

Une psychiatre à domicile

– 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).

L'Équipe SIM est une équipe multidisciplinaire centrée sur les activités quotidiennes en collaboration étroite avec la psychiatrie. Les divers professionnels de cette équipe interviennent dans des cadres plus souples et moins définis que le veut généralement leur formation et ils sont appelés à se déplacer dans le milieu des personnes, à amener les services là où elles se trouvent.

Ce récit relate diverses visites à domicile effectuées par la psychiatre de l'équipe. Ces visites sont l'occasion d'initier et de développer la relation thérapeutique hors des bureaux et de l'institution, et de découvrir l'univers physique, social et communautaire dans lequel évoluent les personnes.

Une vision positive du sujet est au fondement de la pratique des visites à domicile : les personnes qui ont un parcours d'itinérance et souffrent de troubles mentaux peuvent, moyennant l'accueil et l'accompagnement adéquat, s'inscrire dans une relation thérapeutique. Ces visites permettent de faire des pas de plus dans la compréhension de leur dynamique, dans l'évaluation de leur état mental, dans l'établissement d'un diagnostic et, plus généralement, dans le suivi offert par l'équipe. Si cette pratique existe également dans les équipes SIM hospitalières, elle revêt une importante toute particulière au projet Chez soi.



Nota, 2006. Certains droits réservés. CC

« L'état mental s'inscrit dans un cadre, dans une communauté, dans un environnement. Ce sont tous des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation d'une bonne santé mentale. »

Équipe SIM CSSS J-M, Projet Chez soi

POSER LES BASES D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE

Alors que certaines approches psychiatriques mettent de l'avant que les personnes ayant un parcours d'itinérance sont de mauvais historiens, compte tenu de l'état de désorganisation et d'immédiateté dans lequel elles se trouvent, la psychiatre de l'équipe SIM les envisage en tant qu'acteurs capables de revenir sur leur histoire personnelle et sur leur vie souvent marginale. La visite à domicile est ici envisagée comme une occasion privilégiée d'entrer en relation avec les personnes et de construire les conditions d'une relation thérapeutique. La clinicienne raconte la nature des entretiens avec les personnes suivies dans le cadre du projet Chez soi : des entretiens axés sur des éléments concrets et sur le quotidien, des entretiens plus familiers et chaleureux que la distance respectée habituellement par les psychiatres.

Connaître les lieux physiques qu'occupent les personnes permet d'obtenir des éléments uniques à l'établissement d'une relation.

Les visites à domicile sont l'occasion d'échanger au sujet de choses concrètes avec des personnes souvent peu en lien avec elles-mêmes. Lorsque je vais à domicile, je suis aux aguets de ce qui pourrait me servir à débiter et à entretenir une communication active et ouverte. Non seulement je me rends sur les lieux, mais je m'en souviens par la suite et je peux en discuter avec les personnes lors des rencontres suivantes. Je peux relier les personnes à un aspect de leur vie et de leur habitat qui leur appartient en propre. Ce sont des gens qui viennent de très loin; il faut trouver d'autres moyens de communiquer avec eux que les moyens classiques, rejoindre les personnes là où elles sont. C'est pourquoi il m'importe de pouvoir dire lors d'une prochaine rencontre : « *Sur votre réfrigérateur, vous aviez mis telle photo ou telle image, vous en souvenez-vous?* » Ça me donne des moyens très différents de travailler. Ce sont des gens qui ont longtemps été invisibles en vivant à la rue. Pour les sortir de cet anonymat, il faut s'appuyer sur des choses concrètes et significatives pour eux.

Je ne travaille plus totalement comme on me l'a enseigné. Je ne suis plus la personne neutre et inaccessible. Je suis une personne humaine, vivante, très près d'eux, très affective. **Ce sont des personnes avec qui j'ai non pas une entrevue, mais une conversation.** C'est chaleureux, les gens se sentent à l'aise. Je me préoccupe également davantage de leurs besoins de base qu'en psychiatrie conventionnelle : « *Avez-vous mangé trois fois par jour, avez-vous de bons vêtements, êtes-vous préparé pour l'hiver?* » Quand arrive la période des Fêtes, j'en parle ouvertement. Nos patients habituels, nous les laissons venir. Mais avec les personnes qui ont vécu l'itinérance, j'aborde cette question dès la mi-novembre, en sachant que, très souvent, les personnes n'ont pas de famille, qu'elles n'auront pas préparé le temps des Fêtes ou qu'elles vont fuir cette période. J'assure également un suivi de leur santé physique. J'invite la personne à rencontrer un omnipraticien, à être assidue à l'égard de ses tests de diabète, à consulter un gynécologue. Il faut dire et redire, faire de l'éducation au sujet de leur santé trop longtemps négligée. Les autres intervenants de l'équipe y voient également, mais l'impact est autre lorsque le médecin le rappelle.

Sortir de l'isolement

La psychiatre visite chez lui un participant qui a longtemps vécu à la rue, afin d'initier une relation thérapeutique et recueillir des éléments concrets pour entrer en dialogue avec lui. La relation qui s'établit lors de cette visite va susciter chez cet homme une disposition à raconter son histoire.



twasa, 2009. Certains droits réservés. CC

Nous avons visité M. Aubut à son domicile. Il a longtemps vécu à la rue et il éprouve des difficultés majeures; il souffre d'un diabète sévère et de limitations physiques. Lors de cette visite, la propreté de son appartement combinée à la nudité des lieux m'avait frappée. L'appartement était bien tenu. L'ami qu'il hébergeait quelques jours par semaine prenait soin de lui : il faisait ses commissions puisqu'il éprouve des difficultés à marcher. J'étais étonnée aussi de voir que ce lieu de vie était très vide. Quand je vais dans les appartements, ça me frappe toujours de voir la nudité des murs, qui représente la nudité intérieure, l'oisiveté, la solitude et le manque de sens. L'autre aspect qui m'avait frappée était que le seul passe-temps de M. Aubut consistait à s'installer sur son balcon et à parler avec les passants et les commerçants du coin. Tout le monde semblait le connaître. Il avait donc une certaine vie sociale en été, mais l'automne venu, il faudrait penser à une autre forme de socialisation. Ce sont des observations que retient un psychiatre lors d'une visite à domicile.

Quand je revois M. Aubut trois mois plus tard, la belle saison est terminée et il ne peut plus sortir sur le balcon pour parler avec les gens.

En le revoyant, j'avais l'appartement en tête tout au long de notre entretien. La visite à son appartement me donne toutes sortes d'éléments; je suis capable de le situer dans un milieu.

Je lui ai posé des questions. L'homme qui habitait chez lui était parti récemment. Alors il s'était remis à faire la cuisine et une dame logeant au même étage l'aidait pour les courses. Et lui, à sa façon, s'occupait du grand garçon de cette voisine. Cette dernière lui avait, d'ailleurs, promis deux tourtières pour Noël. Ce sont de petits gestes. Mais, comme il a dit, « *pour moi qui ai couché dehors, c'est déjà beaucoup.* » Ce sont autant d'éléments reliés à une vie plus stable en appartement. Je le questionnais et j'ai eu l'impression qu'il commençait à habiter son appartement, à le rendre plus vivant. Il s'était procuré un petit chat.

Il s'est passé quelque chose d'émouvant lors de cette rencontre à l'automne, au cours de laquelle M. Aubut nous a parlé de son lourd passé, de l'abandon par ses parents, de l'alcoolisme, des années de prison, de la vente de drogue. Il s'est mis à nous parler de son enfance et aussi, qu'à son âge, il lui

serait agréable d'avoir une compagne. Il a dit : « *j'ai payé pendant dix ans, maintenant je veux être tranquille. Il faut maintenant que je sorte de moi-même et que j'aïlle vers les autres si je veux avoir de la joie dans ma vie.* » Nous le voyons se transformer tranquillement. Entre ce que j'ai vu chez lui et ce que j'ai vu au bureau trois mois plus tard, je trouve cette transformation extraordinaire, et je peux le saisir, lui, davantage parce que j'ai bien visualisé son environnement.

