

Faire des pas là où c'est possible :

traumatisme crânien, comportements agressifs et perte d'autonomie

— Résumé —

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

Dans le cadre du suivi relaté dans ce récit, l'objectif sera d'accompagner une personne souffrant d'un traumatisme crânien dans la recherche et l'obtention d'un hébergement adéquat, qui réponde à une capacité d'autonomie limitée et à une problématique de comportements agressifs. Un imposant travail de collaboration, d'arrimage et de médiation sera réalisé auprès des ressources existantes afin de lui trouver un toit et des services. Ce récit met par ailleurs tout particulièrement l'accent sur les façons dont l'intervenante va innover et régulièrement réviser ses manières de faire, afin d'accompagner M. Beaulieu dans ses apprentissages et de favoriser son autodétermination.

En regard des diverses problématiques auquel fait face cet homme, l'intervenante travaillera simultanément sur plusieurs fronts, sans savoir là où il sera possible de faire des pas : s'outiller pour intervenir auprès d'une personne aux comportements agressifs; s'intéresser à la personne, et notamment à sa spiritualité; l'accompagner dans le développement de ses aptitudes à la vie quotidienne; et tout mettre en œuvre pour rattacher la personne à un environnement favorable. Ce suivi témoigne d'une grande écoute, d'une souplesse et d'une constance dans l'accompagnement d'un individu au profil particulier. Un accompagnement qui aura pour principal critère d'accompagner le rythme de M. Beaulieu, sans par ailleurs perdre de vue la responsabilité professionnelle d'évaluer les capacités réelles d'une personne et de l'orienter vers des ressources adéquates.



hisks, 2007. Certains droits réservés. CC

« Dans l'accompagnement, j'avance où c'est possible avec lui, sans savoir où il sera en mesure de faire des pas. Il n'est pas fait pour vivre en groupe, mais il n'a pas l'autonomie de vivre seul. »

Équipe SIV CSSS J-M
Projet Chez soi

Offrir l'expérience d'un appartement avec services

Au cours de l'entrevue de recrutement au projet Chez soi, M. Beaulieu se désorganise et il sera nécessaire de faire appel à un service d'urgence psychosociale pour résorber la crise. À son entrée au projet, l'équipe SIV CSSS sait qu'il souffre d'un traumatisme crânien (aussi appelé traumatisme crânio-cérébral - TCC) qui limite sa capacité d'autonomie et occasionne des comportements antisociaux. Un studio sera proposé à M. Beaulieu dans une ressource d'hébergement communautaire.

Au début du suivi clinique, M. Beaulieu a accepté de signer des autorisations pour que nous communiquions avec diverses ressources et institutions. Nous avons appris qu'il a souffert d'un traumatisme crânien cérébral sévère à la suite d'une tentative de suicide, il y a vingt ans. Par la suite, sa mère lui a apporté le soutien affectif, financier et matériel nécessaire pour qu'il demeure en appartement. Lorsque cette dernière est décédée, M. Beaulieu s'est retrouvé seul dans un HLM et il a connu une désorganisation rapide. En quelques mois,

son agressivité à l'égard d'une voisine (paranoïa et harcèlement) l'a amené à être accusé d'agression physique et il a été évincé du HLM. Après l'évincement, il a séjourné quelques mois dans un refuge d'hébergement, puis il a été évincé de la ressource à cause de son agressivité.

M. Beaulieu était à la rue depuis cinq mois lorsqu'il a été recruté par le projet Chez soi. Dans les évaluations effectuées antérieurement par une neurologue, il était fortement suggéré qu'il vive dans un milieu encadré. Étant donné qu'il avait été désigné pour participer à une sous étude sur le logement social dans le cadre du projet, nous lui avons proposé un appartement supervisé dans une résidence d'hébergement communautaire du centre-ville.

S'outiller pour mieux intervenir

Informée des divers incidents liés à l'agressivité de M. Beaulieu, l'intervenante va d'abord chercher à s'outiller pour intervenir adéquatement auprès de lui. Elle vise ainsi à se positionner en soutien de cet homme régulièrement rejeté par ses pairs et les diverses ressources qu'il fréquente en raison de ses comportements.

L'atteinte crânienne de M. Beaulieu le rend susceptible d'avoir des comportements antisociaux, donc imprévisibles, involontaires, impulsifs. Partout où va, ça ne se passe pas bien à cause de son agressivité. Dans les cafés chrétiens qu'il fréquente, il se fait mettre à la porte. M. Beaulieu n'a pas d'autocontrôle. Quand un incident arrive, il explose et il n'écoute plus personne. Il a également peu d'autocritique. Dans le plan de gestion de crise que j'ai fait avec lui, tout est relié à Jésus. Ça ne me donne aucun levier. « *Si j'anticipe une crise, il faudrait prendre les mesures particulières concernant... À renoncer à moi-même, à porter ma croix et à te suivre au nom de Jésus. J'ai à remettre tout entre ses mains, merci Seigneur.* » Ainsi de suite.

