le gestionnaire fait référence dans ce cas-ci à une nouvelle disposition de la loi qui permet aux personnes itinérantes de recevoir un chèque d'aide sociale moyennant la présentation d'une carte*

*d'identité, en l'occurrence la carte d'assurance-maladie du Québec. Cette nouvelle disposition attire un volume considérable de personnes itinérantes vers le centre-ville où le service est offert. Conséquemment, de fil en aiguille, l'entente a contribué à une forme de ghettoïsation des personnes itinérantes qui s'est enracinée au centre-ville après être arrivées de plusieurs régions du Québec pour recevoir une carte d'assurance-maladie. L'Équipe se retrouve par ailleurs surchargée d'une tâche administrative qui n'est guère en lien avec ses compétences.*

Depuis 2001, une personne itinérante peut recevoir un chèque de la sécurité du revenu même si elle n'a pas d'adresse permanente. Elle doit cependant être en mesure de s'identifier et la carte d'assurance maladie est souvent la pièce d'identité exigée. Cette nouvelle disposition a contribué à augmenter considérablement le nombre de demandes de cartes d'assurance-maladie dans notre établissement. Au fil du temps, l'Équipe itinérance est devenue en quelque sorte un point de service de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ). Dans la région de Montréal, les bureaux de la RAMQ ne desservent plus les personnes itinérantes qui n'ont pas de pièces d'identité et les réfèrent à notre Équipe. Cela a pour conséquence que des personnes itinérantes provenant d'autres régions sont parachutées au centre-ville. Nous assistons ainsi à une plus grande ghettoïsation de l'itinérance. Il faut pourtant éviter que ces personnes se cristallisent dans l'itinérance.

Sur le plan de la gestion des effectifs, je dois affecter quatre travailleurs sociaux à raison de deux demi-journées par semaine aux démarches pour l'obtention de cartes d'assurance-maladie. Compte tenu du fait qu'en une demi-journée, nous rencontrons de quarante à soixante personnes, cela représente une tâche colossale. Dans ce contexte, les travailleurs sociaux ne font pas de l'évaluation psychosociale, mais plutôt de la cueillette de données. Ce mandat s'avère très peu lié à leur formation de travailleur social et pourrait très bien être accompli par un commis. D'ailleurs, les travailleurs sociaux de l'Équipe disent ne pas être utilisés à bon escient et ont l'impression de travailler dans une usine de fabrication de cartes d'assurance-maladie.

### **Une solution à ce glissement : la nécessité de rencontrer la RAMQ**

*Le gestionnaire désire rencontrer les parties impliquées dans cette entente afin de proposer des avenues qui respectent l'essence de la mission de l'Équipe. La première avenue consisterait à revenir au mandat initial qui était de permettre un accès rapide aux soins de santé par l'émission d'un numéro d'assurance-maladie temporaire. La seconde avenue a pour objectif sous-jacent de rappeler à la RAMQ sa responsabilité d'offrir des services à l'ensemble de la population sans discrimination. En desservant les personnes itinérantes dans l'ensemble du Québec, la RAMQ éliminerait ainsi le service parallèle et la ghettoïsant qu'il a contribué à créer.*

Après avoir analysé la situation au regard de l'utilisation du service, j'ai constaté qu'eu égard au mandat de l'Équipe qui est d'arrimer les personnes avec le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons tendance à être en porte-à-faux. Comme gestionnaire, il est de mon rôle de questionner ce glissement auprès des acteurs concernés. Je prévois donc rencontrer des gens de la RAMQ pour leur faire part de ma position. J'envisage deux scénarios afin d'offrir un service plus conforme à notre mandat initial. Le premier consiste à revenir au concept de départ, c'est-à-dire permettre aux personnes malades d'obtenir une carte temporaire afin d'accéder le plus rapidement possible aux services de santé. Le second consiste à impliquer financièrement la RAMQ pour maintenir le service qu'elle a en quelque sorte créé à l'intérieur de notre CSSS. Il n'est pas logique d'utiliser les budgets du CSSS pour rémunérer quatre travailleurs sociaux qui

effectuent une tâche qui n'est pas en lien avec leurs compétences. Malgré tout, l'objectif que je poursuis à travers cette démarche va bien au-delà de l'enjeu financier. Je désire transmettre le message à la RAMQ que toute personne au Québec a le droit d'obtenir une carte d'assurance-maladie, et ce, même si elle a égaré ses pièces d'identité. La RAMQ a, selon moi, la responsabilité d'offrir et d'organiser les services appropriés dans l'ensemble de la province. Il faudra réfléchir, dans un avenir rapproché, aux stratégies les plus efficaces pour faire avancer ce dossier.

### **L'offre de service de l'Équipe itinérance : une autre pratique à repenser**

*Le gestionnaire de l'Équipe a observé un autre glissement, majeur cette fois-ci, en lien avec l'offre de services aux personnes itinérantes dans son établissement. Voulant répondre à la demande croissante de services de la part des personnes itinérantes, l'Équipe en est venue à déployer beaucoup d'effectifs à l'intérieur de son établissement au détriment des services de proximité. Ainsi, intervenir majoritairement auprès des personnes itinérantes qui sont en mesure de se rendre au CSSS pour recevoir des services est en contradiction avec le mandat initial de l'Équipe qui consistait à intervenir auprès des individus qui sont en rupture avec le système de santé et de services sociaux. Par ailleurs, le gestionnaire met de l'avant la contradiction entre le discours de l'Équipe et la réalité sur le terrain, engendrée par cette offre de service parallèle. Plutôt que de favoriser l'inclusion sociale des personnes itinérantes, cette approche tend à les discriminer davantage.*

Sur le plan de l'organisation des services à l'Équipe itinérance, il y a une infirmière qui fait de l'intervention d'*outreach* dans la rue et, depuis peu, j'ai créé un nouveau poste afin qu'une travailleuse sociale puisse aussi assumer ce mandat. En ce qui concerne l'*outreach* dans les refuges, l'ensemble des infirmiers et infirmières, et travailleurs et travailleuses sociaux de l'Équipe se partagent le travail. Les autres interventions sont effectuées à l'intérieur du CSSS dans le cadre de visites sans rendez-vous.

En prenant du recul, j'ai réalisé que l'offre de services, telle que présentée actuellement, ne correspond pas au mandat initial de l'Équipe qui, rappelons-le, consiste à arrimer les personnes avec le réseau de la santé et des services sociaux. Or, nous nous rendons compte que plusieurs personnes itinérantes se déplacent au CSSS pour recevoir des services sociaux et de santé. Ces personnes sont donc déjà arrimées puisqu'elles se présentent de façon autonome dans les services. L'Équipe est donc devenue un service général du même type que les autres équipes d'accueil et de suivi du CSSS.

Paradoxalement, nous avons créé ce que nous critiquions chez d'autres organisations. Dans notre discours, nous dénonçons les organisations qui contribuent à discriminer et ghettoïser les personnes itinérantes en créant des services parallèles. Pourtant, en centralisant les services aux personnes itinérantes dans un seul CSSS, nous engendrons justement une ghettoïisation. Cela a pour conséquence qu'une vingtaine de personnes itinérantes attendent chaque après-midi à la porte du CSSS pour recevoir des services alors qu'elles pourraient avoir recours à d'autres CSSS de la ville. Certains CSSS vont nous référer des individus qui viennent de perdre leur logement en prétextant qu'ils sont itinérants. Je dois intervenir auprès des responsables de ces CSSS en leur rappelant qu'il s'agit d'une crise psychosociale et qu'ils ont la responsabilité d'intervenir auprès de cette clientèle issue de leur territoire.

## **Revenir à la mission première : une orientation qui doit susciter l'adhésion des services généraux du CSSS**

*Soucieux de remédier au glissement qui s'est produit au fil des années, le gestionnaire porte une réflexion prospective sur les stratégies permettant de revenir à la mission première de l'Équipe. Comme dans une opération de mise en marché, le gestionnaire prévoit rencontrer les intervenants des services à l'interne, afin de discuter avec eux du bien-fondé de cette nouvelle orientation. Ainsi, pour sortir du statut quo, le gestionnaire désire utiliser la voie de la sensibilisation-formation plutôt que d'imposer le changement par une réorganisation des services par le haut.*

Face à ce constat, l'objectif que je poursuis consiste à revenir à notre mission première de faire de l'intervention de proximité. Plus concrètement, nous devons être davantage présents dans les milieux afin de rejoindre les personnes qui ne viennent pas vers les services. Pour cela, je souhaite affecter quatre travailleurs ou travailleuses sociaux et quatre infirmiers ou infirmières à temps plein pour intervenir dans la rue et dans les ressources. En contrepartie, il sera nécessaire de s'arrimer avec les services généraux de notre établissement et des autres CSSS pour que les personnes itinérantes puissent être desservies.

Il est question ici d'un grand changement de pratique dans notre établissement. L'Équipe itinérance est relativement favorable à ce changement, mais il faudra, dans un premier temps, penser aux stratégies permettant l'adhésion des acteurs à l'interne à cette nouvelle orientation. De toute évidence, il est impératif de ne pas chercher à imposer le changement, mais plutôt de viser une solution gagnant-gagnant. De plus, il faut s'assurer que le changement soit dans l'intérêt des personnes itinérantes et qu'elles ne soient pas insatisfaites de la nouvelle offre de services. Les intervenants des services courants sont pour la plupart peu familiers avec la réalité des personnes itinérantes. L'intervention en itinérance s'inscrit dans une philosophie, des approches et un savoir-être bien particuliers. Conséquemment, nous devons offrir aux intervenants une formation adéquate et les sensibiliser aux défis de l'intervention auprès de la clientèle itinérante.

## **Une nouvelle orientation nécessitant une redéfinition des collaborations avec les partenaires du milieu**

*La nouvelle orientation proposée sous-tend une présence plus soutenue des intervenants en outreach. Selon le gestionnaire, cela devrait conduire à une redéfinition des collaborations entre l'Équipe et certains partenaires comme les organismes communautaires et les policiers. Si, pour les intervenants de l'Équipe, cette nouvelle forme de collaboration demande d'intensifier la présence dans les milieux partenaires, ces derniers devraient, en contrepartie, devenir des acteurs-clés dans l'intervention auprès des personnes itinérantes nécessitant des soins plus spécialisés.*

Afin de revenir à notre mission première, nous devons aussi assurer une présence plus soutenue auprès des partenaires du milieu. L'augmentation des effectifs en *outreach* nous permettra de soutenir davantage les organismes communautaires afin de trouver des solutions conjointes aux situations complexes rencontrées dans leur pratique. Il faut faire en sorte que les organismes communautaires n'hésitent pas à identifier les personnes qui bénéficieraient des services sociaux ou de santé et à nous téléphoner en cas de besoin. Cependant, il faudra être à l'affût des possibles dérapages pouvant se produire dans ce contexte de collaboration. Notre soutien aux organismes

ne devrait pas conduire à une déresponsabilisation de leur part envers des individus qui leur causent des problèmes sérieux (*dumping*). Les intervenants de l'Équipe devront quant à eux éviter de se comporter en experts de la situation qui dicte la marche à suivre. Cette attitude risquerait de conduire à l'épuisement et provoquerait une réaction de fermeture chez les intervenants des organismes.

Nous souhaitons aussi renforcer la collaboration avec les policiers. Ils devraient faire davantage appel à nous lorsqu'ils rencontrent une personne itinérante qui, visiblement, a besoin de soins particuliers. Nous pourrions ainsi être plus actifs auprès de ces personnes qui n'ont de lien ni avec les organismes ni avec les services sociaux et de santé.

### **S'appuyer sur l'écrit pour faire valoir le changement, l'opérationnaliser et en laisser une trace historique**

*Nous avons pu constater précédemment que le réseautage avec les acteurs impliqués dans l'offre de services aux personnes itinérantes constitue une stratégie essentielle pour favoriser un changement de pratique. Dans son rapport avec les acteurs, le gestionnaire souhaite s'appuyer sur des bases solides afin d'expliquer et de démontrer l'efficacité du changement proposé. La littérature scientifique représente pour lui cette assise qui permettra de cerner les meilleures pratiques en matière d'intervention de proximité. L'écrit revêt aussi son importance, dans la mesure où il pourrait permettre de laisser une trace du changement opéré.*

Pour opérationnaliser le changement, je crois qu'il serait pertinent de s'appuyer sur des écrits portant sur l'intervention de proximité. Cela nous permettrait de recenser les meilleures pratiques et de cerner les pièges à éviter dans la mise en place de ce changement. En nous appuyant sur la littérature scientifique, nous aurons de meilleures assises pour expliquer et faire valoir notre changement de vision aux différents partenaires. Pouvoir démontrer aux partenaires que certaines interventions de proximité ont eues des résultats probants constitue, selon moi, une stratégie gagnante pour susciter leur adhésion au changement de pratique.

Je désire, par ailleurs, que nous puissions documenter notre changement de pratique. Il serait intéressant de laisser une trace écrite du changement appuyé par les réflexions qui ont eu lieu à cette époque. Souvent, je constate qu'en CSSS il y a plusieurs pratiques intéressantes qui sont mises en place, mais qui sont très peu documentées. Avec le temps, nous nous demandons pourquoi cette pratique a été implantée et nous n'avons pas de réponses à cette question. Laisser une trace écrite nous permettrait de mieux saisir les changements qui s'effectuent.

### **Conclusion**

*Ce récit nous a permis de suivre la réflexion d'un gestionnaire sur les glissements ayant contribué à détourner une Équipe de sa mission première. Sensible aux échos des intervenants de son Équipe qui constataient que les façons de faire avaient conduit à une mauvaise utilisation des ressources humaines, le gestionnaire a pu mesurer l'ampleur que prenaient ces glissements. Sa réflexion fait ressortir une tension importante entre la philosophie de l'Équipe qui souhaite arrimer les personnes itinérantes avec les services courants, et la pression des institutions à confiner cette clientèle dans des services dédiés. Le gestionnaire se donne comme mission d'intervenir à la source du glissement en remettant en question l'image de service dédié que renvoie à l'Équipe l'ensemble des acteurs impliqués auprès des personnes itinérantes.*