

De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance

– 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).

Ce récit relate diverses stratégies d'intervention qui viseront à réaliser le difficile passage de la rue au CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) dans l'accompagnement de deux hommes en situation d'itinérance chronique, qui souffrent de problèmes sévères de toxicomanie et qui présentent vraisemblablement des inaptitudes cognitives. Une intervenante de l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet Chez soi raconte les nombreux mois de suivi au cours desquels l'équipe devra sortir des sentiers battus pour obtenir une évaluation des besoins et des capacités de ces personnes qui ne correspondent à aucune catégorie de service dans le système de santé et qui se butent à divers préjugés.

De multiples démarches seront réalisées afin que les acteurs de la santé « tournent leurs yeux vers ces hommes », pour arrimer ces derniers aux services d'évaluation et dénicher des interlocuteurs afin de répondre à leurs besoins. En parallèle, les intervenants vont les accompagner vers une reconnaissance de leur incapacité à prendre soin d'eux-mêmes, afin de les amener à consentir aux soins proposés. Il s'agira d'être présents auprès d'eux à la fois sur la rue et dans les divers séjours en logement, afin de susciter leur collaboration et de réduire les méfaits liés à la rue et à leurs comportements à risque.

« Au lieu de chercher comment la personne entre dans les catégories de services, il faut tourner les yeux du système vers la personne. »

« Il y a eu énormément d'entretiens motivationnels. Le consentement aux soins, ça se travaille. On ne voulait pas aller contre leur gré. »

Équipe SIM CSSS J-M, Projet Chez soi



ischerer, 2012. Certains droits réservés. CC

Chronicité à la rue, toxicomanie et hauts utilisateurs des urgences : faire le constat de l'inaptitude des personnes

À travers un suivi intensif dans le milieu, l'équipe demeure en lien suffisamment longtemps avec les personnes pour faire la part des choses entre désirs, choix et aptitudes. L'équipe SIM apprendra à connaître Dave et Jocelyn à travers l'accompagnement et les allers-retours entre la rue et le logement. Il s'agit d'hommes âgés de la fin cinquantaine, qui sont affaiblis physiquement et dont le jugement sur leur propre bien-être est vraisemblablement altéré à la suite d'années de forte consommation d'alcool. Les retours à la rue et les décisions que prennent ces deux hommes suscitent des inquiétudes chez les intervenants. Au fil du temps, il est établi au sein de l'équipe qu'il y a un problème de l'ordre de l'inaptitude chez ces deux hommes et qu'il faut les protéger d'eux-mêmes.

Jocelyn, 56 ans, vit à la rue depuis plus de dix ans, sans revenu et sans papier lorsqu'il arrive au projet Chez soi. Il a un problème sévère d'alcoolisme et souffre d'incontinence. Pour sa part, Dave, un

homme d'origine inuite de 60 ans commence à présenter les séquelles physiques d'une grande consommation d'alcool. L'état de ses jambes témoigne d'une atteinte neurologique, il marche avec difficulté et il a des problèmes de mémoire. Il vit à la rue depuis de nombreuses années en compagnie d'autres personnes d'origine inuite.

Ce sont deux personnes qui suscitent des appels policiers à répétition et pour qui nous avons travaillé en collaboration avec l'équipe EMRII¹. À leur entrée au projet Chez soi, Jocelyn et Dave comptaient parmi les plus hauts utilisateurs des hôpitaux de Montréal. Souvent ils étaient transportés à l'urgence le soir. Le plus souvent c'était un passant qui appelait le 911. Ils étaient souillés, intoxiqués, gisants ivre sur la voie publique. Il n'y avait pas d'urgence dans l'immédiat, c'était davantage une question humanitaire. Il n'y a pas de centre de dégrisement à Montréal. À l'hôpital, parfois ils leur donnaient des bains, ils changeaient leurs vêtements. Ça arrivait parfois, mais on ne va

¹ L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) est une équipe d'intervention mixte réunissant policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé à Montréal.

pas à l'hôpital pour se laver et pour avoir des vêtements.

Pour ces deux hommes, nous recevions plusieurs coups de téléphone par jour : appels de policiers, de passants, du regroupement des commerces du secteur ou de restaurants du centre-ville. Il a beaucoup de pression qui vient de tous les côtés parce que ces personnes-là dérangent dans la rue. Énormément. **Avec notre équipe, tous ces acteurs avaient enfin une place centralisée pour parler de l'impuissance qu'ils vivaient. Et moi, ça me permettait d'accumuler des informations.**

À la fois pour Dave et pour Jocelyn, nous avons été dans l'accompagnement intensif pendant plus d'une année. Lorsqu'ils acceptaient un toit entre les épisodes à la rue, nous avons mis en œuvre l'artillerie lourde : un suivi intensif de la part de notre équipe, ainsi que la mise en place de divers services pour leur permettre de se stabiliser en logement (soutien à domicile pour l'hygiène corporelle, service d'entretien ménagé, popote roulante). Dave a été environ un an en appartement, par petits

bouts. Jocelyn a été logé pendant sept mois. Dans les deux cas, leur motivation à l'égard d'un logement et de leur propre santé fluctue. Nombreux sont les jours où rien ne les intéresse. Et après avoir tout mis en œuvre, il n'a pas été possible qu'ils restent dans un appartement, malgré l'intensité du suivi et les services mis en place pour les accompagner. Tous deux se mettaient en danger en consommant de la nourriture périmée ou en risquant de mettre le feu, sans compter que leurs comportements étaient très dérangeants pour le voisinage.