Quand il est arrivé à la résidence d'hébergement, une évaluation de son agressivité a été demandée dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences physiques. Les gens de la résidence et notre équipe avaient des craintes. Le personnel du centre de réadaptation a diagnostiqué un trouble modéré du comportement. Cependant, dans l'année qui a suivi, nous avons remarqué une escalade de l'agressivité de M. Beaulieu.

À la suite de cette évaluation, nous avons obtenu un mois de soutien de la part du centre de réadaptation, sous la forme d'une formation sur les comportements agressifs. Comme intervenante, on m'a offert une méthode pour mettre fin à une discussion. M. Beaulieu avait dit qu'il était difficile pour lui de terminer une rencontre, avec qui que ce soit, car il se sentait abandonné. Lorsqu'il s'exprime, c'est très long, très vague, ça peut être irritant pour les gens qui l'écoutent. Alors, il s'agit de l'aider à synthétiser ses propos quand nous arrivons à la fin d'une rencontre: «*Écoute Pierre, tu as cinq minutes, termine ce que tu veux dire.*» Ensuite, je me lève. Ce sont des signes, il le sait. S'il continue, je dois quitter. C'est une démarche en trois étapes. Il y a eu des améliorations, bien que ce soit toujours à travailler.



bouwm019, 2009. Certains droits réservés. CC

S'intéresser, valoriser les forces et développer les aptitudes à la vie quotidienne

À travers les divers accompagnements, le respect du rythme et l'intérêt qu'elle porte à M. Beaulieu en tant que personne, se développera un lien significatif. Après une année de suivi, l'intervenante compte parmi les rares personnes, peut-être la seule, à pouvoir lui parler lorsqu'il vit une crise et à être en mesure de l'accompagner dans ses dynamiques relationnelles. Un suivi sous le sceau de la souplesse et de l'ouverture, au cours duquel elle changera sa manière habituelle d'intervenir et lui accordera plus de temps qu'à d'autres suivis.

Je dois faire preuve d'ouverture à l'égard de qui il est. Si sa foi était mise de côté dans le cadre du suivi, ça ne fonctionnerait pas. **Je m'intéresse à ce qui est important pour M. Beaulieu, je m'informe; c'est ce qui permet d'établir un lien de confiance et de le maintenir.** Je l'écoute sans le juger. Je vise à ce qu'il ne se sente pas encore une fois rejeté. C'est ce qu'il vit en permanence depuis son traumatisme crânien : parce qu'il boite, il tombe régulièrement lorsqu'il se déplace, il est aveugle d'un œil, à cause aussi de sa manière d'aborder les gens. C'est un suivi qui me demande de la patience. Il est parfois long d'écouter des propos religieux, mais ça lui fait plaisir et il ne faut pas mettre cela de côté; ça fait partie de lui. Il m'arrive aussi de me servir de ses champs d'intérêt pour établir un lien avec lui. Par exemple, je prends le petit verset de la Bible qu'il me remet à chaque rencontre et je le remercie. Et lorsqu'un verset me touche, je lui en fais part la semaine suivante.

M. Beaulieu a beaucoup de difficultés avec les courtes visites. C'est pourquoi je le rencontre deux heures plutôt qu'une seule lors des visites à domicile. Ce sont des

aménagements qu'il est important de faire pour le respecter. Cet homme est isolé, il a peu de relations, alors moi je suis comme un bonbon pour lui. Je le vois une fois par semaine. C'est une visite qui lui fait du bien. Mais je n'arrive pas avec mes gros sabots. J'ai appris à lui parler. Aujourd'hui, je peux lui rappeler des faits qui se sont passés. Auparavant, c'était difficile, il s'emportait. Il disjoncte et il n'est plus capable d'être à l'écoute, il n'est plus capable de penser. À plusieurs reprises, je lui ai dit : « *Peu importe ce qui arrive, je ne vais jamais te laisser tomber, tu seras toujours soutenu. Mais il faut aussi que je te dise les vraies choses.* »

Tout est long dans ce suivi; il faut prendre le temps, mais nous y arrivons. Ça me demande beaucoup de patience pour accepter que M. Beaulieu ne prenne jamais de décision sur-le-champ, qu'il ait besoin d'un temps de recul pour réfléchir aux différentes options qui se présentent à lui. Il faut lui proposer une idée à la fois, une nouvelle activité à la fois. Il est très routinier. Il n'ira pas de lui-même vers quelque chose de nouveau, il faut l'y accompagner.

