

Entretien avec Lori Girard, travailleuse sociale, programme de suivi intensif dans la communauté, Hôpital Notre-Dame et CSSS Jeanne-Mance

Marie-Laurence Poiriel

Volume 36, Number 1, Spring 2011

Le traitement dans la communauté

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005814ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1005814ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Poiriel, M.-L. (2011). Entretien avec Lori Girard, travailleuse sociale, programme de suivi intensif dans la communauté, Hôpital Notre-Dame et CSSS Jeanne-Mance. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 57–73.
<https://doi.org/10.7202/1005814ar>



Entretien avec Lori Girard, travailleuse sociale, programme de suivi intensif dans la communauté, Hôpital Notre-Dame et CSSS Jeanne-Mance

Marie-Laurence Poiriel*

MLP : Dans quel contexte, le programme de suivi intensif dans la communauté de l'Hôpital Notre-Dame a-t-il été mis en place ?

LG : C'est avec le *Plan d'action en santé mentale de 2005-2010* du MSSS que le projet d'un suivi intensif à l'Hôpital Notre-Dame a vraiment vu le jour. Aussi, il faut dire que le D^r Olivier Farmer, qui est psychiatre à l'Hôpital Notre-Dame, avait fait, bien avant, un *fellowship* au Wisconsin. Il est revenu avec la conviction que c'était possible de travailler dans la communauté, que les gens qui ont des troubles mentaux graves peuvent vivre dans la communauté. Il avait cette préoccupation très à cœur. Il croyait que si la personne vivait dans la communauté, si elle travaillait, elle pouvait aussi retrouver une dignité, l'estime de soi, la confiance. C'était quelque chose de normalisant. Le D^r Farmer avait fait aussi un stage à l'Hôpital Douglas où il y a un suivi intensif depuis 15 ans. C'est un peu notre école, le suivi intensif de l'Hôpital Douglas. J'ai été un peu formée là, dans le sens que je suis allée beaucoup observer comment ça se passait. Le D^r Farmer a vu les résultats là-bas, même si on ne parle pas toujours de résultat avec les usagers. Au moins, il a vu des gens qui pouvaient se réaliser et ça répondait à l'espoir qu'il pouvait avoir. Suite à ça, en 2007-2008, il a commencé à parler d'implanter le suivi intensif. À la même époque, il y a eu le début d'une restructuration à l'Hôpital Notre-Dame, avec des regroupements de clientèles, les troubles psychotiques, les troubles affectifs. L'idée d'implanter un suivi intensif est arrivée à un bon moment. C'est à partir de ce moment-là que j'ai entendu dire qu'un suivi intensif allait être mis en place. Je ne savais pas très bien ce que c'était. Je savais qu'on allait là où les gens étaient, c'est-à-dire dans le milieu de vie, du *outreach*, dans la rue, et que les gens n'étaient pas à l'hôpital. La mise en place de ce programme a été très bien accueillie à l'Hôpital

* Ph.D., Alliance internationale de recherche universités et communautés – Santé mentale et citoyenneté, Professeure, École de service social, Université de Montréal.

Notre-Dame, parce que ce sont des usagers qui demandaient beaucoup de temps et d'énergie aux professionnels de la clinique externe et qui revenaient constamment à l'hôpital. Et maintenant non.

MLP : Donc c'est un programme très récent.

LG : Oui, ici pour nous, à l'Hôpital Notre-Dame, c'est très récent. Ça fait depuis septembre 2009 qu'on a démarré le programme, petit à petit. Maintenant, on suit 51 usagers, pour une équipe de huit intervenants.

MLP : Est-ce que la réalité que vous avez rencontrée retrouvait ces expériences qui se faisaient ailleurs ?

LG : C'est sûr qu'au départ il y a comme un cadre ; le suivi intensif est un modèle, avec des outils. On a suivi une formation au début. En même temps, c'est vrai qu'on se fait une tête avec la réalité du milieu, la vraie réalité du terrain. Oui, en grande partie, ce que j'ai entendu ou que j'ai lu, ça respecte ça, dans le sens que les gens vivent à domicile, reprennent du pouvoir sur leur vie. On parle d'*empowerment*, de rétablissement, de réadaptation. Tout ça, c'est vrai. Là où ça change peut-être, c'est plus dans l'utilisation des outils, qu'on doit adapter. Je pense que chaque suivi intensif a sa couleur. On a une ligne directrice, un modèle, mais à l'intérieur de ce modèle, c'est possible d'avoir une lunette qui est un peu différente et d'aménager nos outils pour répondre à notre clientèle. On a une clientèle particulière, parce que nous travaillons avec une clientèle du centre-ville de Montréal. Si on va dans un milieu rural, c'est une autre réalité. Chaque milieu a sa réalité. Nous, on a une réalité du centre-ville, où on a la prostitution, la toxicomanie, l'itinérance. On compose avec ces gens-là aussi. Jamais je n'aurais pensé qu'on devait être aussi créatif. Chaque usager avec qui on travaille est différent. On a beau avoir le plus beau modèle du monde, la personne qui est en face de nous a sa vie, son histoire, alors on essaie d'adapter notre modèle à cette réalité. Chaque personne est différente. L'approche demeure la même, mais la relation, le lien, c'est comme ça qu'on va travailler et qu'on va changer notre vision. On arrive tous de l'institution, alors on a une vision institutionnelle. Quand on arrive sur le terrain, c'est bien différent et c'est là qu'on a dû s'adapter. Le modèle S.I. (suivi intensif) reste là, le cadre S.I. est là, mais à l'intérieur de ça, on doit être créatif.

MLP : Quelles sont les principales approches qui vous inspirent dans votre travail ?

LG : Je vous dirais que les approches sont assez diversifiées. Quand on travaille dans la communauté comme ça, on ne peut pas dire, j'ai une approche systémique, par exemple. Je n'ai pas juste ça. On travaille beaucoup avec le système effectivement, parce qu'ils ont encore de la

famille, ou un voisin, le propriétaire, qui demeurent des personnes-ressources, ou la communauté. En ce sens, on utilise beaucoup l'approche systémique. Aussi, il faut avoir une approche humaniste, comprendre la réalité de l'utilisateur. On fait beaucoup d'intervention de crise. On est aussi beaucoup dans la résolution de problèmes. On a aussi une approche de réduction des méfaits. On doit utiliser beaucoup de gros bon sens aussi. C'est vraiment diversifié.