Habiter son logement pour habiter son corps

La visite à domicile va permettre d'entrer en relation avec Mme Lacourse et à mieux saisir sa dynamique. La psychiatre établit des parallèles entre l'intérieur de l'appartement et la vie psychique de la personne. C'est une fois qu'elle sera stabilisée en logement que cette dame va entamer des démarches concernant sa santé physique.

Mme Lacourse est une personne difficile à aider. À son entrée au projet, de nombreuses ressources d'aide à Montréal l'avaient laissée tomber. Il fallait créer un lien avec

elle et c'est pourquoi je me suis rendue à son domicile. Elle n'a pas reçu de diagnostic précis. Peut-être souffre-t-elle d'une maladie bipolaire qui n'a jamais été traitée. Nous ne pouvons pas la traiter ni établir un diagnostic tant et aussi longtemps qu'elle consommera régulièrement des amphétamines.

J'ai visité Mme Lacourse dans son deuxième appartement offert dans le cadre du projet. J'avais plaisir à la voir tout nous présenter avec une grande fierté son appartement très bien organisé, très féminin. « *Venez que je vous montre! J'ai fait ça et ça. J'ai tel projet, quand j'aurai un peu de sous, j'ajouterais ceci.* » Elle a pris possession de son appartement. Cette visite était pour elle l'occasion de nous montrer ce dont elle était capable : sa discipline, son sens artistique. Elle avait décoré les lieux avec presque rien : des bouts de ruban, de dentelle, une fleur séchée. **Elle avait aménagé son intérieur et, moi, ça me donnait la chance de comprendre comment elle aménage son intérieur à elle. La façon dont c'est aménagé dans sa tête.** Mme Lacourse allait bien ce jour-là, elle n'était pas intoxiquée.

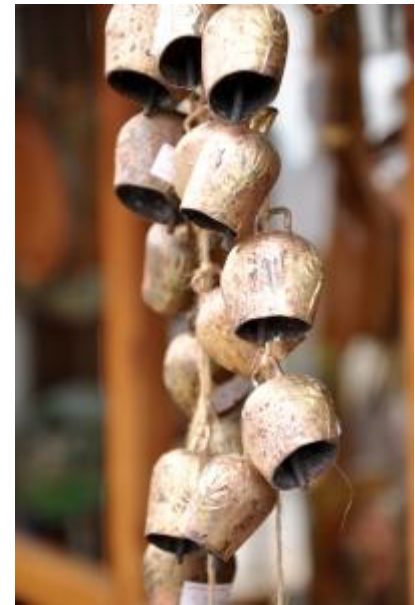
Par la suite, l'appartement de Mme Lacourse a été vandalisé. Quelqu'un est entré chez elle et a lacéré son manteau et son divan. C'est arrivé dans trois appartements de son immeuble. On a brisé ses choses, le décor qu'elle avait aménagé. Elle était très triste. La blessure intérieure était inscrite dans l'appartement. Elle avait peur de dormir chez elle et elle voulait que les serrures soient changées. C'était comme si son monde s'écroulait. Ce qu'elle s'était bâti avait été violé. Il semble, cependant, que ça lui ait donné l'élan pour prendre soin de sa santé physique. L'intérieur de l'appartement avait été abîmé, donc elle ne laisserait plus son intérieur à elle être endommagé de la même façon. Elle a commencé à s'occuper de son corps et de son intérieur. L'équipe s'est occupée de l'intérieur de l'appartement et nous l'avons aidé à mettre de l'harmonie dans tout ça. Mme Lacourse ne faisait rien pour sa santé physique avant son entrée au projet. Chez soi, six mois auparavant et, désormais, elle commençait à agir. Elle a pris beaucoup de cocaïne et elle présente une perforation nasale complète et des atteintes sinusales; elle saigne du nez continuellement et souffre de maux de tête. Elle a pris rendez-vous pour son nez, ainsi que pour la résection d'une tumeur au bras droit qui l'handicapait dans ses mouvements.

Nous avons dernièrement épluché avec elle son dossier médical. Nous avons pu démystifier certaines choses, nous détenons désormais des informations précises sur sa santé. Il sera donc possible d'aller plus loin avec la patiente désormais, car il y a de nombreuses confusions chez Mme Lacourse à propos de sa santé physique. Par ailleurs, j'avais beaucoup d'inquiétudes au sujet d'un éventuel delirium sévère postopératoire à cause de sa forte consommation d'amphétamine. Les personnes deviennent alors complètement désorganisées, comme dans le cas d'une psychose hallucinatoire. Je l'en ai avertie. Elle est articulée et elle est aussi informée, mais allait-elle s'en souvenir? J'ai insisté auprès de l'équipe pour qu'elle soit accompagnée chez le chirurgien. Avec cette visite à domicile et la préparation efficace, Mme Lacourse a bien collaboré et la chirurgie fut un succès et a permis de diminuer sa peur panique de l'anesthésie. Il y aura encore des hauts et des bas, mais nous faisons de petits pas.

ÉVALUER L'ÉTAT MENTAL DES PERSONNES

Si tous les membres de l'équipe visitent les personnes à domicile, il arrive que la demande soit spécifiquement faite à la psychiatre de se déplacer chez les personnes pour faire une évaluation de leur état mental, établir un diagnostic ou réviser la médication. À domicile, le regard de la psychiatre se caractérise notamment par un travail d'aller-retour entre l'appartement en tant que reflet des dynamiques de la personne et en tant que condition d'une bonne santé mentale. Il s'agira notamment de s'intéresser aux éléments témoignant de symptômes psychiatriques, à la fois dans le discours, les comportements et dans l'aménagement des lieux.

Lors des visites, la psychiatre prend connaissance de ce qu'est la vie de la personne, comment elle aménage son espace et comment elle s'y comporte en toute liberté. Ces visites permettent d'obtenir des informations sur les personnes qui contribuent ensuite aux évaluations psychiatriques, notamment en collaboration avec d'autres équipes traitantes



opaopa, 2013. Certains droits réservés. CC

L'équipe me demande de faire des visites à domicile pour établir un premier contact avec une personne, pour en avoir une connaissance plus approfondie ou encore pour vérifier des choses que les intervenants ont vues et qui les stupéfient. La demande d'aller faire des visites à domicile vient souvent de la part de l'équipe, mais elle peut également venir directement des participants ou de mon propre désir d'éclaircir des points nébuleux dans l'évaluation de l'état mental

d'une personne ou encore de comprendre sa résistance à venir aux rendez-vous.

Dans l'appartement, j'observe des choses dont les personnes ne parleront pas, mais qui recèlent des informations importantes. Les rideaux sont-ils ouverts ou non? Le logement est-il ouvert à tous venants? La personne préserve-t-elle son intimité? Est-elle complètement isolée? Certains patients vont spontanément offrir à boire. D'autres non. Cela est révélateur : chez tous les peuples, on accueille d'une façon ou d'une autre. Est-ce une lacune au niveau de l'éducation? La personne est-elle trop confuse? Trop intoxiquée?

Pour moi, l'appartement témoigne de la vie psychique, de ce qui se passe à l'intérieur.

Parfois, j'entre dans un appartement et, en quelques secondes, le tableau de la désorganisation de la personne est sous mes yeux, reflétant l'état intérieur de morcellement ou encore le détachement face à son appartement. Je tente de faire des rapprochements : qu'est-ce que l'aménagement de l'appartement peut signifier à l'interne,

dans leur vie, dans leur dynamique? Quand nous arrivons à faire un lien, nous pouvons faire un pas considérable dans l'intervention. Ce sont des moyens de travailler. Je vais chercher dans le dit et le non-dit s'il y a des symptômes psychiatriques qui m'éveillent à une pathologie.

Des cris dans l'appartement : élaborer des stratégies d'intervention

La psychiatre se rend chez un jeune homme qui souffre de schizophrénie et dont le voisin a signalé qu'il crie régulièrement dans son appartement. Si l'hypothèse de départ est qu'il faut ajuster la médication de M. Ross pour traverser un probable épisode psychotique, la visite à domicile permet d'ajouter de nombreux éléments de contexte pour comprendre la situation et intervenir auprès de lui adéquatement.

La visite chez M. Ross m'a permis de me rendre compte à quel point il y avait de l'écho dans l'appartement, en plus d'être situé sur un coin de rue très passant et très bruyant, y compris la nuit. Il s'agissait d'un environnement inadéquat pour une personne

qui souffre de schizophrénie. Le logement était pathogène, il n'était pas propice au repos. Et M. Ross était d'accord pour dire que le lieu ne lui convenait pas.

Après la visite à domicile, l'enquête a continué et nous nous sommes rendu compte que le locataire de l'étage au-dessus travaillait la nuit. Quand ce dernier rentrait chez lui, il faisait du bruit, et M. Ross se réveillait et il interprétait ce bruit d'une autre façon. Il criait, car cet environnement le rendait très anxieux. Dans cet immense espace écho, il était très inquiet. À l'époque, nous ne savions pas que le voisin avait cet horaire et que tous les bruits étaient répercutés chez M. Ross en pleine nuit, en plein sommeil. Une autre chose que nous avons apprise est que M. Ross prenait ses médicaments pour dormir très tôt. Il s'endormait donc tôt et vers trois ou quatre heures du matin son sommeil était très léger.

Tous ces facteurs, il ne nous les aurait pas racontés de lui-même, mais avec la visite à domicile et en recoupant les informations, nous avons pu mieux comprendre le vécu de ce jeune homme.

J'ai modifié la médication et il était satisfait. M. Ross nous a demandé un médicament à prendre au besoin et nous avons vu qu'il en faisait bon usage. Quand il se sent trop anxieux, il prend son médicament. Cela lui a permis de diminuer les cris.

Selon ce que j'ai pu apprendre à la lecture de son dossier, M. Ross avait l'habitude de crier; c'était devenu une façon de vivre. Il l'explique très bien : « *Quand je suis mal, je me libère en criant* ». Il demeure que les cris libérateurs, ce n'est pas toujours ce qui est le plus acceptable en société. L'équipe a exploré avec lui d'autres moyens de se libérer, de comprendre ce qui l'envahissait et de diminuer son angoisse. Rapidement, M. Ross a été relogé dans un autre environnement.



Aros8000, 2013. Certains droits réservés. CC

Des pas vers un diagnostic

La psychiatre ira à domicile pour évaluer l'état mental d'un jeune homme pyromane et qui n'a pas encore de diagnostic précis à ce jour. Cette visite lui permettra de contribuer, par la suite, à l'établissement d'un diagnostic en collaboration avec une autre équipe traitante.

Personne n'était arrivé à établir le diagnostic de M. Vallières, un jeune homme aux comportements plutôt particuliers. Je me suis rendue à domicile avec un intervenant afin de recueillir davantage d'éléments sur son état mental et tenter d'établir un diagnostic plus précis. L'objectif de cette rencontre était d'évaluer la situation réelle :

comment M. Vallières s'organise en appartement, comment il répond à une visite et comment il se comporte dans les interactions. **Nous avons rencontré son père précédemment, mais il nous manquait des informations pertinentes sur son état et nous souhaitons recueillir le point de vue du participant.**

Quand nous sommes allés à son domicile, nous avons rapidement remarqué les traces de petits feux qui avaient été allumés çà et là sur son plancher. Les lieux étaient très en désordre, nous avons dû déplacer objets et vêtements pour nous asseoir. M. Vallières était très anxieux. Il bougeait et fumait sans arrêt, changeant de sujet constamment, ne terminant pas ses phrases. Il dépose ses cigarettes dans des sacs de plastique dans lesquels il met ses déchets. Nous lui demandons de les éteindre dans une assiette sur la table, mais il ne semble pas en mesure de retenir ce que nous lui disons. Alors que nous avons beaucoup de difficultés à structurer un discours cohérent avec lui, il se dit organisé, drôle, en forme, de bonne humeur, mais l'appartement révèle un laisser-aller très important et un mépris des

règles de sécurité de base. Il n'est pas psychotique, mais il a un discours pauvre, il n'arrive pas à organiser son histoire et il ne fait preuve d'aucune autocritique de se qui vient de ce passer lors de cette visite.

Nous avons pu aller chercher beaucoup d'éléments lors de cette visite. Hyperactivité, grande nervosité, incapacité de concentration et de retenue de ce qu'on vient de lui dire et éparpillement du discours. J'ai diagnostiqué un trouble de l'attention et prescrit un médicament qu'il avait cessé de prendre depuis son adolescence. Si je n'étais pas beaucoup plus avancée au niveau du diagnostic, je connaissais désormais plusieurs éléments de sa vie quotidienne dans leur cadre réel.

Peu de temps après, M. Vallières a comparu en cour pour plusieurs causes pendantes. De la prison, il a rapidement été transféré dans un hôpital pour personnes judiciarisées. Après un mois sous supervision, l'équipe traitante n'arrivait toujours pas à établir un diagnostic. **Nous avons été en lien avec les psychiatres pour leur permettre de saisir le portrait de la situation en leur exposant, entre autres, comment**

M. Vallières se comporte chez lui.

L'ajout de nos observations faites à domicile a permis de contribuer à l'orientation du diagnostic et du traitement. M. Vallières est sorti de l'hôpital avec un diagnostic pluriel : trouble schizoaffectif, traits de trouble de personnalité antisociale, trouble de l'attention et hyperactivité.

Aller à la rencontre d'une dame qui demande de l'aide

La psychiatre raconte comment l'aménagement de l'appartement, ainsi que l'accueil qui lui est réservé recèlent des informations importantes dans l'évaluation de la santé mentale d'une dame qui n'a pas de diagnostic. La visite à domicile permet, par ailleurs, d'accorder de l'attention à cette personne qui a besoin de reconnaissance et d'attention.

Mme Shiva disait souhaiter me rencontrer, mais elle ne venait jamais à ses rendez-vous. Depuis son emménagement en appartement et la perte du contact significatif avec une ressource d'hébergement, les intervenants notaient qu'elle semblait dépressive, déracinée, craintive. Elle craignait de dormir

chez elle, mangeait très peu, elle fumait, buvait du café à longueur de journée et ruminait des idées négatives. C'est pourquoi, à la demande de l'équipe, je me suis rendue à son domicile.

Mme Shiva, originaire du Bangladesh, nous reçoit habillée en noir, sans son voile. La pièce du demi-sous-sol où nous nous installons est très sombre. Elle ne nous invite pas à la cuisine bien que le soleil entre dans cette pièce. Mme Shiva est volubile et parle sans arrêt pendant l'heure que dure la rencontre. Je l'ai laissée s'exprimer. Elle dit souhaiter être traitée comme une jeune fille riche, elle aimerait avoir un homme dans sa vie et connaître une ascension sociale. Elle n'aime pas son logement. Elle raconte également la blessure de rejet vécu avec une femme d'une ressource d'hébergement et la grande colère qui l'habite à la suite de cela.

Lors de la visite à domicile, je m'arrête à ce que la personne dit, mais je m'intéresse aussi à la mise en forme du discours. Il ne s'agit pas de nier que Mme Shiva trouve sa vie difficile, mais le tableau n'était pas celui de la dépression : il est rare qu'une personne déprimée soit aussi volubile. Elle présente un

discours victimaire, mais concernant une personne en particulier qui l'aurait amenée à se sous-estimer. Dans son discours, le problème se situe toujours chez les autres. La visite à domicile nous a permis de dresser les grandes lignes de sa pathologie et de sa personnalité. Je constate qu'il y a une détresse intérieure évidente. Je fais l'hypothèse d'une dysthymie, d'un trouble de personnalité limite et peut-être aussi d'éléments délirants. **La rencontre chez elle a permis de répondre à son besoin d'être un objet d'attention et à la reconforter sur les buts de telles rencontres.** Cette visite m'a également permis de voir les lieux et de voir comment cette dame s'organise. De toute évidence, elle est tout à fait en mesure de vivre en appartement. À la fin de la visite, de nombreux éléments du discours de Mme Shiva nous amènent à nous interroger.

J'ai revu Mme Shiva à mon bureau deux semaines plus tard. À la suite de cette visite à domicile, elle a accepté de venir me rencontrer. Elle était habillée en rose, voilée, très jolie, très souriante. Je sentais que cette visite au bureau permettait de combler d'autres besoins. Elle était heureuse que nous fassions attention à elle. Cette fois-ci,

j'ai pu poser des questions précises sur son enfance, la vie au Québec, au Bangladesh, sa famille, l'immigration. Nous avons ainsi pu reconstruire des pans de son histoire. Mme Shiva est très méfiante à l'égard de l'autorité. **Nous avons pu constater que la visite à domicile avait permis de baisser son niveau de méfiance à l'égard de toute l'équipe.**

Quelques semaines plus tard, Mme Shiva a fait une tentative de suicide aux comprimés d'acétaminophène et elle a été hospitalisée. Le psychiatre de l'hôpital a diagnostiqué un trouble de personnalité limite, histrionique et infantile, sans psychose ni dépression. Mais les traits et difficultés culturels sont à travailler avec elle, de même que sa tristesse et son estime d'elle-même. Mme Shiva a accepté de me revoir à l'hôpital et de poursuivre le suivi.



michaelaw, 2013. Certains droits réservés. CC

Démystifier la psychiatrie et aller à la rencontre de l'autre

La psychiatre explique sa pratique auprès d'une population qui sort des sentiers battus, auprès de laquelle elle a développé d'autres manières d'entrer en relation. La visite à domicile permet de démystifier et rendre accessible la psychiatrie dans un contexte moins menaçant qui est le milieu de vie de la personne, plutôt que dans le cadre distant du bureau du psychiatre.

En arrivant au projet Chez soi, j'étais déjà sensibilisée à l'importance de connaître le milieu de vie quotidien des personnes. C'est une valeur de la psychiatrie communautaire. L'état mental s'inscrit dans un cadre, dans une communauté, dans un environnement. Ce sont tous des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation d'une bonne santé mentale. Lorsque nous nous intéressons à la vie sociale de nos clientèles, il est important d'en saisir tout le contexte. Quand, ensuite, il se produit un incident avec un patient, je sais de qui on parle, comment est l'endroit où demeure la personne. Tous les patients qui l'acceptent devraient être visités à domicile dans le cadre d'un projet

comme le nôtre, afin que le psychiatre puisse mieux saisir la réalité de la personne, son environnement, la communauté dans laquelle elle tente de s'insérer, les différents acteurs autour d'elle, sa sécurité, l'influence du milieu social et la progression vers l'atteinte d'un sens personnel à sa vie.

La visite à domicile permet d'apporter la psychiatrie à la personne et de la rendre accessible.

Le fait de se déplacer, de s'asseoir dans le lieu intime de la personne lui permet de voir que ce n'est pas menaçant. Et il y a certaines choses que nous pouvons travailler plus facilement dans l'intimité de la personne que dans un bureau impersonnel. Si certaines personnes sont rassurées de venir me consulter au bureau, d'autres y sont très mal à l'aise. À domicile, il peut parfois se développer un lien particulier et s'y faire des confidences qu'on ne reçoit pas autrement. Je remarque que les personnes que j'ai visitées chez elles viennent plus facilement à l'hôpital par la suite. Le fait de me déplacer les encourage à se déplacer plus facilement.

Bien sûr, les participants au projet savent qu'il y a une hiérarchie dans la société. Le

psychiatre à domicile peut être à la fois menaçant et réconfortant. La personne se dit qu'elle est assez importante pour que nous déplaçons pour elle ou qu'elle se porte assez mal pour que nous intervenions. Ça dépend comment chacun le prend. Il faut être attentif à ce que cela ne devienne pas menaçant. Je ne perds jamais de vue que je suis chez la personne, qu'elle m'accueille dans son environnement.

L'appartement fait partie intégrante de la santé mentale. C'est ainsi qu'une psychiatrie urbaine structure son intervention et que des pressions pourraient notamment être exercées afin que soient assainis les milieux de vie. Le psychiatre a son mot à dire avec la personne sur la qualité de vie qu'elle souhaite et il peut intervenir de façon positive sur certains choix et éviter des contraintes inutiles, voire nocives pour la santé mentale des personnes.

Projet Chez soi, Montréal, 2011

*Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM),
CSSS Jeanne-Mance*

Mots clefs : Accès aux services, identité/citoyenneté, logement, psychiatrie, trouble délirant, trouble relationnel.