M. Beaulieu a relativement peu d'autonomie pour accomplir des activités de la vie domestique. Il a de la difficulté à amorcer les tâches et il a également une mobilité réduite. L'intervenante identifie cependant les forces de cet homme et sa capacité à se mettre en marche, malgré tout, pour certaines activités qui lui tiennent à cœur. En identifiant ses forces, elle voit des aptitudes qui avaient peut-être échappé au regard d'autres professionnels, et sur lesquelles elle tablera dans l'intervention.

Amorcer des tâches et en enchaîner les étapes est difficile pour M. Beaulieu. Il est très lent dans l'exécution de ses tâches et il a de la difficulté à se concentrer. Par contre, le rangement est impeccable. Nous avons travaillé différentes choses pour l'aider dans l'organisation du quotidien. Dans le plan d'intervention, le premier objectif était qu'il maintienne son logement propre. J'ai essayé d'établir avec lui une routine à l'aide d'un calendrier : un petit balai dessiné le jeudi; un pommeau de douche pour lui rappeler de se laver le vendredi. M. Beaulieu y arrivait plus ou moins. J'arrivais chez lui et je constatais que, visiblement, il n'avait pas pris sa douche, que les tâches ménagères prévues à l'horaire n'étaient pas faites.

Monsieur a eu une petite infection aux pieds. La plaie était principalement due à un problème d'hygiène. Laissé à lui-même, je ne suis pas certaine qu'il l'aurait soignée. Le médecin de la résidence lui a prescrit une solution antibactérienne pour tremper ses pieds. Nous sommes allés acheter une bassine et j'ai dû lui montrer toutes les étapes à effectuer : « *Tu prends la bassine, tu y mets de l'eau, tu mets deux cuillérées à soupe du produit, tu t'installes, tu prépares une serviette, puis tu tremperes tes pieds pendant quinze minutes. Pour agrémenter le temps d'attente, tu peux mettre un CD.* » Ce sont beaucoup d'étapes. Deux mois se sont écoulés après cette ordonnance avant qu'il ne se mobilise. La douleur s'est intensifiée. L'intervenant de la résidence d'hébergement l'a aidé et lui a fait son bain de pied à quelques reprises. Puis il l'a finalement fait par lui-même quelques fois et il était content.

M. Beaulieu reconnaît qu'il a besoin d'aide. Il était d'accord pour que nous fassions une demande d'aide à domicile pour les soins d'hygiène. J'ai donc fait une demande pour avoir des services d'entretien ménager ainsi que de l'aide à domicile pour son hygiène. Une infirmière auxiliaire du CLSC est venue le rencontrer en ma compagnie.

M. Beaulieu est un homme respectueux. Il est capable de reconnaître ses limites dans l'exécution des tâches. Il a une bonne mémoire, un bon vocabulaire. Il prend ses médicaments lui-même. C'est la capacité de se mettre en mouvement qu'il n'a pas. Il écoute parfois, pas toujours, mais quand je lui dis que c'est mon tour de parler, il va m'écouter. Il sait prendre l'autobus, le métro, il sait se repérer dans l'espace. Régulièrement, il va à son église par lui-même. Il peut faire des activités, lorsqu'il en connaît le lieu et l'heure. Parfois, il a envie de manger au restaurant et il y va. Les évaluations d'ergothérapeutes notent, par ailleurs, que ça lui prend un temps excessif.



anyone71, 2011. Certains droits réservés. CC

Pour un environnement favorable

La troisième sphère sur laquelle l'intervenante travaille avec M. Beaulieu est celle de l'isolement et de ses habiletés relationnelles. Elle fera appel à la collaboration des intervenants de la résidence afin de l'intégrer dans son milieu de vie. Malgré tous les efforts déployés pour intégrer M. Beaulieu, son agressivité ne peut plus être tolérée et la résidence d'hébergement demande qu'il parte. L'intervenante considère la défense de droit, mais estime que l'environnement n'est plus adéquat. M. Beaulieu y est désormais trop stigmatisé.