Dave et Jocelyn souffrent tous deux d'une inaptitude cognitive, mais il était difficile de le départir au départ, parce que tous deux boivent énormément. Et tous les deux étaient à la rue depuis plus de dix ans. Quand tu vis à la rue et que tu es intoxiqué, il se peut que tu ne ressentes pas tes besoins. Ça fait tellement longtemps que tu gèles, que tu te fais battre, que tu es dans la survie, qu'à la fin tu ne reconnais plus certains besoins. Dans les deux cas, il y a un aspect de dépression jamais traitée. Dave et Jocelyn ont tous deux une pensée magique, qui n'est aucunement reliée à la réalité. Ils n'ont pas de recul face à ce qui leur arrive.

nous sommes rendu compte qu'il y avait un immense écart entre leur évaluation de leurs capacités et leurs capacités réelles. **Dans le travail d'accompagnement, nous avons fait le constat que ce sont deux personnes qui surestiment leurs capacités fonctionnelles.**

Dans l'approche du rétablissement, nous accompagnons les personnes dans leurs choix. Mais encore faut-il qu'elles soient aptes à faire des choix. Faire un choix, c'est d'accepter les désavantages qui viennent avec une situation; mais eux ne reconnaissent pas les désavantages de leurs choix. Par exemple, je demandais : « *Jocelyn, de 1 à 10 tu dirais que tu es propre à combien?* » Il me répondait « *7 sur 10* », alors qu'il avait des excréments dans ses bas. À un moment donné, on a accumulé assez d'informations pour prouver qu'il y avait des pertes cognitives, à la fois pour Jocelyn et Dave.

Il y avait donc une urgence de notre point de vue clinique. Il y avait aussi une urgence au niveau macrosystémique, où les hôpitaux, les ambulanciers, les policiers ne savaient plus que faire, mais ils devaient agir presque au quotidien avec eux. L'urgence venait également du fait que ni un ni l'autre

Ce fut l'avantage de notre équipe que d'avoir du temps et des contacts réguliers avec ces deux hommes. Comme équipe, on persévère avec la personne, on offre une intensité de suivi. L'exclusion du projet n'était pas une option. Nous restions là. **De voir Dave et Jocelyn quasiment tous les jours nous a permis de constater qu'il n'était pas possible qu'il y ait plus de positif que de négatif dans la situation qu'ils vivaient.** Nous



maiapi, 2012. Certains droits réservés. CC

n'utilisaient les refuges. D'une part, ils n'étaient pas admissibles, l'un étant à mobilité réduite, l'autre incontinent. Mais plus encore, ils ne ressentaient pas le besoin d'aller dans un refuge. Pour eux, manger, dormir au chaud, ce n'est pas important. Ils oubliaient régulièrement qu'ils avaient droit à un chèque d'aide sociale. Ils sont à ce point débranchés d'eux-mêmes qu'ils n'en ressentent pas le besoin. Dans des situations pareilles, tu ne peux pas aller avec le choix de la personne, parce que ce choix occasionne la mort. Donc, il a obligation de les protéger d'eux-mêmes et d'aller vers des ressources adaptées. Et c'est là qu'il y a un hic.

C'est le nerf de la guerre de faire reconnaître la personne que nous desservons. C'était quasi impossible de faire entendre les difficultés de Dave et de Jocelyn auprès du système. Vraiment. Dans les deux cas, nous faisons le constat clinique que nous étions devant une impasse majeure : chronicité au niveau de l'itinérance, chronicité au niveau de la consommation d'alcool et une incapacité notoire à prendre soin d'eux. Ni un ni l'autre n'a un diagnostic de maladie mentale. Le système n'a pas de place pour protéger ces

personnes-là d'elles-mêmes. Car, à première vue, elles semblent faire un choix. Lorsqu'on entend parler Dave et Jocelyn, ils semblent aptes. Ils n'entendent pas de voix, leur discours semble cohérent. Ce sont « simplement » des toxicomanes. Mais il vient un moment où les coûts deviennent trop élevés, autant au niveau de la santé de la personne, que des coûts sociétaux.

Il fallait que quelqu'un soit leur voix et dise: « ça ne fonctionne pas, moi je suis inquiète ». Les gens ne prennent pas le temps d'écouter la personne extraordinaire qu'il y a derrière. Alors, j'ai parlé partout en leur nom, auprès de chaque institution. **Dans chaque comité sur les hauts utilisateurs des urgences, j'étais là pour les représenter et aussi pour entendre le désarroi de l'institution face à ces cas-là.**

Accompagner les personnes à reconnaître leurs besoins

En parallèle d'un important travail de représentation auprès des institutions mandatées, les intervenants vont travailler à susciter la collaboration de Dave et Jocelyn. Le travail d'accompagnement à la fois en logement et dans la rue permettra de faire des pas pour reconnecter, au moins partiellement, ces personnes à elles-mêmes.

