

Récits de pratiques et consensus d'expert

Équipes cliniques du projet *Chez soi* à Montréal



Roch Hurtubise

Professeur titulaire, Département de service social
Université de Sherbrooke

Marie-Claude Rose

Professionnelle de recherche

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

au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les
pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS), centre affilié universitaire au CSSS J-M

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	3
RÉSUMÉ	4
REMERCIEMENTS	5
CHAPITRE 1 — DOCUMENTER DES PRATIQUES INNOVANTES EN ITINÉRANCE ET EN SANTÉ MENTALE	6
CHAPITRE 2 — CADRE MÉTHODOLOGIQUE	12
LES ÉTAPES DE RÉDACTION DES RÉCITS DE PRATIQUE	13
1. Une présence régulière sur les lieux de travail.....	13
2. La sélection des pratiques à documenter.....	13
3. Les entrevues	15
4. La rédaction des récits	15
DÉMARCHES AUTOUR DES PRINCIPES D'INTERVENTION : IDENTIFIER DES CONSENSUS D'EXPERTS.....	19
1. La méthodologie préconisée	19
2. Une première rencontre inter-équipes pour identifier les pratiques prometteuses	20
3. « cahier des principes d'intervention »	20
4. Une deuxième rencontre inter-équipes pour valider les principes d'intervention proposés	21
5. Diffusion des récits et des consensus.....	23
CHAPITRE 3 – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	24
UNE BANQUE DE 30 RÉCITS DE PRATIQUES D'INTERVENTION (RÉSUMÉS).....	24
LISTE DES 25 PRINCIPES D'INTERVENTION VALIDÉS	41
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXE 1 COMPTE RENDU PREMIÈRE RENCONTRE DES ÉQUIPES	66
1.0 - COMME INTERVENANTE, QU'EST-CE QU'ON APPREND?	68
2.0 - ÉCHANGES SUR NOS PRATIQUES D'INTERVENTION : QU'APPREND-ON LES UNES DES AUTRES?	69
3.0 - PLÉNIÈRE. CONSTATS ET ORIENTATIONS D'INTERVENTION : QUE VEUT-ON TRANSMETTRE À D'AUTRES?	70
ATELIER 1 – SORTIE DE LA RUE ET ENTRÉE EN LOGEMENT	75
ATELIER 2 – VIVRE EN LOGEMENT	79
ATELIER 3 – Spécificités d'une population en santé mentale	82
ATELIER 4 – RÔLE DE L'INTERVENANT(E)	85
ANNEXE 2 – COMPTE RENDU DEUXIÈME RENCONTRE	89
1.0 CE QU'IL FUT UTILE D'APPRENDRE, SELON LES TROIS ÉQUIPES	91
2.0 POUR, CONTRE, OUI, MAIS... ÉCHANGES AUTOUR DES ÉNONCÉS PROPOSÉS ET RÉÉCRITURE DES PRINCIPES D'INTERVENTION 94	
ANNEXE 3 –PRIORISATION DES PRINCIPES D'INTERVENTION EN 2013 PAR LES INTERVENANTS DES TROIS ÉQUIPES CHEZ SOI	105
ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UNE ENTREVUE INDIVIDUELLE	110
ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UNE ENTREVUE DE GROUPE	114

Résumé

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de l'appel du *Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance* portant sur les meilleures pratiques auprès des personnes itinérantes à la rue ou vivant en hébergement d'urgence avec des problèmes de santé mentale graves et persistants. Il s'est agi de faire la description et l'analyse des pratiques de trois équipes cliniques qui s'adressent à une population en situation d'itinérance et souffrant de troubles mentaux dans le cadre du projet Chez soi à Montréal : deux équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM). On a cherché à en saisir la spécificité pour favoriser leur consolidation et leur diffusion dans d'autres milieux. Autour d'une démarche conjointe, ces équipes ont souhaité, à travers cette recherche, 1) améliorer la qualité et l'efficacité de leurs interventions; 2) permettre un ressourcement continu à des intervenants praticiens du terrain; 3) permettre de nommer, d'échanger et de transférer des pratiques professionnelles en lien avec des savoirs, savoir-faire et savoir-être spécifiques au terrain, à la clientèle et à une intervention qui se déploie à partir du réseau public.

Concrètement, il s'est agi de :

- Constituer une banque de 30 récits des pratiques en itinérance, santé mentale et logement, à partir du travail des trois équipes Chez soi de Montréal
- Analyser les récits pour dégager des consensus de pratiques (la meilleure chose à faire dans une situation donnée)
- Réunir les intervenants du projet afin de réfléchir collectivement à leurs pratiques et valider des consensus d'experts
- Rendre disponibles cette banque de récits d'interventions et les consensus d'expert pour la formation continue, la formation initiale (stagiaires, intervenants nouvellement arrivés) et la recherche.
- Favoriser le transfert des consensus dégagés auprès des équipes des autres villes canadiennes qui participent au projet Chez soi (Toronto, Moncton, Winnipeg et Vancouver).

Ce projet s'est réalisé au cours d'une première période de 16 mois, de juin 2010 à octobre 2011. Une seconde présence sur le terrain, d'une durée de cinq mois entre janvier à mai 2013, a permis de bonifier la documentation des pratiques d'intervention. La méthodologie de la recherche se situe au croisement de la recherche-action, des approches réflexives et de l'analyse des pratiques professionnelles. D'un point de vue méthodologique, le travail a consisté à mettre en œuvre un dispositif de co-construction des récits de pratique (Hurtubise et coll., 1999; Hurtubise et Laaroussi, 2001; St-Arnaud, 1995; Audet 2008). Pour ce faire, diverses techniques de production de récits utilisées auprès des professionnels en formation comme en recherche ont été mobilisées (identification de situations typiques et marquantes, construction des matériaux, rédaction et validation). À travers la production des récits, les intervenants des trois équipes ont été appelés à identifier des consensus d'experts (Lecomte, 2003) et à en valider la formulation : a) préciser et de compléter les énoncés proposés du point de vue de leur validité interne; b) juger du caractère innovant du principe d'intervention écrit et des possibilités de transfert dans un autre contexte.

P.-S. Les trente récits de pratiques sont présentés dans le document « *Cahier des récits de pratiques de équipes du projet Chez soi à Montréal.2013* », accessible aux personnes intéressées et déposé au SPLI et sur le site du CRÉMIS.

Remerciements

Ce projet a été rendu possible grâce à l'implication exceptionnelle des intervenants des trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal, en 2010-2011 et 2013. Sans eux cette aventure n'aurait pas été possible. Nous les remercions de leur intérêt et de leur disponibilité.

Un merci tout particulier aux chefs de programmes, **Jason Champagne** (CSSS Jeanne-Mance), **Bertrand Gagné** (Diogène) et **Claire Thiboutot** (CSSS Jeanne-Mance) et aux coordonnatrices des services cliniques pour leur précieuse collaboration tout au long de cette recherche.

Il s'agit, pour l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du CSSS Jeanne-Mance, de **Judith Arsenault** (coordonnatrice des services cliniques), **Sophie Brisson** (travailleuse sociale), **Nancy Côté** (infirmière), **Jean-Marc Des Roches** (infirmier), **Louise de l'Étoile** (coordonnatrice des services cliniques), **Stéphanie Desnoyers** (travailleuse sociale), **Émilie Frenette** (infirmière), **Lori Girard** (coordonnatrice des services cliniques), **Marie-Jeanne Gracia** (infirmière), **Maxime Jalbert** (intervenant psychosocial/criminologue), **Nathalie Marchand** (intervenante psychosociale/sexologue), **Isabelle Massé** (intervenante psychosociale/ sociologue), **Marie-Christine Morin** (infirmière), **Geneviève Ouellet** (travailleuse sociale), **Suzelle Parent** (pair-aidante), **Marie-Carmen Plante** (psychiatre), **Isabelle Quessy** (psychoéducatrice), **Cynthia Rioux** (travailleuse sociale), **Clément Savignac** (intervenant psychosocial), **Catherine Simard** (infirmière), **Marie-Ève Simard** (intervenante psychosociale/spécialiste en dépendance), **Éric Tessier** (intervenant psychosocial/spécialiste en dépendance).

Pour l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) de Diogène, d'**Isabelle Blanchette** (intervenante psychosociale), **Jennifer Bumbray** (intervenante psychosociale), **Élysabeth Garant** (travailleuse sociale), **Nancy Lalime** (intervenante psychosociale), **Philippe Langlais** (travailleur social), **Éric Léonard** (intervenant psychosocial), **Alexandre Pelletier** (travailleur social), **Jessica Soto** (coordonnatrice des services cliniques).

Pour l'équipe de suivi d'intensité variable (SIV) du CSSS Jeanne-Mance, de **Julie Bilocq-Gagné** (travailleuse sociale), **Charlotte De Ernsted** (intervenante psychosociale), **Sabine Georges** (agente IPS), **Élizabeth Girard** (intervenante psychosociale), **Sylvie Grenier** (travailleuse sociale), **Karine Grenon** (intervenante psychosociale/criminologue), **Nancy Keays** (coordonnatrice des services cliniques), **Jacques Labonté** (travailleur social), **Gabrielle Roberge** (agente IPS), **Nathalie Rochette** (travailleuse sociale), **Benoît St-Pierre** (pair aidant), **Heidi Théberge** (intervenante psychosociale/criminologue), **Diane Vadeboncoeur** (travailleuse sociale).

Merci à Céline Garneau pour la révision linguistique des récits de pratiques d'intervention.

Nous remercions également le Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance qui, via son programme de Développement des connaissances en itinérance, a financé les 16 premiers mois de ce projet. Nous remercions également le CRÉMIS qui a financé cinq mois additionnels en 2013, afin de bonifier la démarche de documentation.

Chapitre 1 — Documenter des pratiques innovantes en itinérance et en santé mentale

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'appel du développement des connaissances en itinérance du *Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance*, portant sur les pratiques exemplaires dans le domaine de l'itinérance. Il s'est agi de faire la description et l'analyse des pratiques d'intervention de trois équipes cliniques dans le cadre du projet Chez soi à Montréal – deux équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) –, s'adressant à des personnes en situation d'itinérance et souffrant de troubles mentaux. Inspirée du modèle *Housing First*, l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM – 10 cliniciens multidisciplinaires) a offert des services complets à 80 usagers avec des problèmes lourds de santé mentale, qui ont bénéficié aussi d'un logement. Les deux équipes de soutien d'intensité variable (SIV- 6 intervenants par équipe) s'est occupé de 200 personnes avec des problèmes modérés de santé mentale dans une approche du type *Street to Home*. Si le projet Chez Soi vise globalement la démonstration de la pertinence et de l'efficacité de l'approche, le présent projet visait à documenter et à valider des stratégies d'intervention clinique.

La méthode de cette recherche s'est inspirée d'une première étude réalisée en collaboration avec les quatre Équipe itinérance du Québec en 2008-2009 (Laval, Montréal, Hull et Sherbrooke). La recherche sur les pratiques exemplaires s'est développée autour de deux grands modèles : la perspective des données probantes et celle des consensus d'experts (Lecomte, 2003; Nadeau 2003; Couturier et Carrier 2003; Couturier et coll., 2009; Trocmé et coll., 2009). La nature même de la problématique de l'itinérance et la dimension adaptative des pratiques des équipes a nécessité la mise en œuvre d'un dispositif de recherche qui, pour saisir le contenu et le sens de ces pratiques, fait une large place à l'expertise développée par les praticiens. Ce projet s'apparente donc davantage à la perspective des consensus d'experts puisque ce sont les intervenants de l'ensemble des équipes cliniques, ceux que nous considérons comme des « experts de l'intervention », qui valident et jugent de la pertinence de telles pratiques (Ploin et coll., 2004; Kahn et coll., 1997). Ce travail de description, d'analyse et de validation peut servir de modèle ou de point de départ à un travail de même nature dans d'autres milieux au Québec ou ailleurs au pays.

Ce projet cherchait à cerner les solutions pertinentes, significatives et viables à l'itinérance et à améliorer les services aux personnes en situation d'itinérance souffrant de troubles mentaux. Cette recherche met en évidence la nature spécifique des réponses adaptées à des personnes aux trajectoires et aux problèmes hétéroclites. L'intervention des équipes cliniques Chez soi s'inscrit dans une approche du « logement d'abord » et de la philosophie du rétablissement, où il est considéré que le rôle de l'intervenant est d'accompagner les personnes vers un mieux-être, tel que ces dernières le définissent. Les approches à laquelle ces programmes se réfèrent se distinguent des approches traditionnelles par la possibilité qui est donnée aux personnes d'intégrer rapidement un logement subventionné de leur choix (sans devoir passer par des étapes préparatoires), tout en leur offrant, en même temps, un suivi clinique et de réadaptation intégrés et personnalisés. La santé est ici définie dans une perspective globale (auto-détermination, bien-être, capacité de fonctionnement). Le travail des intervenants porte alors sur

diverses dimensions de la vie des personnes : la sortie de l'itinérance, la stabilisation en logement, la santé mentale et physique, la judiciarisation des personnes, l'intégration sociale, les habiletés à la vie quotidienne, les habiletés relationnelles, etc.

La santé des personnes itinérantes : un levier d'action

Depuis les 30 dernières années, on assiste à une augmentation et à une transformation du phénomène de l'itinérance (Roy et Hurtubise, 2007). Les personnes en situation d'itinérance ont des trajectoires de vies plurielles et sont aux prises avec des problématiques multiples et complexes. De plus en plus de jeunes, de femmes, de personnes âgées et d'autochtones sont à la rue. Cette population présente aussi d'importants problèmes concomitants de santé. Notamment, de 30 % à 50 % de ces personnes auraient des problèmes de santé mentale, et 10 % des troubles mentaux graves. Plus de la moitié des adultes en situation d'itinérance et ayant des troubles de santé mentale auraient aussi des problèmes de dépendances (Weinreb *et coll.* 2005). Un nombre croissant a également été judiciarisé (Bellot, 2008). La multiplicité des problèmes chez cette population complexifie d'autant plus la mise en œuvre d'une intervention adéquate.

L'itinérance est associée à une grande vulnérabilité et constitue une préoccupation constante pour les intervenants de la santé. De façon générale, l'état de santé des personnes circulant dans ces réseaux indique l'ampleur et la diversité des besoins en matière de soins et de services (Carrière, Hurtubise, Lauzon, 2003). Cette population, difficilement accessible et souvent perçue comme étant réfractaire aux pratiques habituelles de soins, de traitements et de prévention présente un bilan de santé bien inférieur à la moyenne de la population (Frankish, Hwang et Quantz, 2005; Harris, Mowbray et Solarz, 1994). Les problèmes de santé physique rencontrés par les personnes itinérantes sont plutôt associés à leurs conditions de vie. Le taux de mortalité serait de deux à huit fois supérieur à celui observé dans la population générale (Hwang, 2000; Barrow *et coll.*, 1999). Bien qu'une diminution de la prévalence de la schizophrénie puisse être constatée (Geddes *et coll.*, 1994), diverses études démontrent que de 40 % à 60 % des personnes en situation d'itinérance sont confrontées à des problèmes larges de santé mentale (détresse, dépression, idéation suicidaire) (Poirier, Hachey, Lecomte, 2000, Fournier et Mercier, 1996). La prévalence des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie serait aussi importante. Enfin, certains refuges seraient des lieux favorables à la transmission de divers problèmes de santé, notamment de maladies infectieuses (Marks *et coll.*, 2000). Les problèmes de santé constituent donc une question importante qui nécessite une meilleure compréhension des perceptions et des stratégies déployées par les personnes en situation d'itinérance (Hurtubise *et coll.*, 2007, Wadd *et coll.*, 2006).

Les personnes itinérantes, vulnérables au niveau de leur santé physique, ne possèdent pas une grande capacité à mobiliser les ressources disponibles et à prendre soin d'elles-mêmes (Boydell, Goering et Morell-Bellai, 2000; Laberge *et coll.*, 2000). Aussi, souvent leurs problèmes s'aggravent parce qu'elles tardent à consulter (Desai et Rosenheck, 2005). Les personnes itinérantes ont la réputation d'être de « mauvaises » utilisatrices des services. Elles ont tendance à agir quand elles sont en situation de crise (Marks *et al.* 2000; Stein, Lu et Gelberg, 2000) et à utiliser de manière fréquente les services d'urgence des centres hospitaliers (Thibaudeau 2000, Kushel, Vittinghoff et Haas, 2001). Les personnes itinérantes

ont des rapports quotidiens très difficiles avec les ressources (difficultés d'ordre interpersonnel, relationnel, problèmes de perceptions négatives et de non-conformité aux règles des établissements, etc.) et cela complexifie encore davantage leur situation (Khandor, Mason, 2007). En fait, malgré des besoins importants, les personnes itinérantes sont les moins bien desservies au niveau des services de santé tant pour la prévention que pour l'intervention (Webb, 1998; Roy et coll., 2006).

Les personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé sont dans un double contexte d'incertitude lié à la vie dans la rue et à la maladie. Quand on vit dans la rue, l'accès continu et la mobilisation des ressources matérielles, physiques et relationnelles sont pratiquement impossibles (Roy et coll., 2006). En effet, cela transforme de façon importante, voire radicale, les représentations de la vie, des rapports interindividuels et sociaux. La perception de soi et les repères temporels s'en trouvent tout aussi affectés. En effet, la projection de soi est réduite aux contraintes de l'immédiat et de la quotidienneté. Dans un tel contexte, l'organisation des actions se fait selon des priorités mettant de l'avant la vulnérabilité des conditions de vie et la nécessité de survivre dans l'immédiat (manger, dormir, se désennuyer, etc.). De plus, l'expérience de la rue affecte de façon très négative l'image de soi, la perception de sa propre valeur et de sa capacité personnelle à s'en sortir (Hurtubise et coll., 2007). Dans ce contexte, l'organisation de la vie quotidienne et le suivi médical relèvent de l'exploit. Par exemple, le simple respect d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé est difficile puisque le rapport au temps et à l'engagement est perturbé. La capacité de se projeter dans l'avenir est aussi affectée par la précarité des conditions d'existence. Enfin, l'adoption d'une identité itinérante, décrite principalement dans le cas d'itinérance de longue durée (Snow et Anderson, 1987), entrave souvent l'établissement de liens avec le milieu de soins, qui seraient nécessaires à la reprise en main de sa santé. En effet, une intervention efficace suppose une collaboration étroite entre patients et soignants afin d'accroître les pratiques de prévention et le suivi thérapeutique (Friedland et Williams, 1999).

C'est dans ce contexte et pour tenir compte de ces difficultés spécifiques à la vie itinérante que des professionnels ont développé une pratique qui permet d'adapter, de transformer et de réinventer les services qui leur sont dédiés.

Un projet de recherche et de démonstration pour desservir une population cumulant parcours d'itinérance et troubles mentaux

Le projet *Chez soi* est un projet de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance. Ce projet s'échelonnant sur quatre ans est sous la responsabilité de la Commission de la santé mentale du Canada. Son but est de fournir des éléments probants sur les interventions les plus susceptibles de favoriser la stabilité du logement et d'améliorer la santé et le bien-être des itinérants qui ont des problèmes de santé mentale. Afin d'identifier des pistes de solution à la croissance et la diversification de l'itinérance, cinq sites ont été sélectionnés, Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton, afin d'implanter le projet pilote « Chez Soi ». Le projet à Montréal a démarré en 2008. Le CSSS Jeanne-Mance est responsable de l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) et d'une des deux équipes de soutien d'intensité variable (SIV). Diogène, organisme communautaire en santé mentale et en itinérance,

est mandataire de la deuxième équipe SIV, intégrée au Projet Chez Soi. Dans l'équipe SIM, 8 intervenants desservent 80 personnes (ratio 1 : 10). Chaque équipe SIV est composée de 6 intervenants offrant des services à 100 personnes (ratio 1 : 17).

La philosophie générale du projet consiste à donner aux personnes la possibilité d'intégrer un logement de leur choix, tout en leur offrant un suivi personnalisé (plus ou moins intensif selon leurs besoins). Le modèle vise à réduire le phénomène de l'itinérance et à favoriser l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux dans la collectivité. **Si le projet Chez Soi vise globalement la démonstration de la pertinence et de l'efficacité de l'approche, le présent projet visait à documenter et à valider des stratégies d'intervention clinique.**

La caractéristique première de ces services est de se situer à l'interface des populations, des autres services publics (hôpitaux, services sociaux, santé publique), du réseau des organismes communautaires et des divers acteurs concernés par ces populations (police, municipalité, gouvernement provincial, propriétaires, commerçants, etc.). Les équipes Chez soi exercent donc une forme de direction « tranquille » dans le développement de pratiques adaptées, intersectorielles et multidisciplinaires pour améliorer la qualité de vie et la santé des personnes en situation d'itinérance.