M. Beaulieu a vécu une année dans le studio de la ressource d'hébergement. Au départ, mon travail a beaucoup consisté à tenter de l'intégrer dans son milieu de vie. **J'ai travaillé étroitement avec un intervenant de la résidence pour qu'il prenne part aux activités de groupe qui s'y tenaient.** J'ai également rencontré la coordonnatrice et je lui ai expliqué le plan d'intervention auprès de M. Beaulieu. D'autre part, j'abordais la notion de respect avec lui, car il y a des problèmes dans sa façon d'aborder les gens : il les touche, ne respecte pas leur intimité et il peut être très agressif. Il s'agissait de l'aider à respecter le choix des autres résidents.

M. Beaulieu a beaucoup d'intérêt pour l'église et son discours est toujours connoté de propos religieux. Pour cette raison, les gens s'éloignent de lui, le traitent de *Jesus Freak*. Je l'ai aussi sensibilisé au fait qu'il risquait de se faire intimider compte tenu de sa tenue vestimentaire : il porte une croix, une barbe et sur ses chandails il y a toujours des messages à caractère religieux. Ça lui nuit lorsqu'il tente d'aborder les autres. Il se fait également remarquer par sa démarche chancelante qui peut facilement lui donner l'apparence d'être sous l'effet de l'alcool.

Lorsque M. Beaulieu prend du recul, sa colère se dissipe, mais il ne reconnaît jamais sa part de tort. Ce sont toujours les autres qui sont à blâmer. Au fil du temps, une tension s'est également installée entre les gens de la résidence et lui. Par exemple, en décembre, il y avait un dîner communautaire à la résidence. Un résident a posé ses ustensiles à un endroit et il est allé chercher son repas. Entre temps, M. Beaulieu s'est installé là. On lui a demandé de choisir une autre place parce que celle-là était déjà prise; il s'est alors mis à crier. Tout le monde a quitté la salle et cet épisode a gâché le dîner. Certains résidents ont fait de l'angoisse. D'autres se retenaient pour ne pas le frapper. Tout le monde en avait assez.

À quelques reprises, la résidence m'a appelée parce que M. Beaulieu était en crise.

J'ai fait beaucoup de travail de médiation, beaucoup d'interventions auprès de M. Beaulieu, mais je ne pouvais pas toujours répondre aux urgences. Notre équipe n'offre pas un service jour et nuit. Je suis intervenue souvent pour apaiser la situation en proposant à M. Beaulieu d'écouter un disque, d'aller manger au restaurant ou de faire un tour à l'extérieur.

Lorsque le coordonnateur de la résidence m'a appelée et m'a dit : « *ça suffit, j'ai besoin que tu sois là cette fin de semaine, mes intervenants ne sont pas formés pour lui.* », je lui ai dit : « *je n'offre pas ce service-là, par contre, je peux appeler M. Beaulieu pendant la fin de semaine. Et nous verrons par la suite comment mettre en place d'autres stratégies.* » Mais lorsque j'ai demandé une concertation clinique avec les intervenants de la résidence, il y a eu peu de collaboration. Leur limite était atteinte : « *À quoi ça sert? Il ne reconnaît même pas ce*

qu'il fait. » Il est effectivement difficile d'intervenir auprès de lui, car il ne reconnaît pas son agressivité. À partir de ce moment-là, c'était plus tendu avec les intervenants de la résidence et je recevais des appels téléphoniques de l'intervenant : « *je ne lui offre plus les services, je ne lui donnerai plus de bain de pied, il est sous votre responsabilité, occupez-vous-en.* » C'était ainsi de plus en plus.

L'intégration au sein de la résidence n'a pas réussi. M. Beaulieu a cessé d'être admis aux activités, il ne pouvait plus prendre ses repas aux mêmes heures que les autres résidents à cause de son agressivité. Les intervenants de la résidence n'osaient rien lui reprocher, craignant sa réaction. Ils ont tenté beaucoup de choses, mais c'était allé trop loin et il a été confiné à son studio. Au début, même s'il ne répondait pas aux critères d'hygiène et d'entretien, c'était toléré. Mais son trouble de comportement ne convenait pas à un milieu de vie en groupe. Il y a des affiches partout dans la résidence : *agressivité = tolérance zéro*, et à Monsieur, on permettait différents écarts de comportements. Comment justifier cela envers le groupe?

Lorsque j'ai vu qu'il se sentait de plus en plus rejeté et isolé à la résidence, je lui ai dit : « *Tu ne peux pas prendre part aux activités ici, on va aller en chercher à l'extérieur* ». **Je suis allée visiter des ressources avec lui pour qu'il se trouve des activités.** De lui-même, il a un intérêt assez marqué pour les églises, il est capable de se mobiliser, mais pour autre chose, c'est plus difficile. C'était beaucoup d'accompagnement. Il a participé aux activités d'un centre de jour pour personnes ayant des troubles cognitifs et ça s'est mal passé. Il a été dans une ressource pour personnes ayant des traumatismes crâniens où nous l'avions accompagné et ça s'est également soldé par de l'agressivité. Lors d'une activité de scrabble, une personne avait écrit le mot « athée »; il l'a pris comme une provocation et s'est mis à crier des versets de la Bible. Il a été mis à l'écart, puis il a finalement été expulsé de la ressource.