MLP : Comment est-ce que vous décririez le projet thérapeutique de votre programme de suivi intensif ? Quels sont les principaux buts qui sont visés à travers ce programme ?

LG : On peut le voir à deux niveaux. Il y a le niveau administratif. Notre clientèle a des troubles sévères et persistants, une historique d'hospitalisation. Ce sont des gens qui n'ont pas eu la chance d'expérimenter l'appartement autonome, ou, s'ils l'ont fait, il y a eu échec. Ce sont des gens qui reviennent à l'hôpital toutes les années et qui sont hospitalisés pendant des semaines et des mois. Ils sont judiciairisés et se retrouvent avec une charge légale. Donc, au niveau administratif, c'est de réduire le nombre de jours d'hospitalisations, parce qu'on sait que ça coûte cher. À un autre niveau, je vous dirais que notre but thérapeutique c'est que la personne puisse vivre des expériences positives et qu'elle réalise qu'elle peut vivre en dehors de l'hôpital. Et que ça c'est possible en prenant une médication ou non, en étant accompagné au quotidien. Même si la maladie est présente, ils peuvent aller à l'épicerie, retourner au travail, payer des comptes, un loyer et devenir autonome. Ce sont des choses qu'ils n'ont pas expérimenté depuis très longtemps.

MLP : Pouvez-vous me parler un peu des personnes que vous accompagnez ? Quelles sont les principales difficultés vécues par ces personnes ?

LG : Ce sont tous des gens qui ont des troubles psychotiques, avec un diagnostic de maladie mentale, souvent de la bipolarité aussi. Vous savez, quand nous on les accueille, on est une troisième ligne. On n'est pas au front. Ils sont passés ailleurs avant. On les cueille un peu à la fin ; les professionnels ne savent plus trop quoi faire avec eux, au niveau du traitement et du suivi, c'est à ce moment qu'ils se questionnent sur la possibilité de l'intensité d'un suivi. À l'intérieur de ce corridor, il y a comme deux générations d'utilisateurs. Il y a une génération où on retrouve les 35-70 ans, qui ont vécu vraiment l'hospitalisation pure et dure, entre les murs, internés, vraiment amenés à l'hôpital de façon très agressive. Ils ont eu des traumatismes épouvantables liés à l'hospitalisation. Et il y a une nouvelle génération avec des jeunes, qui eux n'ont pas l'expérience des traumatismes liés à l'hospitalisation. Nos jeunes sont plus

proches de la rue. Beaucoup de consommation, et pas juste du cannabis, mais de la grosse drogue dure, de l'ecstasy, cocaïne, héroïne. Beaucoup de prostitution. De l'alcool. C'est une autre génération où nous on doit aussi s'adapter, parce qu'on est habitué à une génération de gens qui, une fois qu'ils ont reçu leur médication, sont stables et ne revendiquent pas grand-chose nécessairement. Alors que le plus jeune qui commence à vivre avec cette maladie qui est envahissante ne sait pas trop comment composer avec, alors il va s'auto-médicamenter, consommer du cannabis, parce que c'est ce qu'il a appris depuis qu'il est très jeune. Composer avec des voix est difficilement reconnaissable pour eux ou ils ne savent pas trop quoi faire avec ça. Qu'est-ce que la maladie vient faire dans ma vie ? Ça veut dire quoi ? Pour eux autres, on a un travail beaucoup de psycho-éducation à faire. Mais ils doivent vivre des expériences. Si je peux dire, le défi ici c'est beaucoup ça, de ralentir nos interventions. C'est-à-dire de respecter leur rythme, peu importe d'où ils viennent. Nous comme intervenant, souvent, on veut agir rapidement, avec l'idée que « toi, l'usager, tu as un problème et, nous, nous avons la solution ». Ce n'est pas le bon réflexe pour le type de suivi que nous offrons.

MLP : Quand vous me dites qu'ils doivent vivre certaines expériences, c'est que vous vous dites que cliniquement et éthiquement, il faut les laisser vivre certaines expériences ?

LG : Absolument. En restant là. Par exemple, des gens qui s'en vont en appartement, ça devient très insalubre, on leur fait mention, on les accompagne là-dedans, on leur dit « peut-être que tu auras des bibittes ou le propriétaire viendra faire sa visite ». Ils l'entendent, mais c'est difficile pour eux d'initier le projet. Mais ils ne veulent pas plus que nous les aidions dans ce processus-là. Alors ce qu'on fait, c'est qu'on garde un œil bienveillant. On continue à aller à domicile, mais chaque fois qu'on y va, ça ne veut pas dire qu'on va dire « fais ton ménage ». Des fois, il faut profiter d'une opportunité. On fait une intervention qui va peut-être porter fruit, mais peut-être pas. Ça se peut qu'il se fasse mettre dehors. Nous, comme intervenant, on doit composer avec cette zone d'inconfort où on doit se dire en équipe, on va lui laisser vivre l'expérience. S'il doit se faire mettre dehors, il aura appris quelque chose de ça. Ces gens ont eu des parents, mais ils n'en veulent plus. Si on fait le ménage, on va faire comme le parent. Ils n'en veulent plus malgré la bonne volonté. On ne veut pas ça. On veut plus les accompagner, les sensibiliser, servir de modèle. On va beaucoup utiliser l'aspect social. Quand on vit dans notre société, il y a des règles sociales. On essaie beaucoup de les sensibiliser à ça. Quand on vit en appartement, on a un voisin. Si ça sent mauvais, ça se peut que ça soit

moins plaisant. « Je te le dis, mais ne te surprends pas s'il vient te le dire à un moment donné. » On essaie beaucoup de faire de la psycho-éducation, pour développer des habiletés sociales aussi. C'est des gens qui sont beaucoup isolés. Souvent, entrer en contact avec l'autre, c'est difficile. On est un peu un modèle.

MLP : Qu'est-ce qui définirait le mieux la principale vocation de votre programme de suivi intensif ? Diriez-vous que vous faites du traitement dans la communauté, de la réadaptation ?

LG : On fait trois choses. On fait le traitement d'abord. La réadaptation et le rétablissement. Le traitement, c'est beaucoup quand on traite les symptômes. Parce qu'on sait qu'une fois que les symptômes sont traités, apaisés, que les personnes sont stables au niveau de la santé mentale, que les voix prennent moins de place, qu'elles sont moins envahies, moins souffrantes, à ce moment-là, on peut plus avoir accès à la personne. Là, on a accès à ses intérêts, ce qu'elle veut faire, son projet et à partir de là, on peut commencer à penser à la réadaptation, c'est-à-dire « est-ce que tu es capable de te laver tous les jours, de prendre soin de ton appartement. Si on fait une liste d'épicerie, est-ce que tu vas pouvoir aller à l'épicerie faire tes achats, est-ce qu'on peut t'accompagner pour l'aide au budget ». L'activité de la vie quotidienne, de la vie domestique, c'est vraiment là. Et à partir de là, souvent, le désir de vouloir initier un projet va émerger, que ce soit le retour au travail, faire du bénévolat, reprendre contact avec des amis, avec la famille ou aller faire une activité par l'art par exemple. Briser l'isolement. Ou juste être dehors, aller prendre une marche. Initier quelque chose qui va durer un peu dans le temps et qui va demander une routine. La réadaptation, c'est reprendre une routine dans le quotidien et à partir de la routine, on peut greffer des projets, des choses qui les intéressent.

MLP : Le traitement passe-t-il principalement par la médication ?

LG : Le traitement passe beaucoup par la médication. Il y en a qui refusent de les prendre et c'est correct. On accepte ça. Quand il n'y a pas d'ordonnance de traitement. Dans certains cas, il peut y avoir un tribunal administratif du Québec, mais on ne l'utilisera pas pour que la personne prenne sa médication. J'ai quelqu'un en tête. Elle prend parfois sa médication, et d'autres fois, elle ne la prend pas. Mais on la voit de façon régulière. Nous évaluons la dangerosité.

MLP : Est-ce que vous avez une autre façon de travailler à ce moment-là ?

LG : On essaie d'abord que les gens sachent ce qu'ils prennent comme médicaments et pourquoi ils les prennent. Aussi, on est beaucoup un

reflet pour eux, comme on est beaucoup avec eux. Par exemple, « il me semble que ça va moins bien, on t'a vu hier, tu as l'air plus irritable aujourd'hui ». On essaie de négocier ça. C'est un peu la façon de négocier le traitement. Ou s'ils refusent de prendre leur traitement, on va leur dire « venez en parler au médecin ». Notre médecin est très utile dans ces moments-là. On leur dit « je n'ai pas de problème à ce que vous ne le preniez pas. Vous avez le droit de ne pas le prendre. Mais venez en parler au médecin ». On donne un rendez-vous rapidement. Le médecin peut même aller à domicile. On a cette latitude qu'on ne peut pas avoir quand on est dans l'institution.

MLP: Il y a des personnes qui ne prennent pas de traitement médical, même après avoir vu le psychiatre ?

LG: Ça se peut qu'ils s'entendent. Je pense à une personne qui est jeune, 25 ans, elle a plein de projets. Mais elle est dans une phase dépressive et elle rejette complètement la médication. On sait qu'elle s'enfonce et elle nous le dit. Ce qu'on essaie de faire dans cet accompagnement auprès de la personne, c'est d'être très à l'écoute et d'aller vers là où la personne veut. Elle a plein de projets, mais dans cette phase-là, elle en a moins, elle en a un, celui d'aller sur une ferme. Elle croit que si elle va sur une ferme travailler avec les animaux, la terre, c'est quelque chose qui va lui faire du bien. Effectivement, on est tous pour ça. « Pas de problème, tu as raison, vas-y. On va te donner ta médication ». Elle ne la prend pas toute. Même devant nous, elle choisit d'en prendre juste une partie. Mais nous, on sait que si elle la prenait toute, ça irait mieux. Mais elle doit faire l'expérience que si elle ne prend pas la totalité, ça se peut qu'elle aille moins bien. Elle doit faire cette expérience-là. Et d'elle-même, elle est venue ici, dans nos bureaux, et elle nous a dit « je n'ai pas pris ma médication, ça ne va pas bien ». On lui a répondu « est-ce que tu penses que la médication pourrait faire quelque chose de bénéfique ? », « est-ce que tu es prête à la reprendre ? ». Et elle nous a répondu « je pense que oui, parce que je l'ai pris trois jours la semaine passée et ça allait un peu mieux et là j'ai arrêté et on dirait que ça va moins bien ». C'est difficile pour nous de laisser ces gens-là vivre des expériences quand on sait qu'on va probablement les retrouver à l'urgence ou en crise. Mais c'est important de les laisser vivre certaines expériences. Nous demeurons une stabilité dans leur vie.

MLP: Vous avez évoqué les ordonnances de traitement qui touchent certains usagers de votre programme...

LG: D'un côté, il y a le tribunal administratif du Québec qui vient jouer un rôle qui peut nous donner une délégation de pouvoir si la personne ne prend pas son médicament et qu'il y a un danger pour elle-même ou

autrui ; on doit intervenir. D'un autre côté, il y a les ordonnances de traitement et d'hébergement qui font partie aussi du traitement, qui oblige la personne à recevoir son traitement. Souvent, c'est pour une durée de trois ans. L'obligation de prendre le traitement, ça fait très coercitif, mais en même temps, les gens qui doivent prendre le traitement pendant trois ans peuvent faire des acquis ou maintenir des acquis. Pendant ces trois années-là, les gens vont beaucoup moins à l'hôpital. Les gens peuvent se dire « ça fait un an que je ne suis pas allé à l'hôpital, j'ai encore mon appartement, c'est la première fois de ma vie que j'ai mon appartement aussi longtemps », ou encore « j'ai retrouvé une relation, j'ai recréé un lien avec une personne que j'avais laissée ou qui m'avait abandonné parce que j'étais complètement déraillé ». Cette obligation de traitement, c'est aussi pour réduire les dégâts, au niveau cognitif à long terme, au niveau de la santé mentale, les pertes physiques aussi. La procédure s'amorce souvent suite à une succession d'hospitalisations. En équipe, les médecins trouvent qu'il y a trop d'hospitalisations, que la personne se dégrade, que sa vie se passe à l'hôpital. Il y a un rapport qui est émis par le psychiatre qui est remis à un juge. Dans le rapport, le psychiatre va proposer une médication, soit par injection ou orale. À partir de cela, le juge peut statuer qu'effectivement la personne n'arrive pas à prendre soin d'elle-même et autoriser l'ordonnance, qui est souvent pour trois ans. Nous, on en reçoit une copie et ça nous donne le pouvoir d'envoyer les autorités chercher cette personne-là, nous l'emmener à l'urgence, si elle ne vient pas à ses rendez-vous pour recevoir son traitement. C'est un côté très radical. Je vous dirais que dans le suivi intensif, on essaie d'éviter ça, même s'il y a une ordonnance de traitement. On tente de négocier avec l'usager avant d'appeler les autorités.

MLP : Comment faites-vous pour contourner cette difficulté ?

LG : Ce qu'on essaie de faire, c'est beaucoup d'utiliser le lien de confiance. Comme on voit les gens pour la plupart presque tous les jours, parfois deux fois par jour, on essaie beaucoup de créer le lien. Ce lien-là, quand il arrive une crise ou quand on sent que la personne ne se présentera pas à son rendez-vous, on essaie de négocier. Utiliser la coercition pour amener la personne à l'urgence pour recevoir sa médication, c'est pas ce que l'on veut nous. On veut y aller sur un plan humain, relationnel. On comprend ce que la personne vit. On essaie d'être vraiment très à l'écoute des besoins de la personne. Ça va faire partie du traitement d'être le reflet, le miroir de la personne qui est devant nous. Par exemple, aujourd'hui, je suis allée à l'unité d'hospitalisation. On a une personne qui est hospitalisée présentement. Cette

personne-là, la dernière hospitalisation qu'elle a eue, elle a été hospitalisée un an. Cette fois-ci, elle a accepté de venir à l'urgence avec nous au lieu qu'on appelle les policiers à cause d'un potentiel d'agressivité élevé. On avait vu cet usager de façon régulière les derniers temps, et on lui avait dit «il me semble que ça va moins bien?». On a travaillé beaucoup ça avec lui, refléter «vous vous levez tard, vous mangez moins, vous avez l'air amaigri, vous prenez de l'alcool». Une journée, une intervenante est allée lui apporter la médication, et elle a vu qu'il n'allait vraiment pas. Elle lui a dit «est-ce que vous voulez m'accompagner à l'urgence, on va aller voir, juste peut-être un 48 heures ou un 72 heures, le temps de faire baisser la crise». Il a accepté. Ça fait trois semaines qu'il est à l'hôpital, mais son séjour se termine bientôt. Aujourd'hui, il nous a dit «ça a été moins long que d'habitude et moins traumatisant que d'habitude». On lui a dit «c'est pour ça qu'on est là, pour éviter qu'il y ait des hospitalisations ou qu'elles soient moins traumatisantes et moins longues et beaucoup plus chaleureuses». Nous, quand les gens sont hospitalisés, on fait tout le circuit avec eux. À l'urgence, c'est notre médecin qui va aller les voir. Il est accompagné tout le temps d'un professionnel. Si l'usager est hospitalisé, c'est nous qui répondons aux besoins psychosociaux. C'est Dr Farmer qui est à l'interne aussi pour faire tout le suivi pharmacologique. On prépare le congé ensemble. Aujourd'hui, je suis allée voir cet usager pour préparer le congé et il va beaucoup mieux. Il y a eu un réajustement de la médication. Il nous a dit que ça allait vraiment mieux. Il n'entend plus de voix. Il ne nous aurait jamais dit ça il y a un an et demi. Il y a des gens qui n'acceptent pas de reconnaître la maladie. Par exemple, on a une dame qui pense que ce qu'elle vit vient de l'interplanétaire. Elle a des chocs électriques. Pour elle, c'est vrai. Tu ne peux pas lui enlever ça.

MLP : Comment travaillez-vous ça avec elle ?

LG : On essaie de soulever le doute. En même temps, en équipe, on se dit parfois, peut-être qu'elle sent des choses que nous on ne sent pas. On essaie de soulever le doute. Elle était très malade, mais elle ne le savait pas, elle ne le voyait pas. Pour elle, c'était normal ce qui se passait, d'être à l'urgence constamment parce qu'elle avait des chocs électriques. Alors que là, ça fait un an et demi qu'elle n'est pas allée à l'hôpital. Elle a encore des chocs, mais elle n'en parle plus, ça ne prend plus toute la place, tout en continuant à dire que c'était vrai à ce moment-là. Elle ne pense pas que la médication puisse lui faire du bien. Elle n'a pas le choix de la prendre parce qu'elle a une ordonnance de traitement, mais quand elle n'aura plus l'ordonnance, elle ne la prendra

plus. On va vivre l'expérience ensemble. On ne peut pas dire aux gens « tu ne réussiras pas ». On ne peut pas dire aux gens « tout ce que tu as dans ta tête, ça n'a pas de bon sens ». On ne peut pas se permettre ça dans le travail qu'on fait. On travaille trop avec l'espoir. En fait, c'est ça notre richesse, on croit au changement. Nous sommes des agents de changement, on y croit à ça, mais il faut mettre le système en place. Et notre programme permet ça.

MLP : Le suivi intensif est un suivi en équipe. Pouvez-vous me parler un peu de la manière dont ça se passe dans votre programme ?