Une grosse part du travail avec eux a consisté à assurer un suivi quotidien, là où ils étaient, c'est-à-dire le plus souvent à la rue. Ça a été un immense travail dans la rue en attendant d'avoir une idée, en attendant que quelque chose débloque. On les voyait tous les jours, on leur donnait leur argent au compte-goutte pour limiter les risques d'être volés. Dave se cachait pour le recevoir parce qu'il était victime de taxage. Il y a eu un gros travail pour rendre la rue un tant soit peu confortable et pour essayer de faire

beaucoup de réduction des méfaits. Nous avons fait des paquets qu'ils mettaient dans leur sac à dos, des bas de rechange, des lingettes humides. On veillait à ce qu'ils ne souffrent pas de déshydratation. Jocelyn, avec son problème d'incontinence, on manquait de couches, il avait d'importants problèmes de circulation aux jambes, il fallait découper ses bas souillés. Dave était surtout poussiéreux et très sale, mais il a un problème de mobilité. On lui a fourni un fauteuil roulant, plusieurs marchettes, des cannes, des lunettes, une prothèse, des souliers. Il a tout perdu. Il faisait des infections aux yeux, il prenait de gros coups de soleil, on allait lui porter de la crème solaire.

Il y a également eu énormément d'entretiens motivationnels. **Le consentement aux soins, ça se travaille. On ne voulait pas aller contre leur gré. Nous avons donc travaillé à susciter leur engagement et leur volontariat.** L'analogie du bateau : « *rame avec moi, j'ai besoin que tu rames avec moi. Est-ce qu'en ce moment tu penses que tu es en train de ramer avec moi? C'est quoi pour toi ramer avec moi? Inquiète-toi pas, si tu es*

fatigué et que tu ne rames plus, je vais continuer. Mais j'ai besoin de savoir qu'on est dans le même bateau. » À la fois pour Jocelyn et Dave, ç'a été extraordinaire comme intervention. Et les avoir dans le bateau, ça voulait dire : « *lève-toi quand les gens arrivent pour les soins à domicile ou sur la rue, garde ton argent dans ton cou pour ne pas te faire voler.* » Sinon, c'était des loques humaines.

Le fait d'installer Dave et Jocelyn pendant certaines périodes en logement a permis qu'ils soient un peu confrontés à là où ils étaient rendus. **Le logement a permis de les accompagner vers une certaine reconnaissance de leur besoin, bien qu'elle demeure partielle jusqu'à aujourd'hui.** Jocelyn, la phrase qu'il me répétait le plus souvent en appartement, était : « *je n'ai plus 35 ans* ». « *Quand j'avais 35 ans, je cuisinai.* » « *Si tu m'avais connu à 35 ans, je faisais ça.* » Il en a 56. Il a perdu 20 ans. Dans sa tête, c'est encore comme avant, mais le corps ne répond plus, parce qu'il a trop souffert, il a trop manqué de tout, il n'est plus en contact avec lui-même. À la fois pour Dave et pour Jocelyn, l'expérience du logement a également permis de faire des sevrages

progressifs de la rue. Être passés directement de la rue au centre d'hébergement, il y a aurait eu un trop grand écart entre être complètement libres et complètement pris en charge. Il faut dire qu'avec les deux nous avons réussi, après tout ce temps, à les convaincre : tous les deux étaient entièrement d'accord pour aller dans un centre. Ça a pris la rue, les ressources intermédiaires, l'appartement, ça a pris surtout entre les deux un long moment de rue pour qu'ils soient un peu connectés avec ce qui n'allait pas. Dave pleurait sur son coin de rue : *I want a home*. Jocelyn n'en pouvait plus. Il attendait chaque jour que je lui dise qu'il avait une place. Ils étaient prêts. Mais en parallèle, j'avais besoin du système parce que les besoins restaient là.



surely, 2007. Certains droits réservés. CC

Pousser sur le système : trouver des acteurs et des plates-formes d'évaluation

En parallèle de l'accompagnement des personnes pour qu'elles reconnaissent leurs besoins, il y a aura un travail colossal pour faire reconnaître leur réalité auprès des services de santé. À la fois Dave et Jocelyn sont reçus à l'urgence des hôpitaux plusieurs fois par semaine, mais aucun service, aucune plate-forme d'évaluation ne leur sont dédiés. L'équipe va se buter à de nombreuses embûches, aux fins de non-recevoir, aux démarches administratives qui sont très loin de la réalité de l'itinérance, aux préjugés à l'égard d'une clientèle marginale, alcoolique, autochtone et aux comportements agressifs. Bien que l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal ait pour mandat de trouver des services pour toutes personnes en perte d'autonomie, sur papier, ni Dave ni Jocelyn ne répondent aux critères d'admission en CHSLD. Des impasses qui vont se dénouer peu à peu grâce à des contacts personnels et à quelques individus qui acceptent de s'intéresser au dossier de personnes qui ne répondent à aucune catégorie de services.

Dave et Jocelyn ont eu des dizaines de transports hospitaliers. Avec toujours à peu près le même résultat : ils étaient laissés dans la salle d'attente et le personnel attendait au lendemain qu'ils dégrisent pour leur donner congé. Ce n'est pas l'urgence qui va évaluer les personnes. Ces deux hommes étaient inaptes, mais personne ne voulait se pencher sur leur inaptitude. Tout le monde convenait que ça n'avait pas de bon sens, mais aucun médecin n'a voulu en prendre la responsabilité. On ne savait pas comment arrimer des personnes avec un profil pareil aux services existants. Les itinérants ne sont pas bien vus : ce sont des problèmes perçus comme non réglables, non prioritaires. Le discours est que si la personne arrête de boire, elle ne serait pas aux urgences. La majeure étant l'alcool, personne ne voulait les prendre.

Nous avons pris la voie des demandes en CHSLD². Pour remplir les différents

² Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). D'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers,

formulaire permettant d'évaluer les besoins médicaux et sociaux de personnes en perte d'autonomie, nous avons besoin de l'aide des hôpitaux. **Puis nous avons fait un important travail de représentation auprès de l'Agence. C'est là que nous avons vu la difficulté de saisir l'Agence pour des clientèles marginales.** Les listes d'attente sont déjà longues. On nous disait que ces deux itinérants ne répondaient pas aux conditions d'admission : ils n'ont pas l'âge requis, ils sont capables de marcher (même si Dave a une mobilité réduite), ils sont en situation d'itinérance, souffrent d'alcoolisme et ils ont des comportements agressifs. Règle générale, dans l'évaluation des dossiers à l'Agence, ils ne nous parlent aux intervenants, ils ne voient pas les personnes, ils n'ont aucune donnée subjective, émotive. Il a fallu que nous trouvions des voies pour nous faire entendre et que soient reconnues les réalités de Dave et de Jocelyn.

pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement les personnes âgées, qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage.

JOCELYN

Dans le cas de Jocelyn, il sera particulièrement difficile de faire valoir auprès de l'Agence l'inaptitude d'un homme qui n'a pas de dossier médical attestant de limitations sévères et qui souffre « simplement d'alcoolisme ». Ce sera un travail de longue haleine pour convaincre suffisamment de professionnels autour de Dave de la nécessité d'une prise en charge.

Pour Jocelyn, ça a commencé avec une demande d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie auprès de l'Agence. Nous avons rempli les deux formulaires pour déterminer les besoins médicaux et sociaux permettant de l'orienter vers les bons services. Dans ces questionnaires, on y évalue le fonctionnement global d'une personne dans le cadre de l'appartement, dont plusieurs choses ne sont pas adaptées pour des gens dont le parcours s'est principalement déroulé dans la rue. Sans compter qu'il n'y a pas de case pour parler de la grande négligence de la condition physique, dont les vers blancs que Jocelyn avait dans ses pieds. Ça revient à la marginalité extrême de ces personnes-là.

Nous avons rempli le questionnaire une première fois, lorsque Jocelyn vivait encore en appartement.

Au cours des mois qui ont suivi, la demande à l'Agence est passée d'une main à l'autre et nous n'avions plus eu de nouvelle. Pendant ce temps-là, l'état de Jocelyn se dégradait. Le CLSC a arrêté le suivi à domicile parce que la collaboration de Jocelyn était plus ou moins bonne, au sens où il était intoxiqué lorsqu'ils arrivaient chez lui le matin. Il a perdu son appartement. On s'occupait de gérer l'ici et le maintenant dans la crise sur la rue. On lui remettait de l'argent à la journée, on le voyait deux fois par jour. Il arrivait dans les hôpitaux en hypothermie, en état de choc.

On allait lui faire prendre sa douche au CLSC de temps en temps. Mais il y avait tellement d'excréments que pour la salubrité on nous a demandé de ne plus aller là-bas non plus. Jocelyn allait de moins en moins bien et je ne savais pas qui appeler. L'Agence, ça n'a pas de nom, ça n'a pas de numéro de téléphone, seulement un courriel général. Et ça s'appelle l'Agence. C'est un gros savon, même pas, c'est une bulle. C'est un monde parallèle. Dire comment j'ai cherché le nom de quelqu'un à appeler...



anyone71, 2011. Certains droits réservés. CC

Puis, Jocelyn a été logé dans une ressource d'hébergement communautaire long terme pour des personnes ayant des troubles mentaux, où ils sont très tolérants. Là-bas il a eu de bons moments, mais Jocelyn n'est pas schizophrène, il n'a pas de problème de colère, il était très conscient de ce qui se passait autour de lui et ça n'aidait en rien sa motivation et sa dépression. Ça nous a cependant offert une certaine stabilité pour travailler. Nous avons intégré une médication et nous faisons un *med drop* matin et soir. Puis Jocelyn a fait une pneumonie. La première fois qu'il est allé à l'hôpital du secteur de la ressource d'hébergement, où il n'était pas connu, je leur ai demandé de remplir les mêmes formulaires d'évaluation sur la perte d'autonomie que j'avais demandé il y a huit mois et dont je n'avais pas eu de nouvelle. Ils ont rempli les formulaires et ils ont également offert le soutien à domicile (SAD) à la résidence d'hébergement. **C'est à ce moment-là que j'ai eu l'occasion de me former une équipe du tonnerre autour de lui avec deux travailleurs sociaux qui se sont impliqués dans le dossier.**

À cette époque, l'Agence m'a finalement dit qu'ils avaient étudié neuf fois le dossier de Jocelyn. Son dossier était toujours refusé, faute de services appropriés pour lui. Jocelyn était sur la liste d'attente, classé priorité # 4. Autant dire qu'il attendrait à jamais. Le problème, c'est qu'après l'Agence, il n'y a plus rien. Après un CHSLD, c'est la mort. Si tu n'as même pas accès à ça, est-ce à dire qu'en tant que société, on pense que tu devrais mourir? En même temps, il faut que tu penses aux personnes Alzheimer qui sont chez elles, dont la famille est épuisée. Tu sais que tu prends une place. Tu en viens même à douter, c'est à tel point ces personnes n'ont pas leur place. Pourtant elles n'ont personne dans la vie.

Les infirmiers du SAD n'arrivaient pas à traiter la pneumonie de Jocelyn à l'externe. Il saturait vraiment très bas. Il avait les lèvres bleues quand j'arrivais le matin. Il avait des trous d'acidité qui creusaient la peau de ses jambes à force d'être souillé. Le SAD ne voulait plus aller donner des soins à Jocelyn à la ressource d'hébergement. À ce moment-là, j'ai dit :

- Je vais porter plainte si vous cessez de donner des soins. Il faut que vous poussiez à l'Agence pour qu'il ait une

place en CHSLD. Est-ce qu'on est tous d'accord?

- Ça n'a pas de bon sens, il n'a pas le profil...
- Oui, mais est-ce qu'on est tous d'accord qu'il a les besoins pour y aller?
- Oui.

Jusque-là, il y avait encore eu des gens pour dire que si Jocelyn voulait, il pourrait, qu'il n'y mettrait pas du sien. Et là, ça a débloqué pour Jocelyn. Avec les deux travailleurs sociaux de l'hôpital, nous avons réussi à nous faire entendre. Nous avons rencontré l'équipe du CHSLD quelques fois. L'intégration de Jocelyn en centre d'hébergement ne fut pas sans embûche. Il boit et il quête encore. Mais l'équipe là-bas est habituée à lui. Ils l'ont accepté parmi eux. Il est différent, mais ils font avec.

Puis, Jocelyn a repris contact avec sa famille. Je lui ai dit : « *Jocelyn, je m'en vais. Qui pourrait remplacer ma présence?* » Il m'a dit : « *À part ma famille, je ne vois pas qui* ». Il se souvenait du nom de ses enfants, mais il ne savait pas où ils habitaient, il ne savait plus quel âge ils avaient, parce qu'il ne les avait pas vus depuis plus de dix ans. Il m'a donné le nom d'un collègue avec qui il avait travaillé dans l'imprimerie en 1992... En trois jours,

j'avais retracé la famille! Quelle belle réussite! La sœur pleurait au téléphone. J'ai eu beaucoup de reconnaissance de leur part; la dernière fois qu'ils avaient vu Jocelyn, c'était sur la rue, souillé, inconscient. Ils étaient certains qu'il était mort. Sa sœur m'a raconté l'enfance de Jocelyn. C'était le pilier de la famille jusqu'à l'âge de 35 ans. Il a élevé ses enfants, il a travaillé dans l'imprimerie pendant 19 ans, c'était un bon collègue de travail, un bon mari, un bon papa, un bon frère. C'est lui qui recevait à Noël, il traînait ses enfants partout, c'était la prunelle de ses yeux. Sa femme l'a trompé, il a fait une dépression psychotique avec tentative de suicide et il n'est jamais remonté de ça. Sa fille, qui a 30 ans, m'a appelée quelques jours plus tard. La famille de Jocelyn le voit toutes les semaines depuis ce temps-là.



asifthebes, 2007. Certains droits réservés. CC

DAVE

Dave répond à certains critères pour être admissible à un hébergement en CHSLD, dont des traumatismes crâniens et une mobilité réduite. Mais demeure la difficulté de rendre compte de sa situation sur la base des formulaires standardisés de l'Agence. Son profil d'itinérance, l'alcoolisme, son origine inuite et des comportements agressifs constitueront autant d'obstacles pour qu'il accède aux soins dont il a besoin. Après quelques tentatives infructueuses en CHSLD, la difficulté sera de trouver un lieu d'hébergement qui lui convienne, alors qu'à l'Agence, on dit que toutes les options sont épuisées. En dernière instance, la justice sera saisie comme levier d'intervention.

Pour Dave, a priori, c'aurait dû être un peu plus facile de lui trouver une place en CHSLD. Avec la collaboration du personnel d'un hôpital, on a dit : « Ça suffit. On a le diagnostic de traumatisme crânien, il se fait battre dans la rue, il se fait voler son argent, il perd constamment ses marchettes, il ne se souvient plus de nos noms, il y a un niveau dépressif qui est apparu. » Il était de retour à la rue après deux expériences infructueuses

en logement, ne faisait plus de dessin, ne sculptait plus la pierre à savon, il était beaucoup plus taciturne, il avait des changements d'humeur drastiques. Sa consommation avait beaucoup augmenté : il consommait cinq bouteilles de 1.18 litre à 10 % d'alcool chaque jour. C'est une quantité d'alcool considérable.

À la même époque, coïncidence extraordinaire, je rencontre un gestionnaire qui siège sur les comités de l'Agence pour les orientations en CHSLD. J'ai créé des liens avec lui. Nous avons convenu d'une forme de partenariat : lui avait des problèmes de consommateurs sur son unité et je me suis proposée de venir bénévolement à son Centre à titre de spécialiste en dépendance; en échange de quoi j'avais besoin d'aide pour un client. C'est ainsi que ce gestionnaire est venu rencontrer Dave sur la rue avec moi et que nous avons rempli les formulaires ensemble, directement sur la rue. Cette journée-là, Dave s'était fait voler sa marchette. Il pleuvait, il ventait, il était sur son coin de rue sans pouvoir bouger jusqu'à ce qu'on arrive. C'était incroyable. **Il a fallu que je prenne quelqu'un de l'Agence et que je l'amène dans la**

rue pour qu'il voie la réalité de mon client.

L'hôpital a fait la demande avec le formulaire que le gestionnaire et moi avons rempli sur la rue. En ajoutant à cela qu'il y avait des rapports de scan des traumatismes crâniens et que Dave a besoin d'une marchette, il a été classé priorité # 1. Nous avons alerté le réseau et ça a déboulé dans les heures qui ont suivi. Cependant, on ne nous a pas appelés pour nous dire qu'il était transféré et nous n'avons pas pu faire la liaison avec la résidence avant, comme nous l'avions prévu. L'hôpital l'a envoyé dans un centre d'hébergement où le personnel n'avait jamais vu quelqu'un comme Dave. Il n'était pas arrivé depuis une heure que déjà ils ne se comprenaient pas. Dave voulait fumer, eux disaient : « non, il faut que tu attendes, on va te montrer ta chambre ». L'anxiété est montée, il se sentait perdu, il ne connaissait pas les visages, il est devenu très agressif.

Ce soir-là, nous avons frappé à la porte de tous les directeurs de l'établissement, nous avons parlé avec tous les membres de l'équipe pour les breffer. Je leur ai fait un carton de coaching : « *quels sont les mots magiques avec Dave, qu'est-ce qui fait*

diminuer son anxiété, ce que vous pouvez lui dire pour l'aider à se projeter dans le temps : le souper, le soleil, il est autochtone, utilisez les points cardinaux, le temps de la journée; et ce qui est important pour lui, c'est le fumoir. »

De son côté, Dave était content d'avoir un repas et d'être au chaud. Mais il y a eu une crise au sein du personnel, qui craignait de ne pas s'entendre avec lui. S'ils gardent la personne au-delà des trente jours d'essai, il n'y a plus de possibilité qu'elle quitte. **Il y a eu un vent de panique, malgré le support que nous leur avons offert pour l'appivoiser.** Le personnel a dit : « *non, il ne correspond pas à la résidence.* » C'est vrai qu'il avait l'air d'un extraterrestre en comparaison des personnes âgées, dont plusieurs grabataires, qui vivaient dans cette unité régulière. Les personnes âgées crient, pincent, ne sont pas orientées, mais là c'était autre chose : on parlait de quête, d'itinérance et de consommation d'alcool. La ressource l'a mis dehors dès le lendemain matin. C'est la première fois que j'ai entendu le terme « retour à l'expéditeur » pour un humain. C'est la passe Fedex. Ils nous ont appelés : on le retourne.
- Où?

- À l'expéditeur.
- Vous le retournez à la rue?
- Ça ne marchera pas ici. On le retourne à l'hôpital, c'est à l'hôpital de s'en occuper.

À l'hôpital, ils ont dit : « on ne peut pas s'en occuper, on n'a pas de programme 68 ». Ça, c'est un programme mis sur pied par l'Agence pour offrir un lit d'urgence à des personnes qui attendent une place en CHSLD et dont le réseau social est épuisé. Il fallait que nous refassions une demande à l'Agence pour accéder au programme 68, avec de nouveaux papiers. Là, Dave ne voulait plus rester à l'hôpital. Il voulait retourner dans la rue parce qu'il s'était convaincu que ce n'était pas une bonne expérience, cette affaire-là. Il s'est sauvé de l'hôpital. De retour à la rue. Il fallait refaire une demande de CHSLD. Et pour cela, il faut attendre trois mois pour voir l'évolution de la personne afin de mieux la réorienter. Autant de mois à vivre à la rue.

Pendant ce temps-là, Dave s'est refait frapper et il a été hospitalisé à nouveau. J'ai fait un profil évolutif. Il fallait le réévaluer pour un programme 68, mais l'hôpital où était Dave n'avait pas ce programme-là. Il y en a juste dans certains hôpitaux de l'île. Et

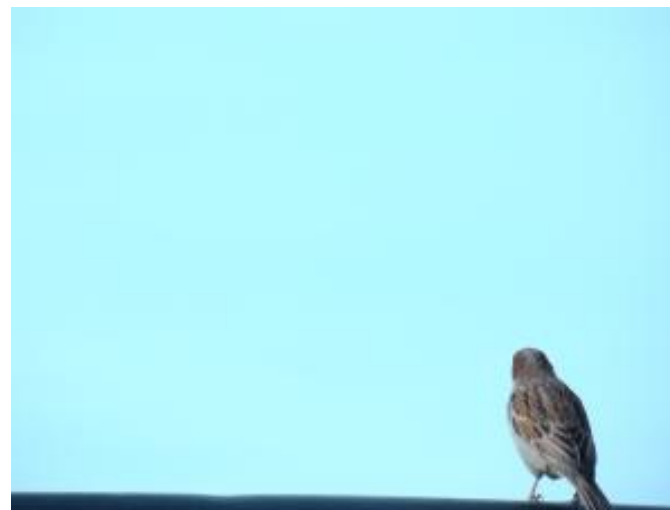
les autres hôpitaux ne le voulaient pas parce qu'il est Inuit. Et que les Inuits, c'est à tel hôpital. J'ai redemandé au gestionnaire de me donner un coup de main. Et à travers lui, j'ai su que la personne responsable d'évaluer les admissions en CHSLD ne voulait plus voir le dossier de Dave sur son bureau.

C'est alors que j'ai visité un CHSLD dans le cadre d'une formation et que j'y ai rencontré la coordonnatrice. Je lui ai expliqué le cas de Dave. Elle m'a dit : « *j'ai une place qui se libère bientôt, je vais appeler à l'Agence.* » L'Agence a accepté. C'était une unité spécifique pour personnes ayant des problèmes de comportements. Il faut dire que j'avais refait le profil suite aux douze heures passées en CHSLD et j'avais écrit qu'il était agressif.

Cette fois-là, nous avons fait un gros plan de match avec la résidence, puis nous avons fait une intégration progressive : c'était l'été, il était au chaud, il n'y avait pas d'urgence. Quand Dave est arrivé à la résidence, on en avait tellement parlé que l'équipe avait hâte de le recevoir. Dans sa chambre, on avait mis des

photos du Nord sur les murs, des articles de journaux de Dave, on avait acheté un couvrit, des crayons à colorer, un radio, une télévision, une brosse à dents, du savon. Quand il est arrivé, il était émerveillé. C'était vraiment chez lui. On a fait un décroissant de bières et un décroissant de rue. On a amené Dave dans son secteur en finissant le soir, puis nous sommes allés le chercher le matin avant d'aller travailler. La troisième fois, il m'a dit : « *bof, je ne veux pas y aller* ». Et il n'a jamais redemandé à y aller. On a fait beaucoup d'interventions au CHSLD.

Pendant un temps, on y allait tous les jours. Puis on a fait un



rerisk, 2013. Certains droits réservés. CC

**décroissant, ça allait bien.
L'équipe se sentait à l'aise, solide.**

Le SIM a arrêté le suivi. Mais ce n'était pas la fin de l'histoire.

Dans la résidence, Dave était entouré de gens vulnérables. Il a frappé une personne âgée qui l'avait menacé, alors qu'il était en état de consommation. C'était un samedi soir, sur le plancher il n'y avait que du personnel remplaçant qui ne connaissait pas Dave. L'équipe a appelé la police et porté plainte. Dave s'est retrouvé en prison pour voie de fait armé (armé d'une marchette). Le CHSLD s'est par la suite excusé d'avoir fait une tempête dans un verre d'eau, parce que Dave avait tassé la dame avec sa marchette. Elle n'avait aucune ecchymose et la famille n'a jamais menacé de porter plainte. Le CSSS avait eu peur de se retrouver dans les journaux avec une nouvelle histoire concernant une personne âgée.

Il n'empêche que Dave s'est retrouvé en prison. Avec un avocat qui remettait toujours la cause. Il a fait plus de six semaines de prison pour un coup de marchette. Pendant ce temps-là, le personnel du CHSLD ne voulait pas qu'il revienne. J'ai tout fait pour qu'il garde sa place, pour leur faire prendre

conscience de ce qu'ils faisaient à un être humain. Ils ont refusé et il a fallu refaire une demande en CHSLD. Pour une troisième fois. Et la demande a été refusée. L'Agence a refusé qu'il soit réorienté. Dave tombait en détention illégale, parce que ça faisait trop longtemps qu'il n'était pas passé en cour et il avait déjà purgé sa peine pour le coup de marchette. Puisque l'Agence venait de refuser une réorientation en CHSLD, il ne restait que la rue.

C'est alors que nous avons décidé de saisir le levier judiciaire, bien que Dave n'avait pas fait de délit à mon avis. C'était une décision difficile parce que je lui enlevais sa liberté. Il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise décision, parce que Dave n'avait pas commis de crime. Nous faisons la demande à la cour parce qu'il n'y avait pas d'endroit où l'envoyer pour le protéger de lui-même. Le système judiciaire a été notre allié ici. J'ai travaillé avec le procureur et l'avocat de Dave, pour qu'on l'envoie en évaluation psychiatrique à Pinel, ce qu'ils ont fini par accepter. Quand il est arrivé à Pinel, j'ai tout de suite contacté le psychiatre qui s'en occupait, que je connaissais déjà heureusement. Là-bas, il y a une équipe qui a

vu la personne attachante qu'est Dave et comment il fonctionne. Ils ont appris à le connaître. Fait inhabituel, ils m'ont invitée pour l'évaluation de Dave. Et le jugement d'inaptitude est tombé. Donc, Pinel n'était pas en mesure d'évaluer sa responsabilité criminelle. Le psychiatre de Pinel a écrit dans le rapport à la cour: « *entre ce qu'il pense faire et ce qu'il est réellement capable de faire, il y a un fossé qui est presque de l'ordre du délire.* » Finalement, Dave a été mis sous la juridiction du Tribunal administratif du Québec (TAQ) avec ordonnance de traitement et d'hébergement. Il a été logé dans une résidence associée à un hôpital. Le juge a dit : « *tu restes là* », et Dave est bien d'accord avec le juge. Il ne comprend pas trop ce qui lui arrive, mais il y trouve son compte. Il est sobre depuis six mois. L'inaptitude reste. Il y a vraiment une démence qui s'est installée.

De l'intervention de brousse pour se frayer un chemin dans le système de santé

Une curatelle a été mise en place à la fois pour Jocelyn et pour Dave. Mes dernières interventions avec Jocelyn ont consisté à faire faire ses dentiers et ses lunettes. Quand tu as pris quelqu'un de la rue, souillé, intoxiqué et que tu reçois l'appel de l'orthodontiste, c'est vraiment une mission accomplie! Et sa fille qui appelle pour dire : « *ne lui achète pas de bas, j'en ai acheté!* » Dave, c'est la même chose. Il m'a appelée dernièrement pour me dire qu'il a lu un livre sur Paris. Je suis rendue là avec eux. Ils sont installés dans un projet de vie. Ils ne sont plus dans la survie, ni comment rendre la rue confortable.

Il a fallu des centaines d'heures de travail, des appels, des relations. Il a fallu faire de l'intervention de brousse. Savoir lire la situation, identifier ce qui est en train de se passer et bien s'exprimer. De plus, il faut savoir se mettre à la place de l'équipe qui reçoit la personne et se dire qu'il est vrai que c'est impressionnant de voir arriver ces personnes-là. **Rien n'allait de soi. Il n'y en avait pas de chemin. Et là, il commence à s'en faire un.** Nous avons trouvé les bases pour intervenir dans

ce type de situations et comment travailler en réseau. **Il faut des faits, des chiffres, tenir des rapports serrés.**

Et travailler ton réseau. Tout le temps. Même si ça allait bien, j'appelais les policiers et je leur disais : « *c'est une bonne journée aujourd'hui, si vous le voyez, dites-lui que nous avons un rendez-vous à 13 h* ». Il faut de la persévérance. **Et ça prend de la direction clinique. Tu coordonnes un système.** Au lieu de chercher comment la personne entre dans les catégories de services, il faut tourner les yeux du système vers la personne. C'est comme si j'avais réveillé toute la ville : « *regardez-le! Qu'est-ce qu'on fait? En quoi est-ce que vous pouvez m'aider?* » Il s'agit de responsabiliser tout le monde.

Il faut aussi que tu trouves quelqu'un qui croit en toi, comme intervenant. Quelqu'un qui dit : « *toi tu as assez travaillé, je vais t'aider.* » Et à un moment donné, j'ai rencontré des gens qui ont pris avec moi le sens de la responsabilité, qui ont décidé que c'était à eux ce client-là plutôt que de dire : il ne correspond pas ici. Je commençais à être essoufflée et à perdre de la crédibilité parce

que j'avais tellement crié toute seule. J'avais besoin de quelqu'un qui fasse du poids. Ce qui manque avec les cas complexes, chroniques, c'est qu'il n'y a personne qui dit : *I'm the one*. C'est de la direction clinique, mais ça ne veut pas dire que je fais toutes les interventions. Il fallait absolument être une équipe SIM. Étant donné l'intensité requise, je n'aurais pas pu faire de la gestion de cas avec Dave ou Jocelyn.

*Projet Chez soi, Montréal, 2013
Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM),
CSSS Jeanne-Mance*

Mots clefs : accès aux services, collaboration interprofessionnelle, justice, logement, personne âgée, perte d'autonomie/ inaptitude, santé physique, stigmatisation, toxicomanie.