Ces équipes s'inscrivent dans une approche du rétablissement, inspirée de la littérature américaine (Pelletier et al, 2012). Ces approches ont été repensées et « ajustées » à divers contextes (grande ville, ville moyenne, petite ville), aux changements des caractéristiques des clientèles (aggravation des problématiques, diversification des populations, nouvelles figures de l'itinérance); elles cherchent à prendre en compte et à s'adapter aux diverses conjonctures (crise de l'hébergement à la période de l'hiver, montée de l'intolérance et de l'insécurité dans la population, judiciarisation et criminalisation des pratiques d'occupation de l'espace public, discrimination par certaines institutions du réseau de santé, etc.).

On pourrait résumer les caractéristiques du travail de ces nouvelles équipes de la manière suivante (McKeown et Plante, 2000, Denoncourt et coll., 2007) : a) le dépistage proactif (outreach) qui cherche à rejoindre la personne là où elle est, c'est-à-dire dans les rues, les ressources, les espaces publics (parcs, métro) et semi-publics (hall d'immeuble, centre d'achats) dans l'objectif de bâtir un lien et d'assurer un suivi; b) le dépistage et la liaison intérieure (inreach) qui visent à développer les collaborations avec les autres professionnels au sein du CLSC et dans le réseau de la santé (par exemple, avec le milieu hospitalier lorsque l'accessibilité aux urgences psychiatriques est problématique); c) le travail de liaison avec le milieu communautaire qui favorise le développement d'un réseau de services et la complémentarité des ressources; d) la défense des droits et la protection des personnes, que ce soit à travers la dénonciation des abus, la sensibilisation à la discrimination ou l'assurance que les personnes peuvent évoluer dans un environnement sécuritaire et salubre; e) la prévention de l'itinérance auprès des personnes qui sont inscrites dans des trajectoires susceptibles de leur faire vivre diverses ruptures et de se retrouver à la rue. Des études confirment que ce type d'approche permet d'améliorer de manière significative l'accessibilité et le suivi de santé (Hwang et coll., 2005, Daiski, 2005; Cunningham et coll.,

2007), le suivi en santé mentale (Farell et coll., 2000; Power et Attenborough, 2003) et l'exercice des droits et l'amélioration de la condition économique (Chen et coll., 2007).

Constamment confrontées aux transformations de la problématique et à la diversification des contextes, ces pratiques ne sont jamais figées dans un modèle ou une approche. Autour d'une démarche conjointe, ces équipes cherchaient, par le projet que nous proposons à 1) améliorer la qualité et l'efficacité de leurs interventions; 2) permettre un ressourcement continu à des intervenants praticiens du terrain; et 3) permettre de nommer, d'échanger et de transférer des pratiques professionnelles en lien avec des savoirs, savoir-faire, savoir-être spécifiques au terrain, à la clientèle et à une intervention qui se déploie à partir du réseau public.

Une approche réflexive pour décrire et analyser des pratiques

Cette recherche s'est développée autour d'une orientation théorique et pédagogique, soit l'analyse des pratiques professionnelles (Hurtubise et coll., 1999)¹, du besoin des intervenants d'être outillés dans leur réflexion et de la nécessité de mieux cerner la spécificité et l'intérêt d'une pratique innovante qui pourra, à terme, être reprise dans d'autres ressources. Cette rencontre des visées de recherche et d'intervention se traduit par le développement d'un « savoir analyser », chez les praticiens et chez les chercheurs, qui permet une consolidation des identités professionnelles et une plus grande reconnaissance sociale des pratiques.

Plusieurs postulats orientent la démarche. Tout d'abord, nous estimons que la diversité des manières de faire des équipes cliniques constitue une richesse qu'il faut promouvoir et qui n'appelle pas une normalisation ou une standardisation des pratiques. Ensuite, ces pratiques s'appuient sur des référents implicites et des savoirs spécifiques que nous voulons valoriser, dans le sens développé par les créateurs de l'approche réflexive des pratiques professionnelles qui affirme que les actions sont toujours porteuses de savoirs (Schön, 1996; Argyris, 1995; St Arnaud, 1995). De plus, les pratiques des équipes spécialisées dans le champs de l'itinérance se caractérisent par une volonté de dire et de rendre visibles les actions posées, et nous supposons que cette volonté est liée à des besoins de formation, à la quête de légitimité de cette pratique et à son potentiel de transfert dans d'autres milieux, surtout dans le contexte actuel où le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec élabore un plan d'action en itinérance. Finalement, la réflexion sur la pratique fait partie du quotidien des professionnels, et ce, sous des formes multiples. En effet, nous avons identifié, de manière non exhaustive, plusieurs espaces de réflexion sur la pratique : la réflexion au cas par cas dans laquelle les intervenants se questionnent sur leur lecture d'une situation, le bien-fondé de leur action ou encore leur compréhension d'une dynamique; la réflexion sur leur engagement dans la pratique, sur la place de cette pratique dans leur trajectoire professionnelle et personnelle, sur les frontières à définir entre l'une et l'autre; la réflexion plus globale sur la pratique des équipes itinérance, sa pertinence, sa légitimité et ses limites.

¹ L'approche proposée, l'analyse des pratiques professionnelles, est issue d'une démarche pédagogique développée auprès des étudiants en travail social qui vise le développement d'un savoir-analyser où lecture du réel, action et vision du changement sont constamment articulés dans les pratiques d'interventions. L'analyse consiste à identifier ces articulations et plus particulièrement à travailler sur les tensions, glissements ou dérives dont ils seraient porteurs.

En tenant compte de ces divers espaces de réflexion nous avons voulu permettre aux intervenants des Équipes itinérance : 1) de regarder autrement leur pratique professionnelle; 2) d'approfondir leur connaissance et leur compréhension de la pratique; 3) d'identifier leurs référents implicites et par là même situer leur pratique par rapport à d'autres se déroulant dans leurs équipes, dans d'autres organismes ou dans d'autres champs d'intervention; 4) de saisir sa pertinence spécifique; 5) d'entrer dans un processus d'analyse des pratiques professionnelles qu'ils pourront continuer à opérationnaliser seuls, en équipes ou en collectifs; 6) de développer par tous ces points une culture réflexive qui pourra servir autant aux participants qu'aux divers milieux.

Les principes opératoires suivants sont au cœur du « savoir analyser » que nous avons cherché à développer : a) réfléchir collectivement sur les pratiques et engager l'organisation dans la réflexion; b) fonder la réflexion sur les pratiques effectives; c) utiliser le tiers interrogateur pour favoriser l'induction méthodologique; d) faire un pas de côté (se déstabiliser) par le travail narratif qui permet de privilégier un angle pour se raconter. Nous favorisons donc la cumulativité des savoirs aux divers niveaux des individus, des équipes et de l'inter-équipe. Cette démarche présente deux caractéristiques importantes qui la distinguent des approches plus normatives : d'une part, elle est contextualisée (aux milieux, aux contextes régionaux, aux organismes) et d'autre part elle articule la réflexion individuelle et la réflexion collective.

Chapitre 2 — Cadre méthodologique

La méthodologie de la recherche se situe au croisement de la recherche-action, des approches réflexives et de l'analyse des pratiques professionnelles. D'un point de vue méthodologique, le travail consiste à mettre en œuvre un dispositif de co-construction des récits de pratique (Hurtubise et coll., 1999; Hurtubise et Laaroussi, 2001; St-Arnaud, 1995). Pour ce faire, nous avons mobilisé diverses techniques de production de récits utilisées auprès des professionnels (identification de situations typiques et marquantes, cueillette des informations, rédaction, validation et correction). Par la suite, les récits ont été présentés à l'ensemble des intervenants des équipes dans un objectif de validation par la méthode des consensus d'experts (Lecomte, 2003) qui vise un double objectif : a) permettre de préciser et de compléter le contenu des récits du point de vue de leur validité interne; b) juger du caractère innovant de la pratique décrite et des possibilités de transfert dans un autre contexte.

Rappelons les objectifs du projet tels qu'ils avaient été formulés au départ :

- a. Constituer une banque de 30 récits des pratiques en itinérance, santé mentale et logement, à partir du travail des trois équipes Chez soi de Montréal
- b. Analyser les récits pour dégager des consensus de pratiques (la meilleure chose à faire dans une situation donnée)
- c. Réunir les intervenants du projet afin de réfléchir collectivement à leurs pratiques et valider des consensus d'experts
- d. Rendre disponibles cette banque de récits d'interventions et les consensus d'expert pour la formation continue, la formation initiale (stagiaires, intervenants nouvellement arrivés) et la recherche.
- e. Favoriser le transfert des consensus dégagés auprès des équipes des autres villes canadiennes qui participent au projet Chez soi (Toronto, Moncton, Winnipeg et Vancouver).

Dans cette section nous présentons ce travail méthodologique sous la forme d'un récit décrivant les diverses étapes de la co-construction des récits et des consensus. Au-delà des approches méthodologiques souvent utilisées en sciences humaines et sociales qui considèrent le récit comme une illustration, l'approche utilisée met de l'avant l'importance de l'écriture du récit au sens stylistique et éditorial. Cette orientation suppose des choix qui visaient à privilégier et à mettre de l'avant un enjeu de l'intervention en itinérance dans chacun des récits de manière à illustrer des pratiques jugées particulièrement significatives pour y répondre. Les récits n'ont pas la prétention de rendre compte de la totalité de la réalité des pratiques des équipes. Ils pointent – à la manière de choix éditoriaux – des aspects qui méritent, selon les intervenants participants au projet, d'être considérés pour leur valeur exemplaire. Si la démarche comporte une part d'ethnographie, par la présence sur les lieux de travail des intervenants dans le cadre d'un travail d'observation, et la réalisation d'entretiens avec les intervenants, elle s'inscrit également dans un travail d'animation consistant à dégager avec les intervenants les pratiques à documenter en vue d'alimenter le travail et la réflexion de d'autres milieux de pratique.

Les étapes de rédaction des récits de pratique

1. Une présence régulière sur les lieux de travail

La professionnelle de recherche a travaillé sur le milieu de travail des intervenants de juillet 2010 à juillet 2011, puis de janvier 2013 à mars 2013. Le travail d'observation autorisé par cette présence a constitué un atout considérable dans la compréhension de la réalité de l'intervention et la relation de confiance établie avec les intervenants.

Parmi les stratégies pour documenter les récits d'intervention, le contact hebdomadaire, voir journalier avec les intervenants, nous a souvent permis de saisir à chaud les interventions, alors que les intervenants avaient en tête tous les détails de la situation et le rationnel de l'intervention. Cette présence a permis une description fine des réalités de l'intervention et de saisir des informations rapidement oubliées dans un quotidien de travail très chargé, ponctué de situations d'urgence.

La professionnelle de recherche a assuré une présence régulière sur les lieux de travail des intervenants. Pendant plusieurs mois, son bureau se trouvait dans les locaux des équipes d'intervention coordonnées par le CSSS Jeanne-Mance et elle a participé aux rencontres hebdomadaires de chacune des trois équipes cliniques. Dans l'équipe SIM, où l'organisation du travail diffère passablement de celle des équipes SIV, elle a de plus assisté régulièrement aux rencontres du matin pendant lesquelles sont réparties les interventions de la journée entre les praticiens de l'équipe. Le travail d'observation s'est en outre enrichi d'occasionnels accompagnements des intervenants lors de leurs interventions à domicile. Cette proximité avec les cliniciens a permis une appropriation des réalités de leur travail et a grandement contribué à la qualité des rétroactions lors des divers processus d'identification et de validation des récits et des consensus d'experts.

La construction des matériaux de chacun des récits a fait l'objet d'un processus étape par étape pour assurer une co-construction des récits et qu'ils soient validés par tous les membres d'une équipe. Les rencontres d'équipes ont été le lieu privilégié pour expliquer la démarche de recherche, identifier des récits à documenter, tenir au courant les intervenants de la progression du travail et valider en équipes les premières versions des récits.

2. La sélection des pratiques à documenter

Les intervenants et les chefs d'équipe ont eu un rôle actif dans l'identification des pratiques et des stratégies d'intervention qu'ils estiment les plus pertinentes pour répondre aux enjeux éthiques et cliniques rencontrés dans l'intervention en itinérance.

Les rencontres hebdomadaires ont été des occasions privilégiées pour échanger avec les intervenants au sujet des pratiques d'intervention à documenter. Cette présence aux discussions cliniques a été une occasion privilégiée d'identifier des pratiques nouvelles et de valider auprès des intervenants la pertinence de les documenter. Ces échanges étaient également des occasions de faire des mises à jour

régulières sur l'état de l'écriture des récits et d'entretenir l'intérêt des intervenants à l'égard de la recherche en cours. Lors des rencontres hebdomadaires, des plages horaires ont régulièrement été accordées à la professionnelle de recherche pour consulter les intervenants à propos des situations marquantes qu'ils estimaient significatives et représentatives du travail effectué par l'équipe². Les chefs d'équipe de chacune des équipes ont été particulièrement disponibles pour faire le point sur les récits en cours et ceux à envisager, dans le cadre d'échanges réguliers.

Lors de ces rencontres, nous avons énoncé certains critères propres à guider les intervenants dans leur choix de pratiques. Nous invitons les intervenants à nous faire part de situations marquantes qu'ils considéraient significatives et représentatives du travail qu'ils effectuent au sein de leur équipe. Nous avons insisté sur l'importance de sélectionner une diversité de pratiques. Pour plusieurs intervenants, un récit de pratique faisait surtout référence à une intervention de nature clinique auprès d'un individu. Bien que cette interprétation ait été possible, il fallait rappeler que les récits pouvaient aller bien au-delà des interventions cliniques. Parmi des certaines thématiques de pratique suggérées, notons la concertation et la collaboration, les pratiques organisationnelles et les modèles de pratiques innovantes. Nous avons ainsi voulu nous assurer d'une diversité de situations : suivis cliniques, médicaux et psychosociaux, interventions avec le milieu, référence et réseautage, travail interdisciplinaire et intersectoriel, entre autres. Il a pu s'agir de cas complexes qui représentent de nouveaux défis ou de situations d'intervention typiques qui se vivent comme des expériences fondatrices marquantes ou encore qui sont liées à des crises. Si nous n'avions pas la prétention que les récits épuisent la totalité des pratiques des équipes, nous avons cependant souhaité dresser un portrait significatif de leurs pratiques exemplaires.

Comme équipe de recherche, nous avons assumé une certaine direction dans la sélection des pratiques. Il fallait nous assurer d'éviter la redondance entre les récits sélectionnés par les trois équipes cliniques, tout en respectant les intérêts des intervenants mobilisés pour documenter leur pratique. Notre choix méthodologique a été d'appréhender chaque récit en faisant prévaloir un angle ou un enjeu spécifique de l'intervention, plutôt qu'en tentant de relater la totalité d'un suivi. Les récits à documenter ont été établis au fur et à mesure des dix premiers mois de la recherche. La sélection de nouveaux récits s'est poursuivie au fur et à mesure qu'étaient documentées certaines pratiques et rédigé les premiers récits. Alors que les intervenants étaient de plus en plus familiers avec le projet ils se sont montrés fort enthousiastes. Si les premiers récits ont été suggérés par la professionnelle de recherche, les intervenants ont rapidement pris l'initiative de proposer des interventions à documenter qui leur paraissaient particulièrement intéressantes. Le travail de la professionnelle de recherche consista alors principalement à proposer un angle sous lequel il pouvait être intéressant d'aborder les pratiques d'interventions proposées. Nous étions également en mesure d'avoir un portrait plus global de l'ensemble des récits sélectionnés et de sonder l'intérêt parmi les intervenants de documenter un enjeu clinique ou éthique qui n'avait pas jusqu'alors été documenté.

² Dans l'équipe SIM, où les intervenants sont impliqués dans chacun des suivis, une formule de « capsules de 10 minutes » a été implantée lors des rencontres hebdomadaires pour discuter de la proposition d'un récit, afin que les membres de l'équipe puissent la bonifier et de s'assurer que l'angle de rédaction du récit convienne avant de le documenter plus formellement.

3. Les entrevues

Un canevas d'entrevue a été rédigé pour chacun des 30 récits rédigés. Le défi consistait à bâtir des canevas susceptibles d'amener l'intervenant à livrer l'ensemble de l'information sur la situation tout en orientant la discussion selon l'angle d'écriture préconisé. Pour construire les canevas d'entrevue, nous avons pris pour assises les connaissances et observations que nous avions des pratiques proposées par les intervenants.

Pour chaque récit identifié, des entrevues individuelles ont été réalisées avec les intervenants centraux aux pratiques d'interventions mises en scène. Quelques entrevues de groupe ont également été réalisées avec l'équipe SIM. Pour débiter l'entrevue, il était rappelé à la personne interviewée quels étaient les suivis dont il serait question au cours de la discussion et sous quel angle il avait été convenu de les aborder. Il s'agissait d'abord de s'assurer que l'intervenant était en accord avec l'angle préconisé. Si tel n'était pas le cas, nous discutons d'un angle plus adéquat pour rendre compte des interventions à documenter.

Nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées, où nous avons laissé les intervenants « se raconter ». En d'autres mots, nous sommes partis de leurs préoccupations, en tenant compte de l'enchaînement des événements tel qu'identifiés par eux. Ainsi, nous postulons qu'en laissant une certaine latitude aux personnes interviewées, il leur serait permis d'évoquer des contenus pertinents que nous n'aurions pas a priori été enclins à investiguer. Néanmoins, nous avons prévu certaines questions à propos de contenus que nous jugeons essentiels à la compréhension du récit. D'autres encore avaient pour objectif de permettre à l'intervenant ou aux intervenants de poser un regard réflexif, voir critique sur la pratique et le contexte dans lequel elle fut réalisée.

Aménager du temps pour réaliser des entrevues dans un contexte de travail très chargé et où les intervenants sont régulièrement appelés à partir en interventions d'urgence a souvent constitué un défi. L'intérêt marqué porté par plusieurs cliniciens pour documenter leurs pratiques a permis qu'ils « inventent » du temps pour des entrevues. À plusieurs reprises, des entrevues ont été réalisées sur l'heure des repas avec des intervenants ne pouvant pas se libérer pendant leurs heures régulières de travail, prenant ainsi leur temps personnel pour participer à la recherche. Par ailleurs, il est souvent arrivé que les entrevues prévues soient reportées ou interrompues alors qu'un intervenant était appelé à partir en intervention d'urgence. La présence de la professionnelle de recherche sur les lieux de travail a permis la souplesse nécessaire pour reporter le moment des échanges jusqu'à ce que l'intervenant soit à nouveau disponible.

Les enregistrements audio des entrevues ont été transcrits au fur et à mesure de leurs réalisations.

4. La rédaction des récits

La rédaction des récits a débuté à l'automne 2010, chevauchant dès lors l'identification de nouveaux récits d'intervention et la réalisation d'entrevues permettant de les documenter. La rédaction des récits

s'est appuyée à la fois sur un important travail d'observation lors des discussions cliniques entre intervenants d'une équipe et sur la transcription des entrevues avec les intervenants. De nombreuses conversations informelles sur les lieux de travail ont également permis de compléter la documentation des pratiques d'intervention.

Un plan d'écriture a organisé les récits. (1) Une introduction présentant la problématique rencontrée : un enjeu clinique ou éthique dans l'intervention pour lequel des stratégies d'intervention novatrices ont été mises en place au sein d'une équipe. (2) Une brève description de la ou des personnes qui font l'objet d'un suivi et des éléments de contexte qui furent les plus pertinents dans l'évaluation de la situation et le choix des interventions. (3) La description des interventions en mettant en évidence la spécificité des réponses dans des contextes sociaux et organisationnels. (4) En conclusion, les apprentissages de l'équipe dans le cadre du ou des suivis relatés, car nous avons souhaité documenter des pratiques d'intervention, avec ce qu'elles comportent de réflexions et d'essais-erreurs.

Des récits à « deux voix »

Inspirés de récits de pratique présentés dans l'analyse de Geneviève Audet (2008), nous avons développé un format de rédaction qui intègre deux voix. La première voix, en caractère italique, est une mise en contexte et une analyse, par les chercheurs, du récit des intervenants portant sur leur pratique (une posture « analytique » pour reprendre l'expression de Demazière et Dubar, 1997). Les propos plus directement issus des intervenants et souvent présentés de manière plus descriptive (séquence des interventions, difficultés vécues, acteurs côtoyés, etc.) constituent la deuxième voix et sont présentés dans une police standard (posture restitutive et réflexive). La voix analytique permet de mettre l'accent sur l'intention du récit (l'angle) et de clarifier sa trame de fond en intercalant des résumés introductifs entre des passages descriptifs. Cette voix analytique propose d'introduire, de contextualiser, de commenter, de soulever des questions; elle est porteuse d'une préoccupation pédagogique et réflexive qui s'inscrit dans les finalités de la recherche. La voix descriptive est fidèle aux propos livrés par les intervenants sur leur pratique. Le jargon technique et les détails des actions y sont maintenus, ce qui fait écho à l'expérience vécue dans les milieux de pratiques et permet de constituer des récits concrets pour les intervenants.