Finalement, l'intervenant de la résidence m'a dit que M. Beaulieu devrait quitter le plutôt possible, avant qu'il n'agresse quelqu'un et qu'il y ait une intervention policière. **Devant la dégradation de la situation, j'ai acquiescé. J'aurais pu insister en**

invoquant la défense des droits, mais jusqu'où va-t-on dans cette

direction-là? Encore faut-il s'assurer que ce soit pour le mieux-être de la personne et non pour défendre ses droits à tout prix, par principe. Si j'avais continué de défendre les droits de M. Beaulieu à vivre à la résidence, il n'aurait pas été heureux. Il était confiné dans son studio, il se sentait rejeté.



johnnyberg, 2011. Certains droits réservés. CC

Évaluer les capacités, au-delà du rêve

Le suivi auprès de M. Beaulieu aura permis d'évaluer ses besoins, ses forces et ses limites. Après une année de travail assidu pour favoriser un bon environnement et l'arrimer aux services afin qu'il vive en logement autonome, l'équipe SIV constate le besoin d'un encadrement spécialisé.

Au cours des derniers mois qu'il vivait encore à la résidence, une demande avait été faite pour un hébergement spécialisé qui réponde à ses besoins de soutien relatifs à l'hygiène et à ses troubles de comportements. J'ai fait remplir divers formulaires par un ergothérapeute et des médecins. Il faut compter plusieurs mois avant d'obtenir des résultats du comité qui étudie la demande d'hébergement. Puis, il y a une liste d'attente pour obtenir un logement spécialisé. Et encore faut-il que la personne accepte d'y emménager.

Le projet Chez soi est axé sur la santé mentale, mais dans le suivi auprès de M. Beaulieu, la problématique est essentiellement comportementale. Cela a exigé beaucoup d'efforts pour m'assurer qu'il allait obtenir les services auxquels il avait droit. Dans le parcours de M. Beaulieu, des personnes de différents services se sont investies, puis elles ont laissé tomber, car ça devient trop lourd. Elles ne sont pas formées pour accompagner une personne avec ces problématiques et elles atteignent leur limite.

Dans ce suivi, nous avons exploré jusqu'où M. Beaulieu peut apprendre et s'il a les capacités de vivre de façon autonome en logement. Nous ne le savions pas à l'avance. M. Beaulieu a, par ailleurs, ses champs d'intérêt et mon travail est de l'accompagner dans sa normalité à lui. Si pour lui prendre une douche une fois semaine est suffisant, ce sera l'objectif. **Mon travail est de l'aider à trouver des moyens et non pas à atteindre des résultats prédéfinis.** C'est un accompagnement pour lequel j'avance avec lui là où c'est possible, sans savoir où et

quand il sera en mesure de faire des pas. Je le prends où il est. C'est de son bien-être à lui dont il est question. **À terme, ce sont les résultats de la personne et non les miens. Nous y allons à son rythme.**

Nous devons accepter qu'étant donné le traumatisme crânien qu'il a subi, il aura toujours des altercations avec son entourage. Cet homme n'a pas d'autocontrôle et il ne reconnaît pas son agressivité. Il est également en perte d'autonomie; ça n'ira probablement pas en s'améliorant.

Par ailleurs, force a été de constater qu'entre ce qu'il désire et sa capacité de socialisation, il y a un monde. Au cours de la dernière année, il a pu apprendre à effectuer certaines tâches, mais il n'était pas en mesure de faire des apprentissages relationnels, compte tenu de certaines lésions cérébrales dont il a souffert. **Comme professionnels, nous avons la responsabilité d'évaluer les capacités réelles des personnes.** Une limite de notre travail pour travailler avec ce que désire la

personne, c'est lorsque cette dernière n'est pas suffisamment en contact avec ses capacités réelles. Aujourd'hui, M. Beaulieu vit dans un hébergement de groupe accueillant des personnes qui ont un traumatisme crânien et des troubles de comportements. Son agressivité est liée à sa condition physiologique et ça demande des interventions spécifiques qui sont autres que celles s'adressant à des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

*Projet Chez soi, Montréal, 2013
Équipe de suivi d'intensité variable (SIV),
CSSS Jeanne-Mance*

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