LG : On est une équipe de huit intervenants et on a un intervenant pivot par usager avec une mini-équipe. S'il y a un besoin spécifique de la personne, on va introduire par exemple un infirmier ou une travailleuse sociale pour s'assurer que les besoins de la personne soient répondus, mais pas par l'ensemble de l'équipe, parce que ça serait trop dilué. Ça prend une mini-équipe qui va régler les situations d'urgence, va pouvoir se mobiliser rapidement pour prendre des décisions et qui va ramener ça en grand groupe par la suite. Nous, le grand groupe, on va adhérer à ce que la mini-équipe a pris comme décision. Avec un usager en particulier, nous avons été amenés à ne travailler qu'avec une petite équipe pour que ce soit toujours les mêmes personnes qui interviennent auprès de lui, afin qu'il se sente moins menacé. Parce que lui se sentait persécuté. On était trop de monde qui allait chez lui. Il devenait paranoïde, menaçant. Mais habituellement, ça peut varier. Un jour l'infirmier. Un autre jour la travailleuse sociale, etc. En fait, une fois par jour, à 11 h, on s'assoit, on planifie notre journée pour le lendemain. La particularité du suivi intensif, c'est de ne pas toujours avoir une personne qui va voir les mêmes dix personnes, parce que le jour où l'intervenant va aller en vacances ou tombera malade, les dix usagers vont être mal pris. Ça se peut que ça les désorganise. L'avantage du suivi intensif, c'est que même si je vais en vacances demain, ça n'a aucun impact pour le suivi de la personne. Le suivi va se faire quand même ; il y a une continuité de service.

MLP : Comment faites-vous le suivi entre vous sur ce qui s'est passé avec telle ou telle personne ?

LG : À la rencontre du matin, on fait chacun un petit rapport de ce qui s'est passé la veille. S'il y a quelque chose de particulier, on va en discuter là. Mais cela ne s'étire pas. Et si c'est la mini-équipe qui peut régler ça, elle nous ramène ensuite l'information. De façon générale, on va tous à domicile. On accompagne tous les usagers à l'épicerie si c'est nécessaire. Les intervenants pivots ou quelqu'un de la mini-équipe assistent à toutes les entrevues avec les médecins. Les cas complexes et

les nouvelles demandes sont discutés à la réunion clinique du mardi après-midi.

MLP : L'usager n'est jamais seul avec le médecin ?

LG : Le médecin n'accepte pas, pour éviter le clivage. Notre médecin, on l'utilise parfois pour une question d'autorité. En même temps, le médecin fait ses entrevues au bureau, mais il y a aussi l'avantage qu'il va à domicile et ça, c'est intéressant. Quand il va à domicile, il ne parle pas nécessairement de la médication. Ce n'est pas ça qu'il veut savoir. Il veut voir qui sont les gens avec qui il travaille et un peu démystifier cette hiérarchie-là, que le médecin a tous les droits, qu'il devient comme un dieu grec et qu'il détient le pouvoir. On essaie un peu de défaire cette image. Dans l'année, il fait le tour de tous les usagers. Il va au moins une fois à domicile pour chacun. Il y en a qui n'acceptent pas parce que ça les stresse. Ils trouvent ça intrusif et on respecte ça.

MLP : Est-ce qu'il y a des usagers qui ne veulent pas que vous alliez chez eux, qui veulent bien vous rencontrer ailleurs, mais pas chez eux ?

LG : Oui, mais avec le temps, on crée un lien, ils apprennent à savoir qui on est, ce qu'on fait, et finalement ils acceptent qu'on aille chez eux. On avait une personne qui venait ici tous les jours, qui ne voulait pas du tout qu'on aille chez elle. Un bon jour, elle a accepté. Le lien est tellement important et tellement précaire. Ils peuvent nous envoyer promener rapidement, fermer la porte. Des fois, c'est difficile ; il faut être créatif. Des fois aussi, on va donner des rendez-vous ici. Présentement, on a deux usagers qui sont sans domicile fixe. Ils viennent ici pour chercher la médication ; ils viennent de façon religieuse. Ils viennent nous voir, nous disent comment ça va.

MLP : Les usagers peuvent venir même s'ils n'ont pas de rendez-vous ?

LG : Oui, ils n'ont pas besoin d'avoir toujours un rendez-vous formel. Ils peuvent se présenter ici. S'il y a une crise, ils arrivent ici. Il y a toujours quelqu'un qui peut les recevoir. On sait qu'il y en a aussi qui peuvent en abuser, qu'on peut être des bonnes mamans et des bons papas. Ce qu'on fait dans ces cas-là, c'est que souvent, pour créer le lien, on va vraiment répondre à ces besoins-là pour ensuite amener les personnes davantage vers l'extérieur. On leur parle des ressources et on les accompagne. Même si notre suivi est nouveau, deux ans, on commence à voir des résultats. Les gens qui avaient de nombreux jours d'hospitalisation dans une année, 50 jours et plus, ils ont beaucoup diminué sur l'ensemble de notre clientèle. Il y a un usager qu'on suit depuis le début, quelqu'un qui était vraiment attaché à l'hôpital. C'était son milieu de socialisation, sa maison. Il a fallu déplacer cet attachement. On était un avantage pour lui

parce qu'on représentait l'hôpital. On était comme un objet transitionnel. Il n'est jamais revenu à l'hôpital depuis presque deux ans. C'est un exploit dans ce cas-là, parce que c'est quelqu'un qui était très dangereux. Il socialise, c'est un bon locataire, il est propre. Mais on y va à tous les jours. On commence à réduire ça tranquillement.

MLP : Est-ce que vous mettez une limite au suivi que vous offrez ?

LG : Il n'y a pas de limite au suivi, c'est la beauté de la chose je vous dirais et c'est pourquoi nous ne sommes pas pressés comme intervenants. Il faut apprendre à ne pas être pressés parce qu'on n'a pas de limite. On sait que reconstruire sa vie, il n'y a pas de limite. On n'est pas sur une chaîne de montage. On ne commence pas par un morceau à un bout et on sait que dans deux semaines, on va avoir un beau meuble. La beauté de l'approche milieu, de la proximité, c'est de laisser l'espace à la personne, le temps, le rythme, suivre son rythme, de se réapproprier beaucoup d'aspects d'elle-même et de sa vie. Quand on dit ça, ça veut dire aussi de ressentir l'émotion. Ils vivent pleins d'émotions. Si on les bouscule, je suis certaine que ça ne fonctionnera pas, alors que si on prend le temps de les écouter, nous c'est notre levier. Un autre levier important, c'est le fait d'aller vivre en appartement. Mais une fois qu'ils sont rendus en appartement, on va y aller plus lentement. « Ce n'est pas grave même si tu n'es pas motivé maintenant pour aller travailler. Tu as plein de choses à faire ici. » On va y aller par étape. On respecte le temps, le rythme. En même temps, il y a des gens qu'on a commencé à suivre il y a deux ans et l'intensité des visites à domicile commence à diminuer pour faire place à un suivi à un projet. C'est un signe pour nous que ça va mieux et pour la personne aussi. Encore une autre année et d'après nous, on va pouvoir transférer certaines personnes à un suivi d'intensité variable, donc moins intensif.

MLP : De quelle façon votre programme vous semble aidant pour les personnes à qui il s'adresse ?

LG : Quand on débute le suivi, c'est très difficile pour eux d'envisager des changements ou comment ils vont reconstruire leur vie ou reprendre ce pouvoir pour avoir un sens, redonner un sens à la vie, pas juste comme psychiatisé ou comme malade, mais plus comme personne avec une dignité. Ils ont de la difficulté à voir ça au départ. Je dirais que ça prend au moins une bonne année. On stabilise d'abord les symptômes, on fait de la réadaptation, on reprend une vie quotidienne normalisante, une routine et là on passe un petit peu plus à l'action. On pourrait dire que l'on essaie d'aller vers quelque chose qui allume la personne ou qui l'allumait et qui est un peu éteint. Le plus qu'on apporte à ces gens-là,

c'est de redonner un sens à leur vie, créer l'espoir et de les accompagner dans le processus d'acceptation de la maladie. C'est comme de réaliser que la maladie peut être là, qu'ils peuvent prendre une médication mais que c'est possible pour eux d'avoir aussi un projet, d'avoir aussi un appartement, alors qu'avant, ça ne marchait pas. Pourquoi là, ça marche ? On est au début, mais c'est un peu ça. C'est un éveil à quelque chose de nouveau. Ils avaient perdu leur rêve, l'espoir d'avoir du plaisir à vivre leur vie mais en même temps, c'est comme s'ils y croyaient, parce qu'ils ont toujours voulu vivre en appartement et n'ont jamais eu la possibilité, alors que là, ça marche. On est un peu partie prenante de leur épanouissement ou de leur reconstruction, ou, je dirais plus exactement, d'apprendre à vivre avec la maladie, mais pas juste comme une personne malade, mais comme quelqu'un qui a une dignité et qui est respecté dans ce qu'elle est. Je pense à un jeune homme qui travaille aujourd'hui. Il a eu un deux ans super difficile, mais il n'a jamais cessé d'y croire. Il avait raison d'y croire et nous aussi on avait raison d'y croire. Il va beaucoup mieux maintenant. On est beaucoup moins intensif, il a un travail à temps plein, un appartement, une famille extraordinaire. Pour d'autres, on est un peu la famille qu'ils ont perdu. Je pense à une jeune. On est vraiment sa famille. Elle vient ici, elle sait qu'on est là. On est là, peu importe les bêtises qu'ils vont faire. Je pense à une usagère qui s'est sauvée parce qu'elle pensait qu'on allait la chicaner, qu'on ne voudrait plus rien savoir d'elle après une bêtise qu'elle avait faite. Elle est revenue, elle a compris qu'on était encore là. On lui a reflété qu'on croyait qu'elle allait s'en sortir. Elle est en train d'émerger. Les crises sont intéressantes aussi. Nous, on croit que les crises peuvent être constructives.

MLP : Vous venez d'évoquer les potentialités de la crise. Pouvez-vous m'en parler un peu ?

LG : Les crises servent à construire, à développer leurs ressources, à les découvrir, parce qu'ils ont toujours vécu des crises et se sont retrouvés à l'hôpital attachés sur un lit souvent. Alors que là, ils vivent une crise dans la communauté. On est là, on les accompagne à l'hôpital si nécessaire. Mais il y a moins de pertes pour eux. Au niveau de la dignité aussi, c'est moins traumatisant. C'est une nouvelle expérience pour eux. On suit des gens qui ont vécu des traumatismes ou qui, pendant des années, ont vécu dans des ressources et qui se retrouvent en appartement et ça tient. Ils ne sont pas habitués à ça. Et c'est eux qui tiennent la baraque, qui ont le volant de l'auto, ce n'est pas nous. Nous l'avons eu au début, mais après on passe le volant et c'est la personne qui conduit. C'est un levier pour nous, mais elle aussi elle le réalise.

MLP : De quelle manière votre travail vous paraît-il aidant, soutenant, pour les personnes au niveau de l'intégration sociale ?

LG : On les accompagne beaucoup, on leur suggère des choses, « viens, on va y aller ensemble ». On essaie d'ouvrir ces portes-là. Dans notre équipe, on a un agent IPS (Individual Placement and Support). C'est vraiment une approche intéressante qui correspond à notre suivi, dans le sens qu'ils ne cherchent pas du travail dans des organismes en santé mentale. Pas ou peu en milieu protégé. C'est vraiment principalement le marché du travail régulier. L'agent accompagne la personne dans tout le processus. Il y a au début un questionnaire pour voir les intérêts, les expériences, etc. Pour beaucoup, ça fait longtemps qu'ils ne sont pas allés sur le marché du travail et ils ne savent plus comment. Avec l'agent IPS, ils font tout un travail de préparation. Parfois aussi, l'agent IPS va sur le terrain, dit qu'il est conseiller en emploi et demande aux employeurs s'ils accepteraient d'avoir des gens qui sont atteints d'une maladie mentale ou d'un handicap. D'être accompagnés, ça diminue le stress pour les gens qu'on suit. Ils vont aller passer l'entrevue, mais on les prépare. L'agent IPS peut aussi les accompagner pour un retour aux études. Il y a une dame qui est en démarche, après être sortie d'une crise. Elle est super créative cette fille-là et elle est humaine. Elle adore les gens. On lui a dit « va faire une formation pour travailler auprès des personnes ou fait une expérience, va faire du bénévolat pour voir si tu es bien là-dedans ». Monter des activités avec les gens, faire des activités de créativité, elle serait super bonne là-dedans. Ça fait deux ans qu'on l'accompagne, et vous voyez, il y a quelque chose qui va émerger à partir d'une crise. Elle est en train de faire une démarche pour aller suivre une formation comme auxiliaire familiale. Elle est toute emballée. Elle a les yeux allumés. C'est très intéressant, c'est normalisant. On en a un qui est aux études. Il est étudiant libre, mais il travaille fort. Quand il finit ses examens, on va déjeuner. On récompense. Quand c'est l'anniversaire, on donne des cartes à tout le monde. Vous voyez, c'est des petits gestes comme ça. Mais c'est vraiment l'histoire du petit pas qui fait qu'eux-mêmes se reconstruisent. Enfin quelqu'un qui croit en eux finalement. Ils ne le disent pas clairement, mais nous, on sait qu'on croit en eux. Et ça, ça marche. On est dans la perspective du rétablissement.

MLP : Le retour au travail ou le retour aux études, est-ce que c'est un désir que vous entendez chez beaucoup d'utilisateurs ?

LG : En fait, la plupart des gens, quand ils savent qu'on a un conseiller en emploi ou pour retourner aux études, ils sont contents. En même temps, c'est sûr qu'ils ne sont pas tous prêts pour aller tout de suite vers

un agent IPS, mais nous, on prépare ça. C'est tout un processus. Je parlais de l'importance de respecter le rythme des personnes pour le retour dans la communauté. C'est l'histoire du petit pas. Ne serait-ce qu'aller à l'épicerie c'est anxiogène pour certains, alors ça va être difficile d'aller chercher un emploi. Nous, on accompagne la personne pour l'amener vers un projet peut-être plus concret. Il y a chez beaucoup d'entre eux une vulnérabilité au stress. Souvent, quand ces gens-là vivent le stress, ils ne savent pas quoi faire, et ça prend trop d'espace dans leur tête. En plus d'être déjà envahis, ça devient amplifié. On est là un peu comme une courroie de transition pour les aider à tempérer, peut-être, à apprendre à développer des moyens pour gérer leur stress. Parce qu'on fait du modeling, nous devenons des modèles de référence. Si je vais à l'épicerie avec quelqu'un et je vois qu'il est stressé, je peux lui refléter. « Qu'est-ce que tu peux faire, comment tu peux le gérer, est-ce que je peux t'aider, est-ce qu'on peut trouver des solutions ensemble ». Je le disais, c'est l'histoire du petit pas.

MLP : Quelles seraient selon vous les principales limites de votre programme pour les personnes que vous accompagnez ?

LG : Nous aimerions offrir davantage de groupes. Des groupes où on va rassembler les gens. Des groupes par exemple sur les émotions. On en a déjà eu un, qui avait été mis en place par deux membres de l'équipe. Ça avait lieu ici. Ils travaillaient beaucoup avec différents médiums, soit des images, des phrases. Ça a été super aidant. Ça n'a pas pu continuer à cause du manque de personnel et de temps. Aussi, comme on est une nouvelle équipe, on est encore en construction, et d'introduire quelque chose de nouveau, c'est exigeant. Si on prend un humain et on emmène dix changements en même temps, ça ne marchera pas. C'est la même chose pour nous comme équipe. Mais on conserve l'idée. Ça a été très aidant. Ce qu'on aimerait aussi, c'est d'avoir un pair aidant. On sait que ça fonctionnerait ; on a essayé quelque chose et ça a été super allumant. D'avoir plus d'usagers qui viennent parler de ce qu'ils vivent. Un peu aussi à cause de la stigmatisation. Parce que notre clientèle est très stigmatisée, on le voit par le marché du travail. Les employeurs sont très réticents. C'est surtout là qu'on le voit. Malgré tout, l'agent IPS est rentré dans des corridors vraiment intéressants. Nous sommes un nouveau suivi. Tout est à construire. Ce qu'on aimerait aussi, c'est d'avoir un groupe d'activité physique. Je sais qu'à l'Hôpital Douglas, ça se fait, et que c'est très populaire, ça marche. J'aimerais aussi beaucoup avoir une intervenante en toxicomanie, qu'on puisse travailler ce volet dans notre programme. Travailler avec l'approche motivationnelle. On le fait tous un peu, mais de façon plus spécifique avec un groupe, ce

serait intéressant. Aussi, j'aimerais beaucoup que les usagers apprennent à reconnaître leur médication, qu'ils sachent ce qu'ils prennent, pourquoi ils le prennent et quels sont les effets secondaires. On vise beaucoup l'autogestion de la médication. Il y a des programmes de suivi intensif qui travaillent déjà avec des outils qui font que la personne apprend à gérer sa médication à un moment donné. Le but, c'est de les rendre autonomes. On ne veut pas rester dans la vie de ces gens pour les prochaines 40 années.

MLP : Vous avez évoqué les effets secondaires des médicaments...

LG : Je vous dirais qu'on a beaucoup d'impuissance. C'est là où c'est un peu difficile parfois pour nous de dire, ça va bien au niveau mental, mais au niveau des effets secondaires, les tremblements, la prise de poids, le diabète... Quand on va à domicile, on a ça en tête. On les questionne. Si la personne veut aller travailler et la médication l'endort trop le matin, ça ne marche pas. « On voit que tu es motivée, mais il y a la médication ». C'est à cause de ça aussi qu'ils arrêtent leur traitement parfois, à cause des effets secondaires. Quand je constate un changement, je ramène l'information au médecin et aux infirmiers. Et on va essayer de regarder si on ne peut pas diminuer la dose. On propose des fois de prendre la médication plus tôt. On essaie de regarder et si ça ne fonctionne pas, on peut essayer de changer de médicament. Il y a moyen de négocier. Quand on change la médication chez un usager, soit on resserre l'intensité du suivi, soit on est vraiment à l'écoute des symptômes. Lors de notre visite, on regarde comment il se sent suite au changement. Souvent, les gens ne veulent pas nous le dire parce qu'ils ont peur qu'on augmente la médication. On leur dit que ce n'est pas ça qu'on veut faire, « on veut que toi, tu sois bien et que tu puisses fonctionner chez toi et, si tu as des projets, que tu puisses les initier, que tu aies la motivation pour le faire, l'énergie pour le faire, ça c'est important, et ce qu'on veut savoir, c'est ça, parce que ça se négocie ». Si la personne me dit qu'elle ne va pas bien, on va l'emmener rencontrer le médecin. Est-ce qu'il y a quelque chose à faire ? Est-ce que ça prend une hospitalisation ? Il peut arriver qu'on en arrive là, mais généralement, ça ne dure pas. « C'est pas parce que tu es désorganisée, mais c'est parce qu'il y a un danger d'initier seul un changement. On a besoin d'avoir un avis médical et un suivi serré ». Mais c'est rare qu'on fasse ça. On essaie de faire vivre des changements dans la communauté. Et on essaie que les usagers prennent le moins possible de médicaments. C'est sûr que c'est l'idéal. Quand ils sortent de l'hôpital, habituellement, je m'arrange pour qu'ils en prennent le moins possible. À l'hôpital, ils prennent beaucoup de médicaments pour les stabiliser, mais une fois qu'ils sont stables, à

l'extérieur, ça ne répond plus de la même façon. Ils ont besoin d'être actifs. Il y a toute la consommation de drogue aussi qui vient influencer beaucoup les symptômes. Et ça, ça joue sur la médication aussi. Le médecin doit ajuster la médication en fonction de ça, qui est la réalité pour certaines des personnes qu'on suit.

MLP : Tout au long de l'entretien, vous avez évoqué plusieurs des personnes que vous accompagnez. Pouvez-vous me parler un peu d'une expérience d'accompagnement qui vous apparaît particulièrement « réussie » et d'une autre qui a été plus difficile ?

LG : Une expérience plus difficile, c'est une jeune fille qui est arrivée avec nous au début de notre programme. Et on ne sait toujours pas comment traiter cette personne-là. La façon qu'on a trouvé de travailler avec elle, c'est de rester là, de la prendre comme elle est, de l'accepter comme elle est et de suivre son rythme. C'est quelqu'un de très fluctuant. On apprend à la connaître avec le temps, mais c'est tellement imprévisible. Il arrive que pour quelques mois, il y ait une stabilité, pas d'idées de référence, de paranoïa, d'interprétation. Elle ne se change pas en un personnage de conte de fée ou célèbre comme elle peut le faire. On ne sait pas trop si elle est psychotique, si c'est la personnalité, si c'est schizo-typique... Mêmes les psychiatres sont incapables de donner un diagnostic franc. Dans ce cas-là, c'est vraiment la personne. On la prend comme elle est, on l'accompagne. À certains moments, elle est plus stable, elle veut faire quelque chose. Quand elle est mobilisée, elle fait du bénévolat. C'est quelqu'un qui est d'une générosité absolue, elle adore les gens. Mais quand elle se met à moins bien aller, les gens deviennent menaçants ou trop intrusifs ou c'est elle qui devient intrusive. Dans ces moments-là, c'est incroyable tout ce qu'elle peut faire. On essaie de la raccrocher le plus longtemps possible sur quelque chose de concret. Le bénévolat, s'occuper des animaux. Mais, à un moment donné, elle décroche. Elle peut se mettre en danger et mettre les autres en danger. Dans le traitement pharmacologique, le médecin a un grand défi. Il ne sait pas quoi lui donner. Il y a beaucoup d'imprévisibilité. On peut arriver là, elle veut nous battre et une semaine après, on est sa sœur, sa mère. C'est un défi pour nous comme équipe. On suit vraiment son rythme. Elle a besoin qu'on soit là. Elle le dit. De façon pas claire, mais on le sait. Elle ne nous a jamais fermé sa porte. C'est un accompagnement extrêmement exigeant, parce que ce n'est pas clair. Il n'y a rien de clair. En même temps, c'est quelqu'un qui était difficile à suivre en clinique externe. Il y a un niveau assez élevé d'intervention et d'accompagnement. Nous pouvons le faire parce que nous sommes une équipe. Ça lui permet d'avoir son appartement, d'avoir ses petits projets quand

même. Ça lui permet une stabilité. En fait, nous sommes un filet de sécurité. On est vraiment là pour l'ensemble de la clientèle. S'il arrive quelque chose, on est là. Je pense à une autre personne, une personne qui m'a particulièrement touchée et qui me touche toujours. Je la connais depuis longtemps, avant le suivi intensif. C'est quelqu'un qui était très régressé, très malade, très symptomatique. Elle mettait des excréments sur les murs. Je l'ai connue comme ça. Elle n'arrivait pas à rester dans une ressource d'hébergement, peu importe le type de ressource. On la mettait dehors parce que ça n'allait pas au niveau relationnel et du respect des règlements. C'était trop intrusif pour elle, c'était trop une charge émotive d'être en relation. J'étais sa travailleuse sociale pendant plusieurs années et finalement, elle revenait toujours à l'hôpital. Elle a fugué je ne sais pas combien de fois. C'est quelqu'un qui avait fait de la prostitution, consommation de drogue. Brillante, mais tellement hallucinée aussi. C'était très grandiose en même temps. Elle a toujours voulu avoir son appartement. Mais ce n'était pas possible. C'était trop exigeant pour une équipe externe. J'avais fait une expérience avec elle. Dans une des ressources où il y avait un peu de latitude, on avait réussi à avoir un petit frigidaire, une petite cafetière, une radio, elle avait un peu de liberté. Elle pouvait manger quand elle voulait. Ça avait marché un peu. Pour moi, c'était un indice que cette fille-là pouvait aussi se réadapter et après ça se rétablir. Elle est suivie avec nous depuis deux ans, elle est dans son appartement, elle se fait à manger et elle est autonome. Au début, on l'accompagnait beaucoup pour l'épicerie, le budget, le ménage. Elle a intégré les étapes et le processus de réappropriation de pouvoir. Elle fait ses affaires. Ça se peut que ce ne soit pas propre comme chez nous, mais ce n'est pas à nous de juger la propreté. Au moins, elle est heureuse dans sa vie. Elle n'a pas de radio, pas de télévision ; elle n'en veut pas. Elle vit un peu comme un ermite. Elle aime sortir la nuit. Quand elle n'a plus d'argent, elle quête. Elle est bizarre. Elle est brillante. Elle est attachante. Elle vit chez elle. Elle ne dérange personne. Elle est toujours un peu méfiante et interprétative. Elle a de drôles d'idées de référence. Elle reste un peu bizarre, mais elle vit dans un appartement où ce n'est pas écrit « santé mentale ». Ça, pour elle et pour moi, c'est une réussite.