L'intention de la voix analytique est d'explicitier la lecture proposée sur un ou plusieurs suivis, sachant que plusieurs angles de lecture auraient été possibles pour chaque intervention racontée, et d'identifier la logique interne au récit qui a justifié que certaines informations soient retenues et d'autres pas. Dans cette démarche, il s'est agi de hachurer l'expérience par rapport à un ensemble de pratique. Le point de vue préconisé consiste à mettre en relief les pratiques significatives et qui méritent de l'intérêt selon les équipes cliniques. C'était là l'occasion de problématiser certains discours théoriques en regard d'évidences basées sur la pratique des équipes et de nuancer certains principes généraux de l'intervention.

L'écriture de la première version des récits de pratiques

Une entrevue est rarement conduite de façon linéaire et chronologique. L'interviewé fait des retours en arrière sur des événements omis, alors que l'intervieweur relance l'entrevue avec une question qui

mènera l'interviewé sur une nouvelle piste. Au moment de l'écriture du récit, il s'est agi d'identifier, selon la méthode de l'analyse sémantique du contenu, les idées structurantes du discours de l'intervenant et de rassembler les contenus similaires au sein de la discussion.

Un récit ne rend pas compte de la totalité d'un suivi, ni de la totalité du travail d'une équipe. Le travail de rédaction a eu pour balise l'angle retenu pour chacun des récits. C'est sur la base de ce critère que certaines informations furent retenues pour dresser un portrait de la personne desservie, de la situation et des stratégies d'interventions mises en œuvre. Par ailleurs, il est arrivé régulièrement que des informations importantes s'ajoutent et viennent enrichir la façon de décrire l'enjeu clinique traité dans le cadre d'un récit. Il est également arrivé qu'au terme d'un entretien il soit convenu qu'un autre angle serait à préconiser, compte tenu de ce qui avait été raconté lors de l'entrevue. La non-directivité préconisée par l'intervieweur était propice à l'émergence de nouveaux fils conducteurs et nous avons parfois recentré les récits autour du nouvel angle qui se dégageait.

Validation des récits

Les récits de pratiques ont fait l'objet d'une co-construction continue entre l'équipe de recherche et les intervenants. Différentes étapes de validation ont mené à la version finale d'un récit.

La première version d'un récit était remise à l'intervenant concerné, afin qu'elle soit validée. Dans la semaine qui suivait, un court temps de rencontre était prévu avec l'intervenant, afin de recueillir ses commentaires et ses propositions d'ajouts, d'amendements et de modifications. La consigne donnée à l'intervenant était de vérifier si le contenu du récit était fidèle à son expérience, qu'il n'introduisait pas de contre-sens et que ce dernier était à l'aise avec ce qui y était documenté. « Vous être les bienvenus à préciser, raturer, ajouter des commentaires au récit. Bien que le récit ne vise pas à rendre compte de la totalité de votre expérience, il importe que ce qui est là corresponde à votre pratique et à ce que vous souhaitez en dire. » Nous nous sommes ainsi assurés d'éliminer les interprétations erronées parfois présentes lors du passage de l'oral à l'écrit. Il était toujours possible pour l'intervenant de nuancer ses propos, de mieux les situer dans le contexte de l'intervention. Ainsi, cette étape de validation a été l'occasion pour les intervenants de préciser leur pensée et de reformuler certains passages pouvant porter à confusion pour les lecteurs. Aussi, nous avons demandé aux intervenants de porter attention aux contenus plus sensibles et de vérifier leur niveau de confort à ce qu'ils soient publiés en ces termes.

Il y a eu différentes attitudes à l'égard des récits au moment de la validation. On peut penser que le rapport à l'écrit de l'intervenant a joué dans ce processus de validation. D'une part, pour certains intervenants « tout était beau » et ils apportaient alors peu ou pas de rectification sur ce qui était écrit. Le travail de la professionnelle de recherche a alors consisté à regarder le récit section par section et à pointer à l'intervenant les sections qui pouvaient porter à confusion, susceptibles de ne pas faire consensus au sein de l'équipe, qui manquaient de précision, etc. Chez ces intervenants, l'écrit apparaît comme telle une mise à distance telle de leur pratique qu'elle ne semble plus leur appartenir.

Un autre rapport au récit lors de la validation sera de reprendre les mots un à un pour s'assurer d'y ajouter les nuances qui ne sont pas faites à l'oral. Il y aura alors un travail significatif d'enrichissement

des récits qui seront précisés, nuancés. Pour ces intervenants, l'écrit reste et on veut s'assurer que tout est correctement mis en contexte pour saisir les stratégies d'interventions retenues. Chez ces intervenants, il est arrivé que demeure un malaise face à l'écrit qui a une forme trop définitive. La mise en garde qui débute le « cahier des récits de pratiques » a été une façon de répondre en partie à ce malaise³.

Les versions revues à lumière des commentaires des intervenants ont ensuite été soumises à l'ensemble des intervenants d'une l'équipe, lors des rencontres hebdomadaires. Ces discussions d'équipes ont permis d'enrichir sensiblement plusieurs des récits et ils ont constitué des occasions privilégiées pour les équipes de réfléchir sur leur travail d'intervention. Après coup, plusieurs intervenants et chefs d'équipe nous ont signifié l'intérêt de cette recherche dans leur travail quotidien pour faire un pas de côté en regard de leurs pratiques.

Ainsi, pour chaque récit, nous nous sommes souciés de rendre compte de la couleur de l'intervenant et de son équipe, de même que nous nous sommes appuyés sur les précisions qu'ont apportées les superviseuses cliniques, en les situant dans un cadre plus général d'intervention.

Nous avons préservé l'anonymat des personnes qui font l'objet des interventions racontées. Les récits ont été écrits au nom d'une équipe. Si le nom de l'intervenant principal qui relate le travail d'intervention y reste anonyme, il sera parfois possible de l'identifier lorsqu'elle parle de sa profession. Sans exception, les intervenants ont validé les récits dans leur version finale et accepté qu'ils soient largement diffusés.

Un retour en 2013

C'est à la demande des équipes cliniques que nous sommes retournés sur les lieux de travail des trois équipes cliniques du projet Chez soi de janvier 2013 à mars 2013. Ces derniers ont exprimé le souhait de

³ « (...) L'intervention auprès de personnes ayant vécu un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux est envisagée par les intervenantEs du projet Chez soi telle une danse : on accompagne des personnes qui vivent de l'ambivalence, de la confusion, de la méfiance. **Les récits qui suivent proposent autant de repères pour nourrir l'intervention.** Ces pratiques, plutôt que règles, témoignent de la créativité, de la sensibilité et de la capacité d'adaptation des intervenants pour accompagner des personnes vers leur rétablissement. Chaque récit documente un enjeu clinique et les réponses qui y sont apportées par les intervenantEs dans le cadre d'un ou de plusieurs suivis. Par conséquent, ces récits ne rendent pas compte de la totalité des interventions réalisées dans le cadre des suivis relatés. De même, ces récits de pratiques n'épuisent pas la richesse du travail des trois équipes cliniques du projet Chez soi. Pour chacun des récits, nous avons souhaité décrire avec le plus de précision possible les éléments de contexte qui ont guidé le choix des stratégies d'intervention adoptées. Cependant, certains paramètres ont pu nous échapper, étant donné la complexité de l'environnement et des relations sociales constitutives d'un suivi. Par ailleurs, l'exercice d'écriture des récits a été l'occasion de les préciser au fur et à mesure des étapes de validation avec les intervenants. (...) »

voir documenter les pratiques issues des 15 derniers mois d'intervention, avant que ne se termine ce projet de recherche et d'intervention à Montréal (en mars 2013). Ils ont fait valoir qu'il y avait eu une évolution de plusieurs pratiques et une consolidation des façons de faire. Ils étaient soucieux que l'expertise développée dans le cadre du projet Chez soi soit consignée et puisse servir dans d'autres milieux de pratiques d'intervention en itinérance.

Cette fois-ci, c'est le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS) - le centre affilié universitaire (CAU) du CSSS Jeanne-Mance -, qui a offert les moyens financiers et matériel afin bonifier la recherche réalisée en 2010-2011.

À cette occasion, seize récits sur vingt-huit qui avaient été produits en 2010-2011 ont été bonifiés (huit en équipe et huit dans le cadre d'entrevues individuelles) et trois nouveaux récits ont été produits en 2013. Un récit qui ne faisait plus consensus entre les intervenants d'une équipe a été retiré. Pour un total de trente récits de pratiques.

La révision linguistique

Les récits validés ont fait l'objet d'une révision linguistique. Des expressions ou termes couramment utilisés dans le milieu de l'intervention ont par ailleurs été préservés bien qu'ils pouvaient être inadéquats dans la langue écrite. Ce choix s'explique par le souhait de rester au plus près de la réalité des intervenants et de leur façon de la nommer.

Démarches autour des principes d'intervention : identifier des consensus d'experts

1. La méthodologie préconisée

Parmi les deux principaux courants méthodologiques liés à l'élaboration des « meilleures pratiques », celui des consensus nous est apparu le plus approprié pour saisir la pratique des équipes cliniques du projet Chez soi. En effet, leurs pratiques étant difficilement mesurables, relativement peu documentées et construites à partir des expériences vécues par les intervenants sur le terrain, une méthodologie basée sur les évidences scientifiques aurait eu peu de sens. Or, parmi les diverses méthodes de consensus recensés dans la littérature, nous considérons qu'un processus relativement simple comme l'avis d'expert (Ploin, D. et coll., 2004) correspondait bien aux processus de développement des pratiques préconisés par les équipes cliniques du projet Chez soi. Nous avons le souci de permettre aux intervenants d'échanger au sujet de leur pratique, sans mettre en place un processus trop systématique pour l'élaboration de consensus. Un processus standardisé, comme le groupe nominal, par exemple, aurait selon nous suscité moins d'intérêt.

2. Printemps 2001. Une première rencontre inter-équipes pour identifier les pratiques prometteuses

Une première rencontre s'est tenue au campus de Longueuil, l'après-midi du 28 avril 2011 : plus d'une année de travail pour documenter les pratiques s'était écoulée et nous étions à un mois d'une rencontre qui allait réunir les intervenants des cinq sites du projet de Chez soi au Canada. Le moment est apparu bien choisi pour faire un pas de côté.

L'objectif de ces discussions était de faire un partage d'expériences et de cibler certaines pratiques d'intervention prometteuses. Il s'est agi 1) de faire le point sur les apprentissages des intervenants de Montréal en matière d'interventions lorsqu'on s'adresse à une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale et, 2) d'amorcer l'identification d'orientations et de priorités d'interventions préconisées par les cliniciens.

L'animation de cette rencontre a consisté à inviter les intervenants à faire le point sur leurs pratiques d'intervention en réfléchissant à partir de 4 grands enjeux d'intervention : *sortie de la rue et entrée en logement, vivre en logement, suivi auprès d'une population en santé mentale et rôle de l'intervenant*. Ce remue-méninge a donné lieu à une liste de pratiques d'intervention prometteuses qui a été consignée dans un compte-rendu et distribuée aux intervenants du projet à Montréal quelques jours plus tard. **(Voir en annexe 1 : le compte-rendu de la première rencontre inter-équipe.)** Ce compte-rendu a ensuite servi aux partages d'expériences lors de la rencontre pan-canadienne le mois suivant.

3. « cahier des principes d'intervention »

Nous souhaitions faire ressortir les grands éléments qui reflétaient la réalité d'intervention en itinérance et les recommandations des équipes cliniques du projet Chez soi. C'est ainsi que 27 principes d'interventions ont été initialement dégagés de l'analyse transversale de la vingtaine de récits de pratiques d'intervention rédigés en collaboration avec les trois équipes cliniques au cours de l'année 2011, ainsi que de la première rencontre des trois équipes cliniques.

L'analyse transversale des récits nous a permis d'identifier certains éléments récurrents. Pour chaque principe d'intervention identifié, un énoncé général a été formulé, puis il a été illustré par quelques exemples de stratégies d'intervention. Nous visions à synthétiser les manières de faire spécifiques au contexte d'intervention du « logement d'abord » s'adressant à une population conjuguant parcours d'itinérance et troubles mentaux. Ainsi, certains éléments qui constituaient des thèmes pertinents de l'intervention, mais qui s'inscrivaient dans des principes plus généraux de l'intervention n'ont pas été retenus : tels que la création du lien de confiance ou le respect du rythme.

Ce document a constitué la base de l'échange de la deuxième rencontre des trois équipes cliniques.

4. Automne 2011. Une deuxième rencontre inter-équipes pour valider les principes d'intervention proposés

La validation des principes d'intervention s'est déroulée dans le cadre d'une demi-journée de rencontre réunissant les intervenants œuvrant au projet Chez soi à Montréal. Les trois équipes (Diogène, suivi d'intensité variable (SIV), CSSS Jeanne-Mance, suivi d'intensité variable (SIV) et CSSS Jeanne-Mance, suivi intensif dans le milieu (SIM)) se sont rencontrées au campus de Longueuil, l'après-midi du 13 octobre 2011 : intervenants issus de divers champs de spécialités, psychiatre, chefs de programme, coordonnateur du comité ex-pairs, consultant, stagiaire et chercheur. La vaste majorité des intervenants étaient présents lors de cette rencontre. Soit près d'une trentaine.

Sur la base du dialogue amorcé au printemps 2011, **l'objectif de cette deuxième rencontre était d'amener les intervenants, en tant que spécialistes, à identifier des recommandations dans l'intervention auprès des populations conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale** : *« Sachant que beaucoup de choses ont été apprises et développées au cours des deux dernières années dans le cadre du projet Chez soi, qu'est-ce qui se dégageait comme étant à communiquer à d'autres milieux d'intervention qui s'adressent à des populations marginalisées? »*

Comme base de discussion, le « cahier des principes d'intervention », proposant 27 énoncés, a été remis à chaque intervenant. Pendant une trentaine de minutes, les personnes ont été invitées à noter individuellement chacun des 27 énoncés proposés, de 1 à 4. (1 signifiant un total désaccord et 4 un total accord.) Ensuite, répartis en trois sous-groupes, les intervenants ont identifié : 1) les énoncés qui leur apparaissaient les plus importants dans leur pratique et qu'ils estimaient pertinent de transmettre à d'autres, et 2) les énoncés qui faisaient moins consensus. Pendant la pause, les feuilles de réponses ont été compilées. (Les résultats sont présentés dans l'annexe 2.)

En plénière, les énoncés qui faisaient largement consensus parmi les intervenants ont été rapportés, puis nous avons revu les 6 énoncés sur 27 qui avaient obtenu une adhésion de 3.5/4 ou moins, afin de procéder collectivement à leur réécriture ou à leur élimination. Lors de cette rencontre, les intervenants ont fait une lecture en profondeur des énoncés proposés, ce qui nous a permis d'en arriver à des principes d'intervention appuyés et faisant largement consensus. À la fin de la rencontre, il a été convenu que nous partirions de ce travail de réflexion pour diffuser dans d'autres milieux des recommandations pour intervenir auprès d'une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale. **(Voir Annexe 2 : compte-rendu de la deuxième rencontre inter-équipe)**

Réécriture des consensus

En croisant les discussions tenues en sous-groupes et en plénière, tous les énoncés initialement soumis au débat ont fait l'objet d'un échange. Parmi les énoncés qui faisaient largement consensus, nous avons tenu compte des discussions en sous-groupes où diverses modifications ont été proposées, lorsqu'un terme, un exemple, était considéré comme moins pertinent ou manquant de précision. En ce qui concerne les énoncés moins consensuels, ils ont fait l'objet d'une réécriture collective en plénière, afin de les rendre conformes aux recommandations des intervenantEs. Après réécriture, 20 principes

d'interventions faisaient l'objet d'un large consensus parmi les intervenants du projet Chez soi à Montréal à la fin de l'année 2001

5. Bonification et priorisation des principes 2013

Cinq nouveaux principes d'intervention ont été ajoutés en 2013, à la lumière des dernières pratiques développées, des récits documentés et des orientations prises dans l'intervention par les équipes cliniques. Encore une fois, nous avons convié tous les intervenants du projet Chez soi à cette réflexion, afin d'identifier des principes d'intervention faisant consensus et qu'il était pertinent de transmettre à d'autres. Ce travail de validation a cette fois été réalisé équipe par équipe, puisqu'à quelques semaines de la fin du projet Chez soi qu'il n'était pas possible de réunir en un même lieu la trentaine d'intervenants et de gestionnaires composant les équipes Chez soi à Montréal. Tous étant fort occupés. C'est sur la base d'un document commun réunissant les 20 propositions tirées du travail réalisé en 2010-2011 et les principes ajoutés en 2013 qu'ont été consultés les intervenants. Les principes ont ainsi été réécrits et bonifiés lors de discussions d'équipe animées par la professionnelle de recherche. **(Cette liste de 25 principes d'interventions se trouve dans le prochain chapitre « résultats », aux pages 41 et suivantes.)**

Pour clore l'exercice, nous avons demandé aux intervenants de prioriser les 25 principes d'intervention identifiés, en retenant les cinq principes les plus importants dans leur travail. La consigne fut la suivante : *« Cette étape de priorisation est importante pour transmettre l'expertise qui a été développée au sein du projet Chez soi. Nous savons que quelque soit leur domaine d'expertise, les intervenants ont peu de temps pour la formation continue. C'est pourquoi, dans une optique de transmission d'une pratique, nous avons le souci de circonscrire quelques principes d'intervention qui, selon vous, devraient faire école et qui pourront donner lieu à un document suffisamment court pour être largement diffusé et consulté dans divers milieux de pratique et de formation. »*

Vingt intervenants ont remplis ce questionnaire. **(La priorisation des principes se trouve en annexe 3.)** Cet exercice a permis d'identifier les principes d'intervention considérés comme étant les plus centraux pour guider le travail des intervenants en itinérance. Cela dit, plusieurs intervenants ont noté avoir trouvé difficile de choisir parmi des principes qui sont tous très importants dans l'intervention.

Notons enfin qu'il y avait entre les intervenantEs une forte adhésion quant à la pertinence de certaines questions, sans par ailleurs que les équipes en soient venues à des consensus quant à leurs réponses. Il s'agit notamment :

- Du rôle du pair aidant
- Du rôle de la psychiatrie dans une approche du rétablissement
- Des collaborations à établir avec les autres professionnels autour d'une personne

5. Diffusion des récits et des consensus

Nous avons développé une stratégie de diffusion des résultats à géométrie variable afin d'assurer la plus large visibilité possible de l'intérêt des pratiques. Le plan peut être présenté en fonction des diverses productions qui résultent du projet.

- a. Une plateforme de transfert des savoirs d'intervention en itinérance a été élaborée, à l'attention spécifique des intervenants en formation et actuels appelés à œuvrer auprès de populations en situation d'itinérance. Y sont présentés de manière dynamique les récits de pratique et les consensus d'experts qui sont issus de la présente recherche avec les équipes du projet Chez soi, ainsi que d'une recherche antérieure ayant documenté les pratiques d'interventions de quatre équipes Itinérance du Québec. L'élaboration de cette plateforme a été financée par le CRÉMIS et est logée sur son site: <http://www.cremis.ca/>
- b. Les récits de pratique et les consensus d'experts sont également accessibles en français sur le site Internet The Homeless Hub, <http://www.homelesshub.ca/>; s'y trouvent également en anglais les principes d'intervention et les résumés de six récits de pratiques.
- c. Le bulletin d'information vise une diffusion plus large (il s'agit d'un texte d'une vingtaine de pages, disponible en format PDF qui sera distribué auprès de divers milieux d'intervention et auprès des décideurs); ce texte reprend certaines sections du rapport de recherche
- d. Le rapport de recherche présente de manière détaillée l'ensemble de la démarche;
- e. Une fois le projet terminé, les chercheurs évalueront les possibilités de diffusion des résultats dans des colloques scientifiques, dans des revues scientifiques et/ou dans des ouvrages collectifs.

Chapitre 3 – Résultats de la recherche

Dans cette section nous présentons les résultats de la recherche. La première partie présente les résumés des 30 récits de pratique. L'ensemble des récits est présenté dans le *Cahier des récits*, en annexe du rapport. Dans une deuxième partie, sont présentés les 25 principes d'intervention validés par les trois équipes cliniques du projet Chez soi.

Une banque de 30 récits de pratiques d'intervention (résumés)

Nous présentons ici les titres et les résumés des 30 récits de pratiques qui ont été produits en 2010-2011 et 2013. On retrouvera dans le document intitulé « *Cahier des récits de pratiques – Équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal* » les versions complètes de ces récits.

1. Trouble délirant et vie à la rue : des interventions de médiation pour limiter la judiciarisation – *Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), CSSS J-M*

Les personnes qui vivent en situation d'itinérance, particulièrement visibles dans l'espace public et spécifiquement ciblées par des lois, sont surreprésentées dans les tribunaux et le système correctionnel. De nombreux participants au projet Chez soi ont eu des démêlés avec la justice, et continuent parfois d'être ciblés par les policiers, ce qui peut constituer une entrave à leur réinsertion sociale. Les personnes en situation d'itinérance sont sujettes au profilage social, sans compter qu'elles vivent souvent dans des quartiers qui font l'objet d'une grande surveillance policière. Certaines lois ciblent spécifiquement les jeunes de la rue et les personnes en situation d'itinérance : celles-ci reçoivent diverses contraventions pour mendicité et délits de vagabondage. Aujourd'hui, les personnes ne sont plus incarcérées pour les amendes non payées. Mais elles continuent à en recevoir et l'intérêt court sur les dettes accumulées.

Ce récit relate des interventions de médiation et de sensibilisation réalisées par l'équipe SIM afin de favoriser les conditions d'une pleine citoyenneté aux personnes desservies. Il s'agira de faire un travail de médiation auprès des acteurs liés au système de justice, d'accompagner les personnes pour régulariser leur statut juridique, et de favoriser une rencontre entre policiers et les personnes desservies. Dans le premier suivi raconté, les intervenants miseront sur un travail de prévention afin de limiter les conséquences juridiques liées aux idées délirantes que nourrit un homme dans la cinquantaine au sujet des policiers. Dans le cadre d'un second suivi, un travail de concertation et de sensibilisation auprès des policiers aura lieu afin de mettre fin à la surjudiciarisation dont fait l'objet un jeune homme qui souhaite repartir en neuf.

À travers ce récit, sont identifiées diverses formes de collaboration professionnelle qui vise la réduction de la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance dans le centre-ville de Montréal. Des liens préalablement établis entre les acteurs de divers secteurs d'intervention vont permettre que les démarches soient entreprises rapidement.

Mots clefs : *Agressivité/violence, collaboration interprofessionnelle, identité/citoyenneté, justice, stigmatisation, trouble délirant.*

2. Dérangeant ou dangereux? Repartir en neuf et gestion des risques avec un homme qui laisse sur le répondeur des messages d'outre-tombe – Équipe SIV- Diogène

Le projet Chez soi s'adresse à des personnes dont les comportements ont souvent été jugés inacceptables par les services habituels. Offrir des services à une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux suppose de la part des cliniciens une plus grande tolérance à l'égard des comportements marginaux. Le travail clinique nécessite de peaufiner l'évaluation des risques dans le suivi, afin de distinguer entre comportements dangereux et comportements dérangeants. C'est à cette condition qu'il devient possible d'entrer en lien et d'offrir des services à des gens en marge du système de soins.

Ce récit relate le suivi auprès de Jean-Guy qui souffre de schizophrénie et qui, lorsqu'il est envahi par ses voix et qu'il est contrarié, adopte différents comportements que l'on peut craindre être dangereux pour les autres ou pour lui-même. Il laisse sur le répondeur de l'équipe des messages comportant des menaces diffuses, il ne répond pas à la porte lorsque l'intervenant le visite ou il joue avec le feu dans son appartement. L'objectif sera d'apprendre à le connaître à travers ses symptômes afin de ne pas surréagir à ses façons d'être. Étant donné la nature des comportements du participant, souvent sur la ligne du danger, le suivi exigera de refaire régulièrement l'évaluation de la dangerosité. Différentes mesures seront également prises par l'intervenant afin de ne pas se mettre lui-même en danger. Le fait d'accepter le malaise résultant de ces évaluations répétées de la dangerosité va permettre à l'intervenant de maintenir le lien avec Jean-Guy à travers le temps et d'apprendre à le connaître.

Puis, survient un épisode où une requête d'évaluation psychiatrique s'impose. Entre temps, six mois se seront écoulés sans qu'on ait eu recours à un levier légal, dans le parcours d'un homme qui a été hospitalisé près d'une trentaine de fois. L'équipe parle de l'importance de bien distinguer la crise et le retour du suivi dans le cadre de la vie quotidienne, où la personne reprend le pouvoir sur sa vie. Le récit se conclut sur une réflexion à propos des paramètres modulables de la relation d'intervention, dont les cadres vont grandement varier selon les objectifs cliniques fixés par l'équipe dans un suivi. Après deux années de suivi auprès de Jean-Guy, et alors que sa santé mentale s'est stabilisée, une nouvelle étape consistera à faire des pas dans l'accompagnement d'habiletés relationnelles.

Mots clefs : *Agressivité/violence, psychiatrie, trouble délirant.*

3. Faire vivre le rêve : accompagner un retour aux études malgré le scepticisme des professionnels qui entourent une personne – Équipe SIV-CSSJM

Les intervenants accompagnent les personnes vers une sortie de la rue, mais pour aller où? Ce récit relate l'accompagnement d'un homme âgé d'une trentaine d'années qui cumule troubles relationnels et déficit d'attention et qui rêve de faire des études secondaires en classe ordinaire. L'intervenante va l'accompagner dans les différentes étapes d'un retour aux études, en le soutenant à travers ses essais,

ses succès, ses échecs, ses apprentissages, et ce, sans préjuger des résultats. Elle veillera à ce qu'il soit entendu par des professionnels qui doutent de ses capacités à entreprendre un tel projet et sollicitera l'empathie des acteurs à même d'offrir une chance au coureur. Il y a là tout un travail pour réparer les relations d'exclusion et permettre à la personne de se faire un chemin à travers les différentes institutions.

À la fin du récit, l'intervenante rappelle que dans l'intervention, il ne s'agit pas tant de viser la réalisation du rêve, que d'envisager celui-ci comme un moteur pour que la personne se mette en marche, de saisir le rêve comme une occasion de faire des pas avec elle vers une meilleure estime de soi et l'appropriation de sa vie. C'est pour faire des pas dans le sens de son rêve que cet homme souhaitera apprendre à mieux contrôler sa colère et qu'il accordera pour la première fois un sens aux démarches liées à sa santé physique et mentale.

Mots clefs : *Accès aux services, identité/citoyenneté, trouble d'apprentissage, trouble relationnel.*

4. La dépendance : travailler l'ambivalence et faire de la réduction des méfaits. Interventions auprès de quatre individus – Équipe SIM-CSSJM

Dans ce récit, la spécialiste en dépendance de l'équipe SIM raconte diverses interventions pour travailler la dépendance dans le cadre de l'approche du rétablissement et les situe par rapport aux approches classiques en toxicomanie. Au cœur de travail de la spécialiste en dépendances, il s'agira de permettre aux personnes d'explorer quelle est la fonction de la consommation dans leur vie et, dans une optique de réduction des méfaits, d'identifier avec elles comment consommer de la façon la plus sécuritaire possible.

Ce récit illustre comment, concrètement, l'équipe vise la réduction des méfaits dans le cadre d'une approche du rétablissement axée sur les forces des personnes. Il relate les suivis auprès de quatre personnes qui ont un problème de dépendance et qui ont un désir variable d'agir sur lui. Les personnes suivies dans le cadre du projet ne sont pas tenues de reconnaître un éventuel problème de consommation ni de souhaiter l'atténuer. Plusieurs stratégies seront adoptées, selon les circonstances et le profil de la personne, afin de susciter un sentiment d'ambivalence à l'égard de la consommation, d'en réduire les risques et de circonscrire sa fonction dans la vie de la personne. Au fil des différents suivis, l'intervenante identifie les pas franchis avec les personnes et en vient qu'à aborder peu à peu divers symptômes de la maladie mentale dont les personnes n'avaient jamais parlé : anxiété, phobie sociale, symptômes post-traumatiques.

Mots clefs : *Outil d'intervention, toxicomanie.*

5. Prendre la parole au sérieux à travers le délire et saisir la balle au bond. Une histoire de futon – Équipe SIV- Diogène

Ce récit raconte une intervention auprès d'une femme souffrant de schizophrénie, très habitée par ses symptômes. Elle refuse tout médicament, exprime beaucoup de colère et souffre de problèmes de sommeil. L'objectif sera d'explorer avec elle les solutions pour aller vers un mieux-être. Lors d'une rencontre, elle signale qu'un futon pourrait lui permettre de mieux dormir. Ce futon prend tout son sens par rapport à une histoire de vie où le matelas et la chambre sont associés à des expériences difficiles. Pour l'intervenant, il s'agit de prendre la parole au sérieux dans un contexte où la communication se caractérise surtout par les hauts et les bas dus au délire, par des interruptions et des reprises du lien de confiance dans l'intervention. L'achat de ce futon deviendra un projet s'échelonnant sur plusieurs semaines et favorisera une continuité ancrée dans des gestes concrets, des gestes « ordinaires », avec tout ce que cela implique pour une personne méfiante qui a longtemps vécu à la rue. Ce petit pas que constitue l'achat d'un futon bousculera à la fois les procédures courantes du projet Chez soi et nécessitera de favoriser l'accueil d'une personne délirante dans divers lieux de la société.

En filigrane du récit, il y a le travail fait par l'intervenant pour réparer les relations d'exclusion qu'a vécues la participante dans son parcours de vie. Il contribue à renverser la vapeur, d'une part, en s'inscrivant dans une relation d'intervention fondée sur le respect et l'absence de contrainte et, d'autre part, en sensibilisant divers acteurs au statut de citoyenne de cette dame. L'intervention repose sur l'écoute de ce que vit cette personne et accorde de la crédibilité à sa parole, à son expérience. De l'accompagner aussi dans le processus de deuil de la vie à la rue, où l'appartement suppose plusieurs nouvelles contraintes. Il s'agit de l'accompagner dans une solution qu'elle a évoquée elle-même et que l'intervenant saisira comme un levier de travail. Ce ne sera pas la fin de l'histoire. Le futon ne règlera probablement pas tout, ou même ne règlera rien du tout, mais on aura fait un bout de chemin. On aura cru en elle et marché à ses côtés. Dans tous les cas, le geste est positif. Il s'agit de l'accompagner dans ses gestes du quotidien. Tout simplement.

Mots clefs : *Identité/citoyenneté, logement, trouble délirant.*

6. De la rue au CHSLD : franchir les barrières de l'itinérance – Équipe SIM-CSSSJM

Ce récit relate diverses stratégies d'intervention qui viseront à réaliser le difficile passage de la rue au CHSLD⁴ 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

⁴ 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, 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.

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.

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

7. Faire alliance avec un individu aux prises avec un délire de persécution – Équipe SIV-CSSSJM

Établir un lien significatif avec une personne qui a un délire de persécution est un important défi de l'intervention. Ce récit relate trois mois de création de lien avec un jeune homme de 26 ans qui est très délirant et qui se sent persécuté. Jean se met en colère quand il perçoit que son interlocuteur ne croit pas ce qu'il dit. Comment faire alliance sans entrer dans le délire d'une personne? Dès les premières rencontres, l'intervenante met en place avec lui des stratégies pour maintenir la communication, tout en délimitant l'espace des propos délirants. Elle va miser sur la constance du lien entretenu avec beaucoup de persévérance, sur des relations franches et exemplaires et sur le respect de son rythme pour accompagner ce jeune homme délirant quand son état nécessite des soins de santé. Rapidement, elle va intervenir afin de le protéger des voisins et de lui-même. Le respect du rythme du participant va signifier rester auprès de lui dans son ambivalence, y compris sur le chemin de l'hôpital.

Ce récit montre comment le délire appréhendé comme condition objective de la relation va permettre à l'intervenante de travailler avec ce jeune homme. Une intervention qui se déroule principalement dans le dialogue, verbal et non verbal, et dans laquelle les démarches avec le participant vont lui offrir un cadre pour s'ancrer dans le concret. L'intervenante discute également ici comment une approche « logement d'abord » peut amener un déplacement du cadre dans l'évaluation des risques.

Mots clefs : Jeune, logement, outil d'intervention, psychiatrie, toxicomanie, trouble délirant.

8. Quand l'appartement rime avec ambivalence et augmentation des symptômes de la maladie mentale. Offrir des solutions de rechange – Équipe SIV- Diogène

De la rue au logement, il y a la dure transition entre deux univers. Il peut être anxiogène de rompre avec la vie de la rue et de se familiariser avec les responsabilités et les contraintes de la vie en logement. L'entrée en logement signifie souvent beaucoup de solitude et peut aussi susciter de l'insécurité financière et alimentaire. Quand elles arrivent en logement, certaines personnes reculent ou rechutent. À travers le projet Chez soi, les intervenants accompagnent les personnes dans cette transition de la vie à la rue à la vie en logement.

Ce récit raconte le travail d'accompagnement auprès d'une femme, Hélène, qui souffre de schizophrénie et dont les symptômes de la maladie mentale sont intimement liés au logement. De plus, la vie en logement présente pour elle des défis de divers ordres, dont ceux liés à l'hygiène corporelle, à l'entretien des lieux et à l'isolement. En collaboration avec l'équipe logement, plusieurs mois

s'écouleront à chercher avec Hélène un appartement qui soit le moins anxiogène possible, sans savoir tout à fait quels sont ces critères. L'entrée en logement va rapidement induire une crise et Hélène sera hospitalisée. À sa sortie de l'hôpital, un espace de transition sera aménagé quelque part entre la rue et le logement, en négociant un répit avec une ressource d'hébergement. Puis, on lui donnera le temps nécessaire pour qu'elle décide par elle-même de la forme d'hébergement qui lui convient le mieux.

L'intervention va consister à composer avec l'ambivalence de cette dame à l'égard d'un logement autonome. Il s'agira d'explorer avec elle diverses possibilités, sans présumer de ce qui lui conviendra en matière d'hébergement. Pour ce faire, l'intervenante utilisera divers outils : balances décisionnelles, plans d'intervention, plans de prévention de crise et bilan. Elle fera par-dessus tout preuve de patience et d'écoute pour accompagner à son rythme et soutenir dans ses décisions une personne qui a de la difficulté à se mobiliser. Un récit qui témoigne de la capacité de l'intervenante à danser avec l'ambivalence de la personne et à demeurer sensible à sa souffrance.

Mots clefs : *Collaboration interprofessionnelle, logement, outil d'intervention, psychiatrie, réseau social/proches, trouble délirant.*

9. Une psychiatre à domicile – Équipe SIM-CSSSJM

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 importance toute particulière au projet Chez soi.

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

10. Après le décès. Préserver le droit à la dignité et rester à l'écoute des proches – Équipe SIV- Diogène

À la suite du décès d'un participant que l'on croyait ne plus avoir de famille, l'équipe SIV Diogène va entamer les démarches pour lui offrir des funérailles. Pour les intervenants, il s'agit d'accompagner cet

homme jusqu'au bout et de lui rendre hommage. Les funérailles visent également à offrir un espace pour que les gens autour de lui puissent faire un deuil. L'équipe offre ainsi un témoignage aux amis du défunt, dont plusieurs ont vécu l'itinérance : bien qu'ils aient eu une vie difficile et qu'ils n'aient pas ou peu de famille, ils ne seront peut-être pas oubliés à leur décès. La célébration vise également à offrir aux membres de l'équipe la possibilité de faire un deuil et de reconnaître l'affection qui peut se développer entre un usager et les cliniciens d'une équipe.

En cours de démarche, on apprend que Richard a un frère avec qui il était resté en relation. L'intervenante apportera également un appui à ce frère très troublé par le décès. L'équipe trouvera important de rendre hommage à cette personne décédée, d'y consacrer temps et énergie, dans un contexte de travail pourtant fort chargé.

En conclusion de ce récit, un intervenant qui a fait l'expérience du décès de quelques personnes à qui il offrait un suivi au cours des deux dernières années, propose une réflexion générale sur la posture de l'intervenant dans ces situations délicates, afin d'en tirer des leçons sur de bonnes pratiques pour prendre soin de soi tout en demeurant dans son rôle d'intervenant.

Mots clefs : *Décès, identité/citoyenneté, réseau social/proches.*

11. Partir de zéro dans l'intervention. Accompagner la sortie de la rue d'un homme psychotique dont on ne connaît ni l'identité, ni l'histoire – Équipe SIM-CSSSJM

Michel vit dans un parc, sous un arbre, lorsqu'il est dirigé vers l'équipe SIM du projet Chez Soi. Ce récit relate une année de suivi pour créer un lien avec un homme souffrant d'un trouble psychotique, apprendre à le connaître et l'accompagner vers un mieux-être et une sortie de la rue. Le temps d'approvisionnement sera long. Ce suivi témoigne de la flexibilité d'une équipe SIM-itinérance où l'on va résolument sortir des bureaux et partir à zéro dans l'intervention auprès d'un individu qui vit sous un arbre, dont on ne connaît ni l'histoire, ni l'identité. Michel a des symptômes psychotiques et il est attaché à la routine qu'il a établie dans la rue. Il n'a pas de demande et refuse de signer des papiers qui autoriseraient les intervenants à faire des pas de plus dans l'intervention. C'est toute une équipe qui ira vers lui, dans la rue, pendant de nombreux mois.

Il s'agit d'un suivi où l'on avance là où c'est possible, au fil de rencontres et de démarches discontinues, en misant sur les petits pas qui permettront de reconnecter cet homme à la réalité. En conclusion du récit, l'équipe note qu'après une année de suivi à tabler sur la création du lien, en restant là sans insister et en se situant en dehors d'une recherche de résultats, on constate que de grands pas ont été accomplis par cet homme très psychotique avec qui aucun intervenant n'avait pu établir de lien de confiance au cours des années passées et qui est passé de la vie sous un arbre et à la vie en logement.

Mots clefs : *Logement, personne âgée, psychiatrie, santé physique, trouble délirant.*

12. Aux limites de l'intervention. Se positionner en regard de comportements violents – Équipe SIV-CSSSJM

Certaines personnes auxquelles s'adresse le projet Chez soi se sont vues exclues de diverses ressources compte tenu de leur agressivité. Dans le cadre du projet, on espère que l'approche du rétablissement pourra apporter une réponse différente à ces personnes. Demeure néanmoins la nécessité de ne pas compromettre la sécurité des intervenants. Si le projet Chez soi se définit d'abord par l'inclusion, c'est en faisant l'expérience de cas exceptionnels que ses acteurs se verront dans l'obligation de baliser leur offre de services.

Ce récit relate le suivi auprès d'un homme très judiciarisé et qui présente des traits de personnalité antisociale. Ce dernier peut être très agressif lorsqu'il est intoxiqué par l'alcool. Dès les premières semaines du suivi, M. Lemire va s'en prendre aux intervenants par diverses agressions verbales et physiques. L'équipe va explorer différentes stratégies pour travailler auprès de lui, soucieuse de porter assistance à un individu qui a besoin d'aide. Il y aura, notamment, une conférence de cas organisée avec des acteurs du milieu pour faire le point et réfléchir aux façons de s'inscrire dans une relation d'aide auprès de M. Lemire. À travers ce suivi, on portera une attention particulière au soutien à offrir à l'organisme partenaire qui loge le participant.

Il peut être difficile de tracer la ligne d'arrêt des services : jusqu'où va-t-on? Quelle est la limite de l'intervention? De nombreuses avenues ont été explorées pour maintenir le suivi, avant de statuer sur l'impossibilité d'offrir des services à cet homme. Le suivi ne durera que six semaines, au cours desquelles il y aura de nombreux acting out et des menaces de mort de la part de M. Lemire, ainsi que plusieurs interventions policières. Devant autant d'agressivité, on ne pourra pas intervenir auprès de cette personne pour qui il semble que la seule voie possible soit, pour le moment, la voie judiciaire.

Mots clefs : *Agressivité/violence, collaboration interprofessionnelle, justice, outil d'intervention, toxicomanie, trouble relationnel.*

13. « Suivre » une dame qui refuse de bouger. Accompagner une personne souffrant d'un trouble de personnalité – Équipe SIV- Diogène

Accompagner des personnes qui ont un trouble de personnalité limite vers le rétablissement représente de nombreux défis cliniques. Il s'agit d'accompagner vers l'autodétermination des personnes qui s'estiment incapables de faire des choix et de décider pour elles-mêmes. Cela induit des façons d'intervenir en travaillant à responsabiliser sans culpabiliser, à offrir des moyens et à redonner aux personnes du pouvoir sur leur vie. La ligne est mince : ne pas trop se mobiliser afin de ne pas reproduire une relation où la personne s'attend à ce que d'autres trouvent des solutions à sa place, mais se mobiliser suffisamment, proposer des solutions et ne pas la laisser tomber.

Dans le cadre de ce récit, un intervenant relate les interventions auprès de Johanne, une dame souffrant d'un trouble de personnalité limite et qui, après quelques mois de vie en appartement, cessera de se déplacer et se laissera déprimer. L'intervenant la trouvera chez elle, nue, disant ne plus pouvoir bouger,

couverte d'excréments. Vont s'ensuivre plusieurs mois d'hospitalisation, au cours desquels elle refusera de collaborer bien qu'il ait été établi qu'elle n'a pas de graves problèmes de motricité. L'équipe devra se positionner dans son rôle auprès de cette dame aux passages à l'acte spectaculaires sans tomber dans l'exaspération manifestée par le personnel d'autres ressources. Différentes situations du quotidien sont saisies par l'intervenant pour accompagner la personne et faire des pas avec elle.

L'intervenant misera sur la constance auprès de la personne à travers le temps, malgré tout, en veillant à garder de la souplesse et du recul. Il s'agira d'apprendre à connaître Johanne pour être en mesure de l'accompagner sans lui nuire. L'intervenant saura voir la personne dans tout ce qu'elle est, au-delà de ses nombreux problèmes et du personnage peu attirant, voire repoussant, qu'elle donne à voir.

Mots clefs : *Accès aux services, logement, perte d'autonomie/inaptitude, santé physique, trouble relationnel.*

14. La venue d'un nouveau-né : offrir des moyens et suivre le défilé– *Équipe SIM-CSSSJM*

Lorsqu'Alain, un jeune homme âgé de 20 ans, est référé à l'équipe SIM il est à la veille de devenir papa. Le travail des intervenants consistera à construire un lien avec ce jeune homme qui collabore peu avec les services habituels, afin de l'accompagner dans son projet parental. L'immaturation du futur père et la vulnérabilité de sa santé mentale, combinées à la consommation de drogues, sèment un doute quant à sa capacité d'assumer son nouveau rôle. Cette situation délicate va exiger de bien clarifier le rôle de l'équipe auprès de ce jeune homme méfiant et peu mobilisé, ainsi qu'à l'égard des autres acteurs qui gravitent autour du jeune couple. L'équipe laissera les instances responsables agir dans leurs domaines de compétences respectifs, et se positionnera dans l'accompagnement du jeune homme. Le temps nécessaire à la création d'un lien fera cependant défaut dans un contexte où la naissance de l'enfant est imminente et que les jeunes parents s'en verront retirer la garde. Ce récit témoigne de la tension qui peut exister entre le temps long pour cheminer vers un mieux-être et l'imminence d'une naissance à venir, ainsi que le malaise parfois éprouvé par l'intervenant à s'inscrire en dehors du contrôle et de remettre au participant le pouvoir sur sa vie.

Mots clefs : *collaboration interprofessionnelle, jeune, justice, réseau social/proches.*

15. Aider un homme d'origine inuite à renouer avec lui-même– *Équipe SIV- Diogène*

Le travail de l'intervenant en rétablissement est difficile en ce qu'il se donne pour objectif d'accompagner une personne sur le chemin qu'elle souhaite emprunter, alors que cette dernière envoie parfois des messages confus et contradictoires sur le chemin à prendre. On accompagne des personnes dont l'identité est en redéfinition, alors qu'elles prennent une distance par rapport à leur ancienne identité de la rue et à leur réseau de consommation. Il s'agira de miser sur l'écoute pour lui permettre d'identifier sa propre voix et de reconnaître sa valeur au-delà des divers stigmas dont elle est porteuse, et alors que la personne elle-même ne se reconnaît plus de communauté d'appartenance.

Ce récit raconte le suivi auprès d'un homme Inuit qui a longuement vécu à la rue et qui souffre d'une dépendance à l'alcool. La transition de la rue au logement, puis l'arrêt de consommation présenteront pour lui de nombreux défis. Le travail de l'intervenant va consister à explorer ce que peut signifier le rétablissement pour cet homme qui a vécu divers traumatismes et de nombreuses relations d'exclusion. Les interventions de l'équipe viseront également à aider cet homme, par des démarches concrètes, à briser la solitude et à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool. À travers cet accompagnement, un défi consistera à reconnaître et à développer une sensibilité particulière en regard de l'origine culturelle de cette personne, sans par ailleurs l'y enfermer au sein d'une nouvelle catégorie. Il s'agira de dire qu'il ne faut pas vouloir valoriser cette identité autochtone à tout prix.

Mots clefs : *Identité/citoyenneté, logement, réseau social/proches, stigmatisation, toxicomanie.*

16. Médiations entre locataire et propriétaire : permettre aux cris de porter, sans tout briser – Équipe SIV-CSSJM

Ce récit relate les interventions auprès d'une femme qui éprouve beaucoup de colère et chez qui les façons agressives de s'exprimer ont souvent donné lieu à une rupture du lien avec les services et avec son entourage. Dans le cadre du projet Chez soi, l'importance que revêt pour elle le logement sera saisie par l'intervenante comme un tremplin pour l'accompagner dans ses difficultés relationnelles pour le propriétaire. L'objectif sera de lui permettre de faire l'expérience de nouvelles façons d'être en relation avec autrui et de briser des dynamiques relationnelles qui ont fréquemment mené à son exclusion. Pour que ce travail puisse avoir lieu, l'intervenante mettra tout en œuvre afin que les acteurs autour du logement restent en lien avec la participante. Il s'agit d'un travail de médiation atypique, d'abord perçu comme un processus plutôt que comme une finalité, et bien que les conditions de la médiation ne soient pas toujours réunies. Diverses interventions de médiation auront lieu entre la participante et le propriétaire afin d'accompagner les apprentissages de cette dame.

En filigrane de ce récit, l'intervenante propose une réflexion sur l'agressivité et les raisons cliniques de ne pas l'évacuer dans l'intervention. En laissant de l'espace pour que s'exprime la colère, l'intervenante offre à cette dame la possibilité d'être entendue, sans que, par ailleurs, l'agressivité et les cris mènent à une nouvelle rupture du lien, avec l'intervenante tout comme avec les acteurs liés au logement.

Mots clefs : *Agressivité/violence, identité/citoyenneté, logement, trouble relationnel*

17. Accompagner sans succomber à l'urgence. Quand l'intervention consiste à attendre le moment propice au rétablissement – Équipe SIV- Diogène

L'équipe SIV-Diogène relate ici deux suivis auprès de personnes souffrant de troubles de personnalité limite, dans lesquels les intervenants devront faire un pas de côté pour saisir le portrait d'ensemble des dynamiques des personnes. Un tel recul permettra à la fois de garder en tête les forces de la personne, au-delà de ses différents problèmes, et de ne pas succomber à l'urgence, y compris pour des situations socialement jugées intolérables telles que la violence conjugale. Cette posture peut être

particulièrement difficile à maintenir lorsqu'on intervient auprès de personnes chez qui la dynamique relationnelle s'exprime le plus souvent par la crise et la tendance à s'en remettre aux autres.

Dans le cadre de ces suivis, les premières interventions consisteront à répondre à la demande formulée par la personne qui souhaite être protégée, mais on constate que les urgences de différents ordres se répètent et que le mode relationnel de la personne est de s'en remettre à l'équipe. C'est pourquoi on ajuste ensuite la façon d'intervenir. L'intervention visera à permettre aux personnes de développer d'autres façons d'entrer en relation et à les aider à s'estimer capables de résoudre leurs problèmes. Ces interventions s'inscrivent dans le long terme et demandent aux intervenants d'avoir une bonne expertise en matière d'évaluation de la dangerosité.

Ce récit illustre également comment la non-motivation des personnes constitue une limite de l'intervention dans le cadre d'une approche du rétablissement. Parfois, suivre le rythme des personnes et accepter qu'elles ne soient pas prêtes à apporter des changements dans leur vie signifient que les intervenants doivent accepter d'être temporairement des témoins impuissants.

Mots clefs : Agressivité/violence, identité/citoyenneté, toxicomanie, trouble relationnel.

18. Avoir des papiers pour exister. Remettre les personnes sur la carte – Équipe SIM-CSSJM

L'équipe SIM s'adresse à une population socialement très marginalisée. Une des premières démarches avec les personnes sera souvent de les accompagner pour retrouver une identité légale et avoir accès à un revenu et à des services. La plupart des personnes suivies par l'équipe ne sont pas en mesure de faire ces démarches par elles-mêmes, voire d'en saisir le sens. De plus, ce sont des démarches qui peuvent s'échelonner sur plusieurs mois. Comment obtenir des pièces d'identité lorsqu'on a tout perdu? Nombreux sont les obstacles sur la route pour sortir de l'anonymat. La psychoéducatrice de l'équipe relate dans ce récit certaines démarches réalisées pour réduire les obstacles à la réinsertion sociale des personnes, notamment à travers des collaborations, de la sensibilisation aux acteurs et de la défense de droits.

Ce récit raconte les interventions auprès de deux hommes nés à l'extérieur du Canada. Le premier a vécu au cours des six dernières années dans les rues de Montréal, sans n'avoir jamais été enregistré dans aucune institution du Québec. Le second est originaire d'Haïti et, après le séisme qui s'y est produit, il est vain de tenter de retrouver son acte de naissance. Dans ces contextes, il faut composer avec de nombreuses instances pour obtenir des cartes d'identité et il n'y a pas de chemin déjà tracé. L'équipe cherche des avenues aux cas inusités de sa population qui demandent de sortir des cadres établis des institutions. En conclusion, une intervenante de l'équipe parle de l'importance de permettre aux participants de donner un sens à ces démarches et qu'elles s'inscrivent dans un processus de réappropriation de leur citoyenneté.

Mots clefs : Accès aux services, identité/citoyenneté, santé physique, stigmatisation, trouble délirant.

19. Mettre en place les conditions pour « attendre l'étincelle » – Équipe SIM-CSSSIM

C'est dans le contexte de la vie en appartement que les habiletés et aptitudes des personnes sont évaluées par les équipes du projet Chez soi. Des personnes qui se sont régulièrement fait dire qu'elles n'étaient pas en mesure de décider pour elles-mêmes se voient offrir l'opportunité de tenter une vie autonome en logement. Ce récit relate comment l'équipe SIM va se mobiliser autour d'Alexis, un jeune homme souffrant de schizophrénie, de toxicomanie et de troubles de comportements, pour explorer les possibilités de l'accompagner dans ses choix et d'aller vers une autonomie en logement. Si le rôle principal des intervenants en rétablissement consiste à accompagner les personnes dans leurs choix, cela supposera ici la mise en place de facteurs de protections et un soutien aux proches. C'est parce que l'équipe offre une intensité de suivi dans le milieu et qu'elle a développé une expertise et une « tolérance » à une évaluation régulière des risques, qu'elle est à même d'offrir à des personnes évaluées très malades l'opportunité de s'exprimer, d'apprendre et de tenter de faire des choix pour elles-mêmes. Un important soutien sera également offert à ses parents tout au long de ce suivi.

Mots clefs : *Jeune, justice, logement, psychiatrie, réseau social/proches, toxicomanie, trouble délirant, trouble relationnel.*

20. Apprivoiser pas à pas la toxicomanie et les troubles mentaux – Équipe SIV-CSSSIM

Dans le travail d'intervention, il est souvent difficile d'accompagner une personne dont la consommation brouille les cartes et augmente les symptômes de la maladie mentale, tout en faisant office d'automédication. Ce récit relate le suivi auprès d'un homme de 33 ans qui souffre de schizophrénie et d'un problème sévère de toxicomanie. L'intervenante et Philippe vont trouver des façons d'établir une relation d'intervention qui respecte ce dernier dans ses divers symptômes de toxicomanie et de troubles mentaux, et notamment dans ses réticences à les reconnaître. L'intervenante va l'accompagner dans les différents cycles de consommation, de désorganisation, puis de réappropriation de sa santé mentale. Elle reviendra notamment sur un épisode psychotique pour mieux ancrer l'intervention dans l'évaluation des risques. Elle mettra notamment sur la balance décisionnelle et le respect du rythme, tout en favorisant par ailleurs l'établissement de divers éléments de protection autour de la personne. Au fil du suivi, de nombreux pas seront faits vers un mieux-être en marchant à côté de la personne, en mettant de l'avant ses forces et en travaillant à la fois autour des enjeux liés à la toxicomanie et à la santé mentale.

Mots clefs : *Jeune, psychiatrie, réseau social/proches, toxicomanie, trouble délirant.*

21. Composer avec le délire et accompagner vers la médication une dame qui voit des anges – Équipe SIV- Diogène

Dans le cadre du projet Chez soi, l'équipe SIV-Diogène accompagne les personnes dans l'appropriation de leur santé mentale. Le lien de confiance qui se construit à l'égard de l'intervenant réside notamment dans le fait que les personnes sont accompagnées et respectées dans leurs choix et leurs non-choix.

Lorsque la personne doit être accompagnée vers les soins, car il est évalué qu'il y a un risque de dangerosité, le lien de confiance établi contribue à ce que les inquiétudes de l'intervenant soient prises au sérieux.

Ce récit raconte l'accompagnement d'une personne psychotique. Françoise ne reconnaît pas sa maladie et la manière dont elle raconte son parcours tourne autour de la violence conjugale, si bien qu'elle est rarement dirigée vers les bons services. Il s'agira donc de respecter le délire de la personne, sans cependant s'y laisser absorber et en mettant en place des facteurs de protection. Il y aura de nombreux accompagnements, allant de la sortie des ordures aux démarches faites exclusivement par téléphone, jusqu'aux rencontres chez des professionnels de la santé et la recherche d'hébergements alternatifs. Il y aura tout un travail afin d'amener une personne vers les soins, sans l'obliger, mais en ouvrant différentes portes, en créant des opportunités.

En filigrane de ce récit, on voit comment l'intervention à domicile permet de mieux connaître la personne et d'obtenir des informations qui serviront dans le travail de collaboration avec des professionnels de la santé.

Mots clefs : *Accès aux services, collaboration interprofessionnelle, logement, psychiatrie, trouble délirant.*

22. Guide pratique pour amorcer une discussion sur la consommation – Équipe SIM-CSSSJM

Dans l'approche du rétablissement, la dépendance est avant tout envisagée comme une stratégie qu'adopte une personne pour faire face à des traumatismes. Cette philosophie d'intervention étant relativement nouvelle, peu d'outils de travail s'inscrivent dans cette perspective. C'est pourquoi la spécialiste en dépendances de l'équipe SIM va élaborer un guide de discussion sur la dépendance dans lequel elle systématise l'approche de la réduction des méfaits en toxicomanie et identifie les principes généraux de son intervention. Il s'agit d'un guide d'entretien pour aider à la fois la personne et l'intervenant à mieux comprendre la dépendance et à travailler ensemble dans le sens d'une réduction des méfaits. Cet outil d'évaluation de la consommation permet, d'une part, de répondre aux exigences de l'institution en matière d'évaluation et, d'autre part, de formaliser une pratique à transmettre aux autres cliniciens de l'équipe

Mots clefs : *Outil d'intervention, toxicomanie.*

23. L'usage du récit personnel et du cahier du rétablissement dans l'intervention – Équipe SIV-Diogène

Les cliniciens du projet Chez soi travaillent avec des gens ayant des problèmes de santé mentale, sans par ailleurs se fonder sur les symptômes de la maladie pour définir ces personnes. Que faire du DSM-IV – la référence courante employée par les professionnels et les médecins pour diagnostiquer des troubles mentaux – sans en faire une bible? Une intervenante raconte ici comment le « récit personnel » et le « cahier du rétablissement » sont des outils qui peuvent être utilisés dans

l'intervention pour avoir accès autrement aux personnes, pour mieux connaître les symptômes de la maladie mentale et établir avec elles des plans de crise, tout en gardant de ces personnes un portrait global de leurs forces et de leurs parcours de vie. Dans ce récit, une intervenante relate le suivi auprès de deux hommes qui ont accepté de faire leur récit personnel dès leur entrée au projet Chez soi, et comment cet exercice permettra de cibler les apprentissages à faire, d'accompagner une appropriation de leur santé mentale et d'aller vers une stabilisation en logement. Le récit personnel et le cahier du rétablissement s'avèrent notamment utiles pour clarifier les objectifs de la relation thérapeutique, ainsi que les rôles et responsabilités de l'intervenant et du participant.

Mots clefs : *Logement, outil d'intervention, psychiatrie, trouble délirant.*

24. Communiquer dans un univers en mouvement : L'organisation du travail d'une équipe interdisciplinaire – Équipe SIM-CSSSJM

L'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) du projet Chez soi vise à prendre en charge l'ensemble de l'accompagnement de personnes en situation d'itinérance et qui souffrent d'un trouble grave de santé mentale. Pour ce faire, cette équipe réunit une diversité de professionnels: travailleurs sociaux, infirmiers, pairs aidants, psychiatres, spécialistes en toxicomanie, criminologues et psychoéducateurs. Le mandat du SIM pose des défis particuliers en matière de communication et d'organisation du travail, dans un contexte où les intervenants sont constamment dans l'évaluation des risques et que l'étendue des besoins auxquels il faut répondre ne peut s'inscrire dans des pratiques uniformisées. Dans ce récit, la chef d'équipe relate comment s'organise la communication et se partage le travail entre les professionnels de l'équipe: la répartition des interventions à faire au quotidien, l'adaptation des différents outils de communication à la réalité d'une équipe de suivi intensif en itinérance, l'organisation d'un espace commun de travail et le croisement des expertises des divers professionnels. Elle conclut en mettant en relief les défis et la richesse d'une équipe interdisciplinaire.

Mots clefs : *Collaboration interprofessionnelle, outil d'intervention.*

25. Faire des pas là où c'est possible : traumatisme crânien, comportements agressifs et perte d'autonomie – Équipe SIV-CSSSJM

Dans le cadre du suivi relaté dans ce récit, l'objectif sera d'accompagner une personne souffrant d'un traumatisme crânien dans la recherche et l'obtention d'un hébergement adéquat, qui réponde à une capacité d'autonomie limitée et à une problématique de comportements agressifs. Un imposant travail de collaboration, d'arrimage et de médiation sera réalisé auprès des ressources existantes afin de lui trouver un toit et des services. Ce récit met par ailleurs tout particulièrement l'accent sur les façons dont l'intervenante va innover et régulièrement réviser ses manières de faire, afin d'accompagner M. Beaulieu dans ses apprentissages et de favoriser son autodétermination. En regard des diverses problématiques auquel fait face cet homme, l'intervenante travaillera simultanément sur plusieurs fronts, sans savoir là où il sera possible de faire des pas : s'outiller pour intervenir auprès d'une personne aux comportements agressifs; s'intéresser à la personne, et notamment à sa spiritualité;

l'accompagner dans le développement de ses aptitudes à la vie quotidienne; et tout mettre en œuvre pour rattacher la personne à un environnement favorable. Ce suivi témoigne d'une grande écoute, d'une souplesse et d'une constance dans l'accompagnement d'un individu au profil particulier. Un accompagnement qui aura pour principal critère d'accompagner le rythme de M. Beaulieu, sans par ailleurs perdre de vue la responsabilité professionnelle d'évaluer les capacités réelles d'une personne et de l'orienter vers des ressources adéquates.

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

26. Garder le cap de l'approche du rétablissement axé sur les forces des personnes – Équipe SIV-Diogène

Dans les différentes sphères de son travail, l'équipe SIV-Diogène du projet Chez soi s'est munie de balises et d'outils pour garder le cap du « rétablissement » et éviter d'être absorbée par les urgences. L'approche du rétablissement est ici comprise comme autant de façons de regarder, de nommer, de questionner pour garder en tête les qualités et les capacités des personnes, plutôt que d'envisager celles-ci à travers leur maladie, leurs lacunes ou leurs symptômes. Dans le contexte d'une culture d'intervention où le diagnostic est souvent mis à l'avant-plan, une approche du rétablissement axé sur les forces des personnes demande une vigilance constante de la part des intervenants.

La cheffe d'équipe raconte ici son rôle de coordination du travail des intervenants, dans un contexte où il faut encourager la créativité nécessaire afin de répondre à des gens qui posent chacun un défi singulier. Son rôle consistera notamment à offrir le support et des outils aux intervenants afin d'enrichir leur travail dans le cadre d'une approche nouvelle, ainsi que de voir à la cohérence et la continuité des services offerts par l'équipe. Elle décrit ici les diverses conditions à réunir pour cheminer comme équipe au sein de l'approche du rétablissement : la supervision clinique, les outils, les formations, le dialogue avec d'autres équipes et la direction de la ressource.

Mots clefs : *Outil d'intervention*

27. Sortir des cadres établis pour intervenir accompagner un individu aux comportements violents – Équipe SIM-CSSSJM

Dans le cadre du projet Chez soi, il est souhaité que l'approche du rétablissement puisse apporter une réponse différente à des personnes qui se sont vues préalablement exclues de diverses ressources compte tenu de leur agressivité. Ce récit relate les stratégies d'intervention créatives adoptées par l'équipe SIM afin d'offrir des services à un individu délirant et dont les comportements agressifs et d'intimidation avaient jusqu'alors empêché de lui offrir un suivi.

Un clinicien de l'équipe SIM raconte comment plusieurs manières de faire habituelles au sein de l'équipe seront revues pour apprendre à connaître Blake. On mettra d'abord sur l'établissement d'une relation

de confiance avec un seul intervenant de l'équipe, afin de saisir les dynamiques relationnelles de cet homme. Pour maintenir le lien avec cet individu très méfiant, l'intervenant principal au dossier fera preuve d'ingéniosité pour apporter une réponse positive à certaines de ses demandes, bien qu'elles s'inscrivent dans son délire. Par ailleurs, une étroite collaboration avec les professionnels qui entourent Blake (curateur et psychiatre) permettra d'imaginer et d'expérimenter différentes façons d'intervenir auprès de lui. Après quelques mois de suivi, des pas considérables seront faits vers la création d'un lien et la stabilisation de cet homme en logement.

Mots clefs : *Agressivité/violence, collaboration interprofessionnelle, psychiatrie, trouble délirant, trouble relationnel.*

28. Un pied à la rue, un pied en logement. Saisir dans l'intervention ce que signifie « avoir un toit » pour les personnes – Équipe SIM-CSSSJM

Ce récit relate différentes stratégies d'intervention pour soutenir des personnes qui « magasinent » la vie en logement et pour qui l'appartement sera a priori davantage perçu comme un abri qu'un milieu de vie. Certaines personnes emporteront la rue en appartement, au moins en partie, et continueront à s'identifier davantage à une culture de la rue et au mode de vie qui y est associé. Au-delà de l'acquisition des habiletés pour vivre en logement, il va s'agir plus fondamentalement d'accompagner l'appropriation d'un habitat dans ses dimensions symboliques et identitaires.

Les intervenants de l'équipe SIM racontent ici les suivis auprès de deux hommes dont l'identité est intimement liée à la vie à la rue et qui hésitent à intégrer un logement: ils ont un vaste réseau à la rue, ils y sont connus et participent à des projets où leur statut comme itinérant est valorisé. Dans le cadre de ces suivis, l'équipe va reconnaître les valeurs et les modes de vie de ces deux hommes et les accompagner dans leur appropriation des lieux, à mi-chemin entre la rue et le logement. Il s'agira de suivre leurs allées et venues, et de se servir des emménagements, des retours à la rue et des relogements pour faire des pas avec eux.

Mots clefs : *déficience intellectuelle, identité/citoyenneté, logement, réseau social/proches, santé physique*

29. Raccrocher à la vie des personnes qui souffrent de toxicomanie – Équipe SIV- Diogène

Ce récit de pratique aborde des interventions liées à la toxicomanie dans le cadre de situation où des personnes mettent leur vie en danger. Il y aura un travail en gradation pour accompagner vers un arrêt de consommation, où l'équipe se donnera pour mot d'ordre qu'il faut être créatif et insistant face à des situations où des personnes se sentent impuissantes devant leur propre consommation et sont à risque de mourir. Si le suivi se construit le plus souvent autour des demandes des personnes, en se positionnant dans l'accompagnement de leur choix, il arrive que le devoir de l'intervenant de protéger les personnes d'elles-mêmes constitue une balise du travail autour de la toxicomanie, en mettant momentanément en veilleuse le travail actif autour du rétablissement. Parmi les stratégies d'intervention pour créer un espace pour parler de la consommation et mettre en place des facteurs de

protection, il est ici question d'insister pour mettre la question de la dépendance à l'horaire des rencontres, de négocier des arrêts d'agir, d'établir un « plan de mort » et de faire alliance avec les acteurs autour de la personne.

Mots clefs : *collaboration interprofessionnelle, réseau social/proches, toxicomanie.*

30. Terminer la relation d'intervention ... tout en s'assurant que les personnes gardent leur élan –

Équipe SIV- CSSS Jeanne-Mance

Dans le cadre du projet Chez soi, on s'adresse à des personnes combinant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale qui ont parfois été longuement éloignées des services, et ce, pour diverses raisons : stigmatisation de la part des services, méfiance, désorganisation ou comportements agressifs. À la fin du projet Chez soi, une préoccupation des intervenants de l'équipe SIV CSSS J-M consistera à s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de services, que la personne conserve ses acquis et qu'une certaine vision cette personne, construite au fil des années dans le cadre d'une approche du rétablissement, soit transmise au nouvel intervenant ou à la nouvelle équipe. À la fin du suivi, les intervenants veilleront aussi à valoriser les pas faits par la personne dans le cadre du suivi, notamment à travers le bilan. Ce retour visera aussi à identifier ce qui a aidé la personne dans le suivi, et éventuellement contribuer à la réconcilier avec le réseau des services.

Deux suivis sont ici relatés. Le premier concerne le transfert personnalisé du dossier d'une jeune personne qui souffre de schizophrénie et qui a de la difficulté à exprimer ses besoins, afin que soient préservés ses acquis. Le deuxième raconte les précautions prises avec une femme qui a un lourd parcours d'exclusion, afin de bien terminer la relation d'intervention et qu'elle puisse en faire une expérience positive. En conclusion, l'équipe SIV souligne l'importance de tenir compte également de l'environnement de la personne dans le cadre de la fin d'un suivi.

Mots clefs : *Accès aux services, outil d'intervention, réseau social/proches, trouble relationnel, trouble délirant.*

Liste des 25 principes d'intervention validés

Nous présentons ici 25 « principes d'intervention » qui font l'objet d'une forte adhésion parmi les clinicienNEs du projet Chez soi à Montréal. Ils apparaissent centraux pour répondre aux spécificités d'une population conjuguant parcours d'itinérance, problème de santé mentale, et le plus souvent de toxicomanie, dans le contexte d'une approche « logement d'abord ». Ces consensus sont issus de la rencontre des expertises d'une grande diversité de professionnels ayant œuvré au projet Chez soi : infirmières, travailleuses sociales, psychiatres, éducateurs spécialisés, pairEs aidantEs, criminologues, spécialistes en dépendance et conseillères en adaptation au travail.

Ces consensus d'experts ont été dégagés de l'analyse transversale de 30 récits de pratique rédigés en 2010-2011 (27 récits) et 2013 (3 récits). Ils ont d'abord été discutés, peaufinés et validés lors de deux rencontres réunissant chacune près de 30 clinicienNEs, cheffes d'équipe et gestionnaires composant les trois équipes cliniques du projet Chez soi, en mai et septembre 2011. Ils ont été bonifiés et priorisés suite à une nouvelle consultation auprès des professionnels des trois équipes en mars 2013.

Plutôt que de valider l'application sur le terrain de certaines approches d'intervention, selon une approche top down, il s'est agi ici d'identifier ce qui émerge de la pratique des équipes cliniques : comment sont relevés les divers défis de l'intervention auprès de personnes conjuguant problèmes mentaux et parcours d'itinérance? Quelles sont les pratiques développées au sein de cet espace d'innovation que fut le projet Chez soi? Quelles traces les intervenantEs souhaitent-ils laisser? Il est à noter que nous avons ici eu pour principal objectif de synthétiser des manières de faire qui sont spécifiques au travail combinant logement d'abord, santé mentale, itinérance et toxicomanie. Par conséquent, nous avons peu mis l'accent sur des principes plus généraux de l'intervention auprès de populations marginalisées, tels que la nécessité de créer un lien de confiance, d'aller vers les personnes (outreach) ou d'accompagner le rythme.

— ACCOMPAGNER DE LA RUE AU LOGEMENT —

1 – MISER SUR L'INTENSITÉ DU SUIVI LORS DE LA SORTIE DE LA RUE

Un effort d'observation et de présence soutenu est déterminant au cours des premiers mois en logement pour apprendre à connaître une personne, mettre en place des facteurs de protection et l'accompagner vers une stabilisation résidentielle.

Dans une approche logement d'abord, c'est dans le contexte de l'appartement que les intervenantEs apprennent à travailler avec la personne. Puisqu'il y a intégration rapide en logement, les équipes cliniques connaissent peu les personnes qui s'y installent (histoire de vie, besoins et sphères d'autonomie, antécédents médicaux et judiciaires). Un suivi intensif est ainsi nécessaire pour identifier avec la personne quels sont ses besoins et pour avoir une meilleure compréhension de ses dynamiques, de ses forces et de ses difficultés.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les visites à domicile et les accompagnements dans des services, des organismes et divers lieux publics constituent des lieux privilégiés d'observation pour mieux saisir la réalité de la personne, son état mental, ses besoins et ses sphères d'autonomie.
- Les sources d'informations à privilégier sont ce que les personnes dévoilent d'elles-mêmes et ce qui est constaté par l'intervenantE dans le cadre du suivi dans la communauté.
- Faire les démarches AVEC une personne lorsqu'elle les accomplit pour les premières fois est central au suivi, et ce, à divers niveaux : pour mettre la personne en confiance, apprendre à la connaître, construire un lien, aider à développer des habiletés, identifier des champs d'intérêt et évaluer les besoins d'accompagnement, pour permettre à la personne de se raccrocher à la réalité et faire des pas vers une stabilisation en logement.
- Assurer une présence régulière pour accompagner la personne à se familiariser à ce nouveau mode de vie, partager les bons moments avec elle et lui permettre de vivre rapidement des succès en logement.
- Rapidement, l'intervenantE doit identifier les facteurs pouvant constituer un risque de retour à la rue ainsi que ceux pouvant favoriser l'intégration en logement, et mettre en place les services nécessaires à une stabilisation en logement, quitte à les retirer graduellement par la suite.

2 – TABLER SUR LES FORCES DONT TÉMOIGNE LE PARCOURS DES PERSONNES, Y COMPRIS L'EXPÉRIENCE DE LA RUE

L'accompagnement doit s'inscrire dans la continuité du parcours des personnes et tabler sur leurs acquis pour nourrir la transition de la rue vers le logement. L'intervenantE doit garder en tête que vivre en situation d'itinérance demande des qualités et des aptitudes, s'inscrit dans une routine, des occupations et des facteurs de protection. Ce sont autant d'acquis sur lesquels doit s'appuyer le travail d'intervention et d'accompagnement.

Identifier et tabler sur les forces des personnes c'est de reconnaître leur expérience de vie et leur trajectoire dans ses dimensions positives, y compris leur expérience de vie à la rue.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les personnes ont diverses connaissances; y voir l'occasion d'un partage.
- Rester centré sur la personne, sur ce qu'elle a vécu, sur ses objectifs, ses valeurs. Il faut tenter de saisir ses forces, aussi minimales soient-elles et partir de cela pour construire le reste.
- Valoriser la débrouillardise qui est actualisée dans le cadre du logement.
- L'identification des forces est un levier important pour contribuer à une meilleure estime de soi et favoriser le sentiment de compétence des personnes.
- Vivre en appartement ne signifie pas de couper tous les ponts avec la rue.

3 – ACCOMPAGNER LE CHOC DES « QUATRE MURS »

Dans l'accompagnement, il faut cheminer entre espoir et réalisme; accompagner à la fois l'enchantement d'avoir un toit et le désenchantement des difficultés qui y sont associées.

Alors que le logement résout certains problèmes liés à la vie à la rue, c'est également là que ressurgit la fatigue des mois et des années passés à la rue, là où font surface des problèmes qui demeuraient latents

tant que la personne était dans la survie. De plus, la réalité de l'appartement peut être anxiogène, alors que les quatre murs riment avec perte de repères, isolement et sentiment d'incompétence. Il y a notamment des contraintes et des responsabilités nouvelles associées à la vie en logement avec lesquelles les personnes doivent apprendre à composer.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Continuer à être porteur d'espoir lorsque se termine la « lune de miel » des premiers mois en logement.
- Préparer simultanément la sortie de la rue et l'entrée en logement, en favorisant notamment l'établissement d'une nouvelle routine en logement.
- Il est utile de miser sur les raisons qui ont motivé la personne à sortir de la rue et de tenir ce fil pour traverser les périodes plus difficiles.
- Il y a une « socialisation aux réalités du logement » à faire et une sensibilisation aux contraintes liées à la vie de locataire : dont le loyer et les factures à payer, la cohabitation avec les voisins.
- Garder en mémoire qu'il est prévisible que les comportements et les symptômes de la maladie mentale qui ont mené la personne à l'itinérance soient encore présents en logement, au moins pendant un moment.
- Trouver un équilibre entre installation en logement et projet de vie de la personne.
- Comme équipe clinique, il peut être utile de détailler une stratégie d'emménagement étape par étape pour ne rien échapper lors de l'entrée en logement et éviter que les personnes ne vivent des ennuis ultérieurement.
- Chaque personne a des besoins différents en matière d'accompagnement. Favoriser les apprentissages, en faisant preuve d'écoute et de créativité pour « faire avec » sans offenser ni infantiliser.
- Explorer avec les personnes les façons de minimiser les conséquences néfastes liées à certains comportements (consommation, prostitution, jeu, colocation indésirable, comportements agressifs, amener « la rue » dans le logement) qui les mettent à risque de perdre le logement.
- Prendre l'habitude de poser la question : que prévoyez-vous faire aujourd'hui? Que souhaitez-vous faire lors de la prochaine rencontre?
- Permettre aux personnes de se raccrocher à un réseau social positif constitue un important facteur de protection face à l'isolement et aux colocataires indésirables.
- La solution n'est pas de déménager chaque fois qu'il y a un problème. Ni de reloger à tout prix. Parfois, ce sont les troubles de comportements d'une personne qui font en sorte qu'elle a de la difficulté à vivre en logement : lui permettre de le voir et l'accompagner dans l'apprentissage de nouvelles habiletés relationnelles.
- « Faire avec » la personne devrait avoir pour objectif de l'aider à vivre des succès qui renforcent son sentiment d'avoir du pouvoir sur sa vie (cuisiner, aider au ménage, aller à la bibliothèque, ...).

4 – RÉVEILLER ET NOURRIR LE GOÛT POUR LA VIE EN LOGEMENT

Pour accompagner une stabilité résidentielle, l'intervenantE doit saisir le sens que les personnes accordent à leur « chez soi » et contribuer à la mise en place de conditions qui leur donnent l'opportunité d'expérimenter suffisamment longtemps la vie sous un toit, de « goûter au plaisir d'être en logement », afin que ces dernières soient en mesure de faire un choix éclairé.

Dans un projet « logement d'abord » qui s'adresse à des personnes combinant problèmes de santé mentale et parcours d'itinérance, certaines sont ambivalentes à l'idée de vivre entre quatre murs. Le logement n'est pas toujours un levier dans l'intervention, pour des personnes qui ont développé un mode de fonctionnement basé sur les ressources destinées aux gens à la rue (hébergement, nourriture,

vêtements) et qui y trouvent une routine rassurante, ainsi qu'une forme de liberté et d'autonomie. L'intervenantE doit s'intéresser aux raisons qui limitent le goût pour la vie en logement, tout en continuant d'accompagner les personnes dans ce qu'elles priorisent.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le sens du « chez soi » varie d'une personne à l'autre. L'intervenantE doit s'intéresser au sens que la personne donne au logement (un espace sécuritaire, un entrepôt, un lieu de vie, un abri) et à la façon dont elle l'investit.
- S'intéresser aux liens que la personne établit, ou non, entre son identité et la vie en appartement. Le sens qu'elle accorde aux responsabilités qui y sont liées.
- Il s'agit d'offrir l'accès à une expérience qui pourrait, à terme, être significative. À travers les expérimentations de logement et de relogement, les intervenantEs doivent continuer à croire au potentiel des personnes, malgré les difficultés et les échecs.
- Les jeunes itinérants, qui n'ont parfois connu que la rue, ont souvent un autre rapport au logement que les personnes plus âgées qui ont eu des expériences antérieures en appartement.
- Comme intervenantE, reconnaître qu'il y a des aspects positifs à l'itinérance.
- Il y a des valeurs, un mode de vie, des habitudes et des stratégies qui y sont associées à la vie à la rue. Ne pas perdre de vue que les personnes peuvent continuer d'en être porteuses encore longtemps après être emménagées en logement.
- Pour accompagner la personne à s'identifier à la vie en appartement, il faut travailler avec les objectifs qu'elle-même a définis.

5 – FAVORISER UN SENTIMENT D'IDENTITÉ AU LOGEMENT ET AU QUARTIER

Pour que le logement soit un levier vers le changement et s'inscrive dans un projet de vie, il y a des habiletés à acquérir, mais il y a aussi une appartenance au logement et au quartier à accompagner. Un objectif de l'intervention consiste à ce que les gens puissent non seulement vivre de façon autonome en logement, mais qu'ils développent un sentiment d'appartenance et d'identité à l'égard de celui-ci.

Le nouvel environnement qu'est l'appartement peut constituer un choc de culture, une perte de repères. Il faut contribuer à faire du lien afin de répondre au sentiment d'isolement. L'intervenantE doit rapidement favoriser la connaissance des ressources du milieu, arrimer les personnes aux ressources environnantes, les connecter le plus possible à leur communauté et à des activités significatives. Ce sentiment d'appartenance peut contribuer à traverser les moments plus difficiles en logement.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Inviter la personne à s'approprier son appartement par la décoration, les meubles, la musique.
- Connaître le quartier contribue à une meilleure appropriation du logement. Marcher dans le quartier est aussi une occasion pour la personne de raconter ce qu'elle connaît déjà des lieux.
- Par ailleurs, distinguer entre l'inconfort de l'intervenantE face à l'isolement d'une personne et le besoin de cette personne d'aller vers les autres et de sortir de l'isolement.

— SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ, APPROCHE SYSTÉMIQUE ET ENJEUX ÉTHIQUES —

6 – UNE RELATION D'INTERVENTION À CONSTRUIRE POUR COLLABORER AVEC LA PERSONNE

Le suivi dans la communauté suppose de clarifier les paramètres d'une relation hors des bureaux, où les intervenantEs sont témoins de l'intimité de la personne et dont la présence peut être intrusive. Les règles de l'intervention sont à définir entre un intervenant (ou une équipe) et la personne desservie, afin d'établir un espace de collaboration et d'aller au-delà de la méfiance.

Dans le cadre du suivi dans la communauté, ce sont les intervenantEs qui vont vers les personnes, plutôt que ces dernières qui viennent vers les services. Certaines personnes ont eu une expérience négative avec des intervenantEs et les rapports de contrôles constituent un frein majeur à leur investissement dans la relation d'aide. On s'adresse également parfois à des personnes qui ont peu ou pas de demande. On vise une intervention fondée sur le respect, en dehors des approches directives qui nourrissent la résistance, tout en gardant en tête qu'il s'agit d'une intervention qui s'effectue dans l'intimité des personnes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Dans l'établissement d'une relation de confiance, une balise importante de l'intervention est de clarifier les rôles et la nature du suivi dès le départ. L'intervention à domicile, où l'intervenantE partage l'intimité de la personne, peut créer une confusion chez des personnes ayant des carences affectives. Il y a là un défi pour maintenir une relation professionnelle. Il faut être à l'affût des possibles glissements dans la compréhension du sens de la relation chez la personne.
- Le savoir-être constitue une qualité première de l'intervenantE à domicile. Une attitude respectueuse et non jugeante est à privilégier, bien que la personne se soit engagée par un contrat clinique à accueillir des intervenantEs chez elle.
- L'intervention à domicile s'effectue dans l'intimité des personnes et peut être intrusive. L'intervenantE représente l'institution, il a un rôle normatif et il doit être conscient de ce pouvoir et de son impact dans la relation d'aide.
- Travailler à l'établissement d'une collaboration entre participantE et intervenantE.
- Il est important que la personne continue de se sentir chez elle, malgré la présence régulière des intervenantEs à domicile. « Remettre » aux personnes le pouvoir sur leur vie.
- Se rappeler qu'un certain temps sera nécessaire pour développer avec la personne une compréhension commune d'une relation d'aide fondée davantage sur l'accompagnement que sur l'encadrement.
- C'est l'intervenantE qui collabore avec la personne, et non l'inverse.
- Il est notamment utile de mettre de l'avant dans l'intervention qu'il s'agit d'un travail d'équipe, où l'intervenantE et participantE doivent être dans le « même bateau ».
- Prendre le temps de développer un langage commun avec la personne, afin de mettre en place les conditions d'une discussion à la fois franche et respectueuse de ses limites (autour de la santé mentale, de la dépendance, de la salubrité, etc.)

7 – TRAVAILLER SUR LA BASE D'OBJECTIFS CLINIQUES CLAIRS

Lorsque les objectifs d'interventions sont clairs, deviennent alors possibles une pluralité d'accompagnements dans la communauté et des collaborations très variées avec les différents acteurs autour de la personne.

Il peut être déstabilisant de faire du suivi dans la communauté. L'intervenantE a accès aux diverses dimensions de la vie de la personne, est en contact avec son réseau social, l'accompagne dans diverses démarches et en divers lieux pour faire des pas vers un mieux-être. C'est la définition claire du mandat des professionnels, ainsi que la clarification des rôles de l'intervenantE et du participantE dans le cadre de la relation d'aide qui permettent à la fois d'établir les limites et d'aller plus loin dans l'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Ce sont les objectifs cliniques qui déterminent la pertinence de la variété possible des accompagnements (magasinage, pique-nique, restaurant, accompagnement à un rendez-vous, soutien à des funérailles, etc.).
- Parmi des visées cliniques possibles : créer un lien, partager l'univers de la personne, offrir un soutien, tenter une nouvelle expérience, améliorer la qualité de vie, objectif de resocialisation.
- L'accompagnement, c'est autre chose qu'une demande d'amitié de la part de la personne.
- Des objectifs d'intervention clairs peuvent permettre de s'allier divers acteurs autour de la personne (professionnels de la santé, intervenants communautaires, propriétaires, voisinage) dans le cadre d'interventions parfois peu orthodoxes.

8 – RÉPARER LES RELATIONS D'EXCLUSION (2013)

Une dimension importante du travail d'intervention est de contribuer à réparer les relations d'exclusions dans lesquelles se sont longtemps inscrites les personnes desservies. Il s'agit d'offrir un contexte propice pour bâtir une relation significative avec les personnes, puis de les accompagner dans l'établissement de relations satisfaisantes avec leur milieu et les services. Ce travail cible ainsi à la fois la personne et son environnement social, afin de poser les bases pour retisser des liens significatifs avec la société.

On s'adresse à des personnes qui ont vécu diverses expériences de stigmatisation et d'exclusion. Le projet Chez soi offre des conditions favorables pour construire le lien avec les personnes (suivi à long terme, pas de critère d'exclusion, *case load* fixe où le dossier d'une personne reste ouvert même si elle disparaît pendant plusieurs mois). Ce travail doit servir à faire des ponts avec le système de santé et des services sociaux, et accompagner les personnes vers une insertion sociale.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Réparer les relations d'exclusion, signifie d'abord de considérer les personnes avec dignité dans le cadre du suivi, de valoriser des personnes qui avaient parfois oublié avoir une valeur.
- Il y a un important travail pour favoriser l'estime de soi chez des personnes qui ont parfois du mal à voir qu'elles peuvent s'inscrire dans des relations positives, à reconnaître qu'elles ont des compétences relationnelles.
- Accompagner la personne dans des lieux publics, faire des gestes du quotidien, des gestes de citoyen ordinaire, s'inscrire dans des activités « normalisantes ».
- Entendre le désir de la réinsertion à l'emploi et faire des pas en ce sens avec les personnes.
- L'accompagnement de la personne dans divers lieux permet un travail de médiation entre cette dernière et son environnement, en agissant comme modèle (*modeling*) à la fois pour la personne accompagnée et pour les gens de l'environnement, qui voient comment l'intervenantE entre en relation.
- Le cadre de l'intervention est appelé à évoluer dans le temps, à la mesure des apprentissages de la personne et du lien qui est construit avec elle. Lorsque le lien est là et que la situation de la personne est

stable, accompagner le développement d'habiletés relationnelles en ajustant tranquillement les exigences de l'intervention sur la base de la réalité des autres services (les critères des autres ressources, le niveau de tolérance aux comportements dérangeants, etc.).

- Sensibiliser les services autour de la personne à l'effet que certains comportements constituent des symptômes de la maladie mentale ou s'inscrivent dans des expériences antérieures avec les services, afin que les personnes continuent d'avoir accès aux services.
- On vise à ce que la relation positive développée avec unE intervenantE permette de nourrir l'espoir chez la personne que des services sont accessibles.
- À la fin d'un suivi, il importe de faire un transfert personnalisé vers une autre ressource afin que les personnes y soient bien accueillies et reconnues dans leurs besoins.
- Lorsque se termine la relation d'intervention, travailler pour que la personne y voie une expérience positive, l'occasion d'un apprentissage et d'un succès, et non pas une nouvelle exclusion ou un échec. Faire un bilan avec la personne est particulièrement utile pour valoriser les pas accomplis.

9 – TRAVAILLER AVEC LE RÉSEAU DE LA PERSONNE

Un réseau social positif constitue un important facteur de protection. Les intervenantEs doivent s'intéresser au réseau social de la personne tôt dans le suivi. Il ne s'agit pas de considérer famille et amis comme des intervenantEs, mais comme des personnes significatives dans le rétablissement des personnes et qui seront encore là lorsque les intervenantEs n'y seront plus.

Dans le contexte itinérance - logement - santé mentale, il faut prioriser des approches qui sont congruentes avec le rattachement de la personne à un réseau social sain. La réinsertion sociale de personnes qui ont parfois été très désaffiliées ne doit pas se limiter à l'intégration au logement. Quand la personne se porte mieux, il arrive que son réseau familial se rapproche d'elle, auquel cas, il faut tenir compte des proches dans l'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Évaluer dans l'intervention dans quelle mesure un proche constitue un facteur de protection ou un facteur de risque. Amener la personne à faire cette évaluation également.
- Lorsqu'ils sont présents, soutenir les proches, les aider à aider les participantEs. Il y a aussi parfois du travail de référence à faire pour que les proches soient soutenus.
- Dans le travail avec les proches, il est important de clarifier le rôle de l'intervenantE, les objectifs et l'approche d'intervention consistant à accompagner plutôt qu'à « faire pour » les personnes. Le rappeler souvent, afin que ce ne soit pas vu comme de la négligence. Permettre également aux proches de se familiariser avec le processus de rétablissement dans lequel est la personne; expliquer qu'une rechute n'est pas un échec complet, les aider à accepter la personne où elle est.
- Cela dit, on doit rester centré sur la personne. Le « client » n'est ni le couple, ni la famille, ni le parent, ni l'ami, mais la personne qui fait l'objet du suivi. Face à la pression que peuvent exercer certains proches qui souhaitent que la personne « guérisse », que le suivi « avance », toujours garder en tête quels sont les objectifs de la personne desservie.

10 – TENIR COMPTE DE TOUS LES ACTEURS AUTOUR DU LOGEMENT (2013)

Il faut soutenir l'intégration en logement en lien avec les acteurs qui y gravitent. Dans le suivi, l'intervenantE doit distinguer *défense des droits* et *défense des intérêts*. S'il faut parfois faire de la

défense de droit pour protéger des individus vulnérables, très souvent le travail est en un de médiation pour favoriser des échanges et outiller la personne dans ses relations avec autrui.

Comme intervenantE à domicile, il y a souvent lieu de se positionner entre des personnes que l'on accompagne vers une stabilisation en logement – avec parfois toute leur maladresse et leurs difficultés – et divers acteurs autour du logement qui peuvent être porteurs d'incompréhensions, de préjugés, de conflits et d'exaspération. Il y a là des univers qui s'entrechoquent.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le voisinage, les propriétaires, les concierges, les colocataires ou les squatteurs offrent des difficultés, mais ce sont également des balises vers une socialisation au logement et des occasions d'accompagner des apprentissages.
- Travailler dans le contexte du logement exige d'être bien informé comme intervenantE à propos des droits et obligations des locataires et des propriétaires/concierges.
- Informer la personne sur ses responsabilités comme locataire, afin qu'elle puisse faire des choix éclairés.
- En amont, sensibiliser la personne aux conséquences d'héberger des gens chez elle, car les lois rendent difficile l'évincement d'un colocataire devenu indésirable. Sensibiliser la personne au fait que l'appartement est son milieu de vie, qu'elle a le droit d'en faire un espace personnel, distinct de la rue.
- Étant donné l'instabilité de certaines personnes, il y a parfois lieu d'agir comme négociateur pour éviter les tensions, les incompréhensions. Il faut parfois « faire pour » la personne en attendant une stabilité. La négociation avec les acteurs autour du logement et le travail avec le locataire visent alors à mettre un filet de sécurité afin qu'il ne perde pas son logement.
- Reconnaître les propriétaires et les concierges comme des acteurs incontournables dans l'intervention.
- Dans un grand nombre de situations, il sera plus bénéfique de s'inscrire dans un travail de médiation en tenant compte du portrait d'ensemble d'une situation et des divers acteurs autour de la personne, afin de contribuer à établir un environnement favorable autour de la personne.
- Travailler avec les propriétaires, les concierges et les voisins permet notamment de faire du « modeling », c'est-à-dire de leur offrir l'occasion d'apprendre, au contact des intervenantEs, comment entrer en relation avec des personnes ayant des troubles de santé mentale, un parcours d'itinérance ou un problème de toxicomanie.
- Cela dit, ne pas perdre de vue qu'il est stigmatisant d'être vu avec un intervenantE. Et il y a un équilibre à garder pour respecter l'intimité des personnes et leur droit à la confidentialité.
- Aller vers une normalisation des rapports entre le propriétaire/concierge et le locataire, tels que définis par les règles de la Régie du logement, sans que n'intervienne nécessairement le fait que la personne a un problème de santé mentale ou de toxicomanie.
- Lorsque c'est possible, que l'état de la personne est suffisamment stable, la soutenir à faire ses propres démarches auprès du propriétaire, du concierge, des voisins.

11– DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS À BALISER

Si l'échange d'informations avec d'autres professionnels et l'accès aux dossiers sont souvent nécessaires pour mieux comprendre une personne et intervenir efficacement, à travers ces échanges, l'intervenantE a par ailleurs la responsabilité de garder un regard neuf sur la personne et de s'assurer qu'elle demeure un acteur central du suivi. Intersectorialité et déontologie constituent des balises importantes.

Dans le suivi dans la communauté, l'intervenantE est appeléE à travailler en collaboration avec différents acteurs qui connaissent également la personne desservie. Il faut savoir se positionner comme intervenant à l'égard de ces divers acteurs.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Les concertations entre professionnels qui oeuvrent auprès d'une même personne peuvent permettre d'aller plus loin dans l'intervention, de tenter de nouvelles avenues et d'éviter le clivage.
- Tout n'est pas à connaître à propos de la personne desservie. Le choix des sources d'informations, ainsi que leur nature dépend de plusieurs facteurs : le mandat d'unE professionnelLE, l'état de santé d'une personne, les situations d'urgence, les concertations utiles à établir (policiers, curateur, personnel hospitalier, ressources communautaires, centres d'hébergement, prisons).
- Il est à privilégier d'inviter la personnes utilisatrice des services aux rencontres qui se tiennent entre les professionnels à son sujet (tant pour les rencontres entre intervenants œuvrant dans différentes ressources, que les rencontres d'une « mini-équipe » réunissant plusieurs professionnels d'une équipe de suivi intensif), afin de s'assurer qu'elle demeure au cœur du travail d'intervention et des solutions identifiées.
- Les contacts interpersonnels sont déterminants dans les collaborations avec d'autres services et ressources.
- Il est utile que les contacts établis avec le temps soient communiqués aux intervenantEs qui prennent la relève : il s'agit de faire une référence « de quelqu'un à quelqu'un », plutôt que « de quelqu'un vers quelque part ».

12 – ÊTRE PROACTIFS DANS LA PROTECTION DES DROITS

Les intervenantEs doivent garder en tête qu'ils/elles s'adressent à des personnes qui ont souvent été bafouées dans leurs droits. Il faut leur donner l'occasion de s'exprimer, de s'opposer.

On travaille avec des personnes qui ne savent pas toujours qu'elles peuvent refuser de signer une autorisation de communiquer avec les autres services.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il importe que les consentements de communiquer soient pointus, libres et éclairés.
- Des autorisations de communiquer sont demandées aux personnes en leur expliquant qu'elles peuvent être annulées en tout temps et qu'il est possible d'exclure les sujets sur lesquelles elle ne veut pas que d'autres professionnels soient informés. Il faut s'assurer que la personne comprend ce qu'elle signe.
- Les intervenantEs doivent tenir les personnes au courant des informations qui s'échangent au fil du suivi.
- Autorisation de communiquer ou non, l'intervenantE ne doit recueillir que l'information essentielle au suivi auprès des organismes et des institutions.

13 – SAVOIR PRENDRE LA DIRECTION CLINIQUE D'UN SUIVI (2013)

Devant des situations très complexes combinant chronicité de l'itinérance-santé mentale-santé physique-toxicomanie, où les personnes ne trouvent pas de réponse à leurs besoins dans un système de soins compartimenté, il faut qu'unE intervenantE prenne la responsabilité du dossier et mobilise le réseau des services afin que le regard se tourne VERS la personne.

Les intervenants desservent des personnes au profil parfois atypique, à qui les services du réseau de la santé et des services sociaux peinent à offrir une réponse durable à leurs besoins, malgré qu'elles soient parfois bien connues des professionnels de la santé, des policiers et des ressources communautaires. Lorsqu'aucun service ne se responsabilise pour desservir la personne, qu'il y a une impasse sur le terrain, il faut qu'unE intervenantE ait à cœur la situation de la personne et se désigne pour faire valoir les besoins de la personne.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut qu'unE intervenantE se sente responsable, interpellé par une situation où une personne ne trouve pas réponse à ses besoins. Il faut que quelqu'un se désigne pour trouver un chemin, faire de « l'intervention de brousse » afin d'obtenir une évaluation de l'état de la personne et l'arrimer aux services.
- Le travail du leader clinique consiste à interpellé divers acteurs autour de la personne et à faire en sorte qu'ils tournent leur regard vers la personne, afin qu'une réponse adaptée soit identifiée (et ainsi d'aller au-delà du constat qu'elle ne répond à aucune catégorie de service).
- Pour se faire, il faut connaître la personne, rassembler suffisamment de faits et d'informations sur le terrain afin de monter un dossier permettant d'interpeller les différents acteurs impliqués dans la rupture de soin et de services.
- Mener à terme un dossier permet de débroussailler un chemin pour les prochaines personnes qui feront face à des enjeux similaires, en établissant une crédibilité comme équipe auprès des divers acteurs qui voient le résultat, reconnaissent le jugement clinique.

— LE RISQUE, LA DANGÉROSITÉ ET LA CRISE —

14 – ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Si l'intervention vise rarement « l'arrêt d'agir », il est souvent indiqué de travailler avec les personnes afin de limiter les inconvénients liés à certains comportements à risque. Les effets négatifs que les intervenants souhaitent prévenir sont non seulement liés à la santé physique, mais sont également d'ordre psychosocial : viser une stabilité en logement, entretenir de bons liens avec l'entourage, développer une meilleure estime de soi, etc.

Le travail de l'intervenantE consiste à explorer avec les personnes les façons de minimiser les conséquences néfastes liées à certains comportements à risque (consommation, prostitution, jeu, colocation) et non pas de les empêcher d'adopter ces comportements.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il s'agit de nommer les risques, d'informer la personne sur ses droits, ses obligations, sur les conséquences possibles de ses choix et de l'outiller afin qu'elle ait d'autres options que les comportements destructeurs.
- Explorer avec la personne pour qu'elle trouve ses propres solutions.
- Le travail vise notamment à limiter chez la personne des comportements qui mènent à son exclusion en divers lieux : expulsion du logement, conflits avec les voisins / propriétaire, amener « la rue » dans le logement, etc.
- Malgré la vulnérabilité de certains individus, il est possible, dans une perspective de réduction des méfaits, de travailler avec eux à limiter les situations où ils se mettent en danger.

15 – SE MONTRER À LA FOIS SOUPLES ET PROACTIFS FACE À LA DÉPENDANCE (2013)

La dépendance doit être abordée à la fois avec sérieux, souplesse et ouverture. Lorsque la personne n'est pas prête à cesser de consommer, et une fois réalisée l'évaluation des risques, il faut continuer de l'accueillir, sans tabou ni jugement, en faisant de l'éducation là où c'est possible. On prend la personne où elle est.

La toxicomanie est une réalité très présente chez la population itinérante. Les problèmes de dépendance font parfois en sorte que les personnes font les portes-tournantes du système des services sociaux et de santé, puisque la majorité des services refusent de travailler avec une personne intoxiquée et la première étape pour recevoir des services est souvent d'aller vers une désintoxication. Il y a beaucoup de travail à faire (accueillir, offrir une présence, faire de l'éducation et de la réduction des méfaits) avant que certaines personnes ne trouvent la motivation pour changer leurs habitudes de consommation.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Ne pas paniquer, apprendre à vivre avec la consommation en tant qu'intervenantE.
- Envisager la dépendance comme une facette parmi d'autres dans la vie de la personne peut lui permettre de sortir de la honte, de ne pas se réduire au statut « d'alcoolique chronique » ou de « toxicomane ». Valoriser les aptitudes, les qualités, les bons coups. La dépendance doit être appréhendée en relation avec les autres facettes de la vie et problématiques vécues par une personne.
- Il faut accepter de faire de l'intervention malgré la consommation. On n'attend pas que ce soit réglé pour travailler avec la personne. Même si on n'ira pas aussi loin dans l'intervention, il y a toujours quelque chose qui peut être fait, ne serait-ce que de ne pas s'inscrire dans une approche punitive et d'accueillir la personne, puis de lui dire « je pense que ce n'est pas une bonne journée pour telle démarche, on se reprendra. ».
- Il faut être forméEs à propos des symptômes et des interactions entre les drogues et les médicaments. Il y a beaucoup d'évaluation des risques à faire : à chaque rencontre, on investigue. Avec le temps, on apprend à connaître les personnes à travers leur toxicomanie, à connaître les signes, les comportements.
- Il est souvent difficile de faire la part des choses entre symptômes de santé mentale et toxicomanie, et il faut travailler sur les deux enjeux à la fois.
- Il y a une expertise à acquérir à propos des dangers liés à la consommation. La toxicomanie est parfois à traiter comme une crise suicidaire. Elle cache également parfois une inaptitude à faire des choix éclairés. Il faut alors être proactifs pour protéger la personne d'elle-même.
- Dans le travail autour de la dépendance, l'intervenant vise à explorer avec cette dernière quelle est la fonction de la consommation dans sa vie.
- Créer un espace où la personne peut se confier sans se sentir juger, sans être dans la recherche de solution. Parfois, la personne a surtout besoin de pouvoir parler ouvertement de ce qu'elle vit : la honte, l'impuissance, la gêne, la détresse.
- Si on n'exige pas que la personne soit à jeun pour travailler avec elle, aménager cependant un espace de respect mutuel où la personne ne consomme pas devant l'intervenantE.
- Il faut maîtriser l'approche de la réduction des méfaits lorsque la personne ne désire pas arrêter de consommer. Il s'agit de reconnaître que la personne consomme, et par conséquent de l'éduquer à limiter les risques liés à la consommation, identifier avec elle comment consommer de la façon la plus sécuritaire possible.

16 – CONSTRUIRE UN REGARD SUR LES SITUATIONS D'URGENCE

Se positionner à l'égard de la crise est un enjeu central dans le travail d'intervention. Les intervenantEs ont une responsabilité professionnelle à l'égard des personnes, du public en général et d'eux-mêmes. Cela dit, l'estimation de la dangerosité doit s'inscrire dans une vision à court, moyen et long terme et la personne ne doit pas être réduite à la situation d'urgence. En apprenant à mieux connaître une personne, les intervenantEs sont mieux à même d'identifier quelle est la nature d'une crise et quelles sont des interventions appropriées.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- L'intervenantE a pour mandat d'évaluer l'état mental d'une personne et d'estimer la dangerosité liée aux comportements qu'elle adopte et non de gérer les risques qu'elle prend.
- Ça demande une bonne connaissance de soi comme intervenantE et du sang froid pour gérer ses propres émotions.
- Comme intervenantE, un certain temps peut être nécessaire pour évaluer les capacités d'une personne, pour prendre une distance et sortir du sentiment d'urgence face aux réalités vécues par les personnes desservies.
- Lorsqu'il y a une crise, les intervenantEs doivent être à même de faire la part des choses entre :
 - une crise ou une situation problématique récurrente?
 - un symptôme de maladie mentale, un trouble de comportement ou un épisode de consommation?
 - la personne est dangereuse ou dérangeante?
- L'estimation de la dangerosité demande expertise, discernement et un mandat professionnel clairement établi. Les critères pour estimer la dangerosité doivent s'établir en équipe et en ayant pour balise un protocole de sécurité qui permet d'objectiver les situations, de prendre un recul à l'égard des sensibilités individuelles et de réduire le stress du cas par cas. Les équipes doivent être formées, outillées et supportées en matière d'évaluation de la dangerosité.
- La collaboration de la personne à l'évaluation de sa santé mentale est très importante. L'amener à y participer autant que possible et si elle ne collabore pas, le lui faire remarquer.
- Accompagner les personnes vers leur rétablissement, tel qu'elles le définissent, demande une certaine tolérance face à l'exercice répété de l'estimation de la dangerosité. Il est possible qu'à certaines époques de la vie des personnes il faille refaire cette estimation régulièrement.
- Être à l'affût des indices qui précèdent la crise. Mettre un filet de sécurité.
- Faire un retour sur la crise lorsque retombe la poussière, afin de faire des pas de plus dans l'intervention avec la personne. Il faut faire confiance aux gens pour trouver des moyens.
- Par ailleurs, l'évaluation de la situation ne doit pas se fonder uniquement sur ce que la personne souhaite dévoiler, ce sur quoi elle souhaite travailler ou sur l'appréciation qu'elle a de sa situation. Ne pas perdre de vue que certaines personnes sont mauvaises juges de leurs capacités ou des dangers encourus.

17 – SAISIR LA CRISE ET LES RETOURS À LA RUE POUR FAIRE DES PAS DE PLUS

Les retours à la rue et les crises ne doivent pas être interprétés comme des échecs. Les saisir comme une occasion pour la personne de faire des apprentissages, de nouveaux choix et de repartir sur d'autres bases.

La réaction première des intervenantEs lorsque les personnes perdent leur logement ou qu'elles se désorganisent est de s'inquiéter et de vouloir éviter que de telles situations se produisent. Il faut savoir donner un autre sens à ces moments de crise.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il arrive que les « bas » soient nécessaires; ils permettent un processus d'intériorisation, il y a quelque chose qui s'organise là, des décisions qui se prennent.
- Si on craint souvent que la relation d'intervention soit mise à mal, se rappeler que la crise peut être l'occasion de montrer à la personne que l'intervenantE/l'équipe est digne de confiance, à la fois pour la contenir et pour demeurer auprès d'elle malgré les difficultés.
- Crises, relogements et retours à la rue permettent parfois de passer à une autre étape dans l'intervention, ce peut être l'occasion pour la personne de faire des choix et des apprentissages, de repartir sur de nouvelles bases.
- Faire équipe avec la personne, se positionner auprès d'elle, sans par ailleurs vouloir à tout prix lui éviter de vivre des échecs.
- Le retour à la rue ne signifie probablement pas la fin du suivi.
- Lorsqu'il y a retour à la rue, ne pas y voir invariablement une situation d'urgence. Reconnaître à la personne l'expertise de sa vie, et ne pas perdre de vue qu'elle a des capacités, des forces, des connaissances. Les personnes desservies ont déjà survécues à la rue et savaient s'y débrouiller.
- Après la crise, il est souvent utile de réviser le plan de prévention de la crise, de le raffiner et de l'actualiser avec la personne.

18 – FLEXIBLE ET STRATÉGIQUE À L'ÉGARD DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Il faut permettre l'expression de la colère, bien que tout ne soit pas acceptable. On doit notamment évaluer de quelle nature relève le comportement violent et distinguer entre des comportements agressifs dirigés vers l'intervenantE et ceux qui ont un autre objet. Cela dit, une balise centrale dans l'intervention est la sécurité des intervenantEs.

Offrir des services à une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux suppose de la part des cliniciens une plus grande tolérance à l'égard des comportements marginaux. Les intervenantEs s'adressent souvent à des personnes dont les comportements ont été jugés inacceptables par les services habituels. Le travail clinique nécessite de peaufiner l'évaluation des risques dans le suivi auprès des personnes, afin de distinguer entre comportements dangereux et comportements dérangeants. C'est à cette condition qu'il devient possible d'entrer en lien et d'offrir des services à des gens en marge du système de soins.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- L'intervenantE vise à ce que l'expression de la colère s'inscrive dans une démarche d'apprentissage : cibler l'objet de la colère, l'exprimer dans un lieu adéquat, etc.
- Un contrat clinique de non-agression est un outil utile pour que les limites du suivi soient claires.
- Il est important de respecter ses propres limites en tant qu'intervenantEs. On ne peut pas aider une personne que l'on craint.
- Prendre les mesures pour continuer à faire le travail en toute sécurité.
- Faire un retour sur les comportements inappropriés quelques temps après, sans dramatiser, ni banaliser.
- Cultiver son sens de l'humour!

— LES QUALITÉS ET LA VISION DE L'INTERVENANTE EN RÉTABLISSEMENT —

19 – CONSTRUIRE LE REGARD PORTÉ SUR LES PERSONNES

L'approche du rétablissement demande un travail sur soi comme intervenantE, une remise en question des anciens réflexes d'intervention et une mise à distance face aux exigences d'atteindre des résultats. Il y a un travail sur le regard à faire : apprendre à percevoir la personne à travers son potentiel et son droit à l'autodétermination. Il faut être vigilantE de ne pas faire vivre un échec aux personnes en leur imposant le regard et les valeurs de l'intervenantE.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il y a toujours un sens à ce que font les gens. Il faut le voir. Chaque individu à ses valeurs, sa normalité, ses expériences. Certaines valeurs sont plus adaptées à la survie. Se demander : qu'est-ce que la normalité POUR la personne? Quel est le problème SELON la personne? Ne pas imposer ses propres attentes comme intervenantE.
- Rester coller sur les objectifs de la personne tels qu'établis dans le plan d'intervention... et savoir accompagner la personne lorsque ses rêves et ses objectifs changent.
- Dans le travail en rétablissement, la façon de nommer les réalités importe beaucoup. On parle de forces, de qualités, d'aptitudes plutôt que de symptômes, d'incapacités, de lacunes. On parle d'épisode de consommation plutôt que de rechute.
- Pour aider la personne, il faut arriver à la voir au-delà de la maladie mentale, au-delà de la dépendance, qui ne constituent d'un aspect de sa vie. C'est à cette condition qu'il est possible de l'aider à se voir autrement, de semer le doute sur sa définition d'elle-même en tant que personne « malade », « toxicomane », « trop méfiante pour créer un lien ».
- Mettre la personne au centre de l'intervention signifie de l'accompagner sur le chemin qu'elle souhaite prendre. Cela demande une vigilance constante. Il arrive que les intervenantEs soient happés par des jugements lorsque les personnes font des choses qui les confrontent. Il est de la responsabilité de l'intervenantE d'aller chercher du soutien après de son équipe pour ne pas imposer ses propres valeurs.
- On ne doit pas perdre de vue que c'est de la vie de la personne dont il s'agit.
- Faire des jeux de rôles comme « intervenu » permet de mieux saisir l'approche du rétablissement et de la transmettre aux participantEs.
- Les chefs d'équipe ont un rôle important à jouer pour que les intervenantEs demeurent dans une approche du rétablissement, pour recentrer les suivis et recadrer les attentes des intervenantEs.

20 - AIDER LES PERSONNES À RENOUER AVEC ELLES-MÊMES (2013)

Un premier pas dans l'intervention auprès de personnes ayant un parcours d'itinérance, de toxicomanie et souffrant de troubles mentaux, consiste souvent à les aider à se reconnecter à elles-mêmes, à reprendre contact avec leurs besoins, leurs émotions et leurs valeurs.

Les personnes qui ont connu des années d'itinérance se sont parfois distancées d'elles-mêmes afin d'être dans des conditions de survie plus optimales. Certaines personnes n'ont plus conscience de ce que dit leur corps. Après des années de regards qui excluent, les personnes disparaissent, deviennent invisibles à leurs propres yeux. Il y a également un phénomène d'auto-exclusion.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut donner aux personnes le temps d'atterrir et rester à l'écoute de ce qui émerge.
- Lorsqu'on travaille avec des personnes qui ne sont pas en contact avec leurs besoins, l'intervenantE doit d'abord accompagner un retour vers soi pour ensuite accompagner le choix.
- Peu importe l'état de la personne, l'expérience de l'appartement offre l'occasion de sortir de la survie, d'avoir un temps de répit et, éventuellement, de voir sa vie à la rue sous un nouvel angle. L'expérience du logement peut notamment permettre de renouer avec une fatigue, des besoins, des inaptitudes qui rendent la vie à la rue moins attrayante.
- Permettre de retrouver l'accès aux joies simples de la vie constitue un objectif d'intervention important lorsque la personne n'est pas en lien avec elle-même. Ce peut être un long processus. Il faut du temps, un lien, un sentiment de sécurité.
- Il y a des traumatismes qui remontent. Savoir diriger les personnes vers une aide professionnelle plus adaptée en temps voulu.

21 - SE POSITIONNER À CÔTÉ DE LA PERSONNE

Un rôle principal de l'intervenant est d'accompagner la transition et la transformation de la personne; de la laisser émerger, de l'aider à se reconstruire, se redécouvrir. Pour se faire, il faut se positionner à côté d'elle et oser de nouvelles avenues.

On s'adresse à des personnes qui ont souvent été à la marge des services sociaux et de santé à cause de leur façon peu adéquate de formuler une demande, étant donné le cumul de problèmes auxquels elles font face ou encore parce qu'elles étaient méfiantes à l'égard des services existants. Une tâche importante de l'intervenantE est d'offrir un contexte d'intervention propice pour faire alliance et maintenir le lien avec des personnes marginalisées et souvent méfiantes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il faut savoir partir en neuf dans l'intervention, porter un regard exempt de préjugé et d'étiquettes (sur les capacités, sur les limites, sur la maladie mentale).
- Le mandat principal de l'intervenantE est d'amener la personne à ce qu'elle croque dans la vie. Ensuite, tout devient possible dans le travail avec la personne.
- Ça veut dire prendre des risques avec la personne, lui apprendre à oser, marcher à côté d'elle.
- Explorer avec la personne pour qu'elle trouve ses propres solutions.
- « Remettre » aux personnes le pouvoir sur leur propre vie. Se mettre en position d'apprendre d'elles, plutôt que de se positionner d'emblée dans un rôle d'expert.
- Il ne s'agit pas tant de viser la réalisation du rêve, que d'envisager le rêve comme un moteur pour que la personne se mette en marche, de le saisir comme une occasion de faire des pas avec elle vers une meilleure estime de soi et l'appropriation de sa vie.
- L'intervenantE agit tel un miroir dans lequel les personnes peuvent voir qu'elles avancent, qu'elles constatent leurs acquis, leur évolution.
- Ça veut parfois dire de se faire l'écho de la voix de la personne afin que ses besoins, ses désirs, ses priorités soient entendues.

22 – NOURRIR DES ATTENTES À LA FOIS RÉALISTES ET AMBITIEUSES

Il faut avoir des attentes et des ambitions pour la personne, sans lui en demander trop. Un enjeu important du travail d'intervention est de viser de petits pas et de mettre en valeur les petits succès accomplis par la personne.

Le travail auprès de personnes qui vivent un chevauchement de difficultés demande une vigilance particulière afin de nourrir des attentes « aidantes ».

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Le rétablissement n'est pas linéaire. Il n'y a pas de route à suivre. Avoir confiance que la personne apprend à travers ses expériences.
- Il ne faut ni perdre espoir, ni mettre la barre trop haute. Si les objectifs sont trop grands, intervenantE et participantE risquent de se décourager et de se désintéresser du suivi.
- Il faut régulièrement revoir avec la personne où elle veut aller.
- Dans le suivi à domicile auprès d'une population cumulant diverses problématiques, les outils de travail permettent de garder le cap. Certains outils d'intervention permettent de mettre l'accent sur les forces des personnes et de se centrer sur l'atteinte de petits objectifs.
- Il est important de rappeler aux personnes la nécessité de garder espoir. Et parfois l'intervenantE doit espérer à leur place jusqu'à ce que l'espoir revienne.
- Il importe également de cheminer entre espoir et réalisme afin de ne pas se brûler en tant qu'intervenantE.

23 – CULTIVER LA TÉNACITÉ ET LA PATIENCE DANS UNE INTERVENTION QUI S'INSCRIT DANS LE MOYEN ET LONG TERME

Quand l'intervention n'avance pas, que le lien n'est pas favorable, que la personne n'est pas engagée vers son rétablissement, les intervenantEs doivent miser sur la continuité et faire preuve de souplesse.

Dans certaines situations, les personnes ne désirent rien et il est particulièrement difficile de susciter une motivation ou de l'ambivalence, et il faut attendre l'étincelle. Se permettre « l'informel structuré », le « small talk » finit par porter ses fruits dans la construction d'une relation de confiance auprès de personnes méfiantes.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- La maîtrise de l'entretien motivationnel est centrale pour faire des pas concrets vers un changement.
- La création du lien avec une personne très isolée, très méfiante constitue déjà un grand pas.
- La souplesse signifie parfois de laisser tomber les démarches, d'être tout simplement à l'écoute et d'offrir à la personne son moment à elle. Aller prendre un café, garder espoir, même si ça prend des mois; se rappeler comme intervenantE qu'il est difficile et insécurisant de changer.
- Garder espoir, voir en quoi la vie de la personne est mieux qu'elle ne le fût.
- L'étoile du rétablissement est un outil concret pour travailler dans le sens du rétablissement avec des gens parfois déconnectés d'eux-mêmes. C'est l'occasion d'ouvrir sur une variété de sujets et de discuter avec la personne de sa satisfaction à l'égard des différentes sphères de sa vie.
- Si la personne ne veut pas de suivi, les possibilités comme intervenantEs en rétablissement sont limitées. Rester là, sans insister et en continuant de lui refléter qu'elle mérite mieux, que l'équipe sera là lorsqu'elle souhaitera apporter du changement dans sa vie.

24 – SAVOIR RECONNAÎTRE DE BONNES INTERVENTIONS

S'il n'y a pas de chemin déjà tracé pour réaliser de bons suivis, il y a un standard à construire sur ce qu'est une intervention réussie. Il est important comme intervenantEs de savoir reconnaître lorsqu'on est sur la bonne voie dans le cadre d'un suivi, sachant que l'intervention s'inscrit dans le moyen et long terme.

Le travail dans la communauté auprès de personnes cumulant troubles mentaux et parcours d'itinérance demande de se défaire d'idées préconçues sur des résultats à atteindre. Cela dit, les intervenantEs doivent pouvoir reconnaître de bonnes interventions et les pas accomplis vers un rétablissement, afin d'être porteurEs d'espoir auprès de la personne et de rester eux-mêmes motivés à l'égard de leur travail.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Si la personne se sent mieux, peu importe ce qu'elle fait, peu importe qu'elle soit ou non en logement.
- Une personne EST en rétablissement; un rétablissement réussi ou achevé n'existe pas. Si la personne est engagée dans un processus de rétablissement, qu'elle désire se mettre en action, qu'elle ose des choses, il y a déjà de grands pas qui sont faits, même si elle se porte moins bien demain.
- Parfois, le fait d'être en relation avec la personne, c'est déjà un résultat.
- La personne n'est plus en survie, elle commence à prendre soin d'elle.
- Faire des pas avec les personnes, croire en elles, constituent déjà des résultats positifs dans le suivi. On s'inscrit dans un processus où le « résultat » à atteindre importe moins que le fait d'avoir fait des pas AVEC la personne.
- De bonnes interventions s'évaluent à la lumière des objectifs du « client » ou de celui du « réseau »? Idéalement, par la combinaison des deux.
- Une bonne intervention se détermine notamment en fonction des points de repère identifiés par la personne. Aller voir la personne avec le plan de rétablissement réalisé au préalable avec elle et lui demander si elle estime être en partie sur le chemin qu'elle souhaitait emprunter. Faire des bilans avec elle.
- Comme intervenantE, une bonne intervention aura permis d'offrir aux personnes l'opportunité d'apprendre et d'expérimenter.
- Parmi les critères pour discerner de bonnes interventions, il y a notamment le sentiment que quelque chose de différent est en train de se passer, un sentiment de satisfaction entre les intervenantEs, l'intuition d'une réussite.

25 – ENCOURAGER LA CRÉATIVITÉ NÉCESSAIRE POUR INTERVENIR AUPRÈS DE POPULATIONS MARGINALISÉES

Offrir des services à des individus à qui les autres ressources ne répondent pas ou ne répondent plus, demande de la créativité dans la marge. Devant la complexité des situations et l'interrelation des problématiques, il est nécessaire d'intervenir au cas par cas. Il est notamment utile de multiplier les occasions d'échanger entre professionnels pour raffiner le jugement clinique, ainsi que d'avoir le support de la direction pour sortir des sentiers battus.

Les nouvelles approches sont le fruit d'ajustements constants des façons de faire pour répondre à une situation donnée. Il est également important d'avoir des formations, du soutien et des outils, pour aller au bout de son rôle comme l'intervenantE dans une approche du rétablissement. Il faut travailler la compréhension d'une approche d'intervention et de ses nombreuses subtilités dans la relation d'intervention.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Se permettre d'être déstabiliséE comme intervenantE et d'apprendre auprès des personnes.
- L'innovation dans l'intervention a diverses sources : l'expérimentation, le partage des expériences et des expertises entre collègues, le savoir des pairEs aidantEs; les moyens proposés par les participantEs.
- Lorsqu'on ne voit plus comment dénouer une situation, il est bon de faire appel à un autre regard : d'autres membres de l'équipe, des intervenantEs de l'extérieur ou des consultantEs.
- Il est utile que des gens sur le terrain transmettent leurs expertises et entrent en dialogue avec les nouvelles équipes et les nouveaux intervenantEs – tant d'un point de vue des méthodes de travail que de l'organisation du travail, car il y a énormément de choses à apprendre.
- Étant donné que l'intervenantE accompagne les personnes dans les différents domaines de leur vie, cela demande d'avoir de nombreuses connaissances et des formations sur la réalité de l'itinérance et de la santé mentale, les différentes lois et leviers légaux (P38, requête d'évaluation psychiatrique, garde en établissement, régimes de protection); les diverses démarches d'identité et de revenu; les ressources d'aide et d'hébergement à qui recommander les personnes.
- Les outils de travail utilisés dans d'autres milieux d'intervention peuvent être adaptés.
- Le support, la confiance et la compréhension des gestionnaires sont essentiels pour avoir la possibilité de tenter de nouvelles avenues dans l'intervention.

Conclusion

Cette recherche a permis de consolider une approche méthodologique qui vise l'identification des meilleures pratiques au sein d'équipes d'intervenants en santé mentale et en itinérance. Par un recours aux approches qualitatives, il permet de systématiser la construction des matériaux et une présentation de ces dernières sous la forme de récits et de consensus de pratiques.

Les résultats de cette recherche ont déjà commencé à se faire sentir au cours de sa réalisation. Soulignons le très grand intérêt des professionnels des équipes tout au long du projet et dans ses suites. L'appropriation par les équipes de l'ensemble de la démarche favorise le développement d'un savoir et d'une méthode d'analyse des pratiques professionnelles. Le milieu de pratique devient alors porteur de cette capacité de distanciation, d'analyse et de développement de la pratique en nommant les aspects communs et divergents des pratiques. Plusieurs intervenants ont exprimé leur intérêt de relire leurs interventions sous la forme de récits de pratiques, pour la mise à distance que permettent les récits. Au fur et à mesure que sont produits les récits, ces derniers vont servir aux échanges entre intervenants et à la formation. De nouveaux intervenants qui se sont joints aux équipes ont grandement bénéficié de la lecture des récits en construction. Des intervenants qui ont repris des suivis en cours d'année ont également apprécié de lire les interventions réalisées auprès de la personne. Chez Diogène, des récits de pratiques ont déjà été utilisés pour entrer en dialogue avec d'autres praticiens.

Les usages de cette démarche peuvent s'effectuer à des moments ou dans des situations diversifiées : bilan annuel, représentation auprès des instances internes ou des organisations externes, accueil des stagiaires et du nouveau personnel, retour sur des enjeux spécifiques pour réfléchir à la cohérence des pratiques. Dans leur rôle de formateur auprès des divers acteurs itinérance ou des étudiants en formation initiale, ce projet donnera aussi aux intervenants un matériel susceptible d'être utilisé pour illustrer la très grande complexité des pratiques auprès des personnes en situation d'itinérance. Les équipes vont aussi pouvoir légitimer leurs pratiques et orientations. La démarche proposée peut être réutilisée pour rendre visible, valoriser, argumenter et défendre l'originalité et la pertinence du travail des Équipes itinérance. La réflexion et l'analyse des pratiques deviennent alors une opportunité de mieux nommer la spécificité de ces dernières et de les situer par rapport à l'ensemble des services offerts aux personnes itinérantes.

Au-delà de l'appropriation interne de la démarche et de ses résultats, la diffusion de ces résultats à une communauté plus large d'intervenants en itinérance est souhaitable. Le site Internet permettra, notamment par la présentation des consensus de pratiques, de poursuivre cette diffusion et éventuellement d'enrichir les résultats du projet. La disponibilité des récits de pratique se fera petit à petit dans le respect des règles déontologiques et de la nécessaire confidentialité des praticiens et des personnes en situation d'itinérance. De plus, ce projet pourra être poursuivi par d'autres initiatives du même genre, qui complèteraient la « banque » de récits et de consensus.

Les récits de pratiques et les consensus identifiés mettent en évidence les défis d'une approche de recherche qui repose sur une participation active des praticiens. Sur un temps relativement court (un

peu plus d'un an et demi) il aura été possible de croiser des temporalités et des espaces de travail qui ne fonctionnent pas toujours selon les mêmes logiques. En fait, si la majorité des intervenants se sont beaucoup impliqués dans ce projet en suivant son développement à différentes étapes, force est de constater que le véritable travail de co-construction d'une connaissance sur la pratique reste un défi majeur. Nous avons mis au centre de ce projet la validation par les intervenants à travers une approche qui mise sur leur expertise d'intervention pour établir la légitimité des pratiques. Les cliniciens sont déjà forts occupés et les véritables conditions pour réaliser ce travail – en termes de disponibilité et de ressources – ne sont pas toujours possibles à réunir. Est-il souhaitable de le faire? Nous avons joué ici un double rôle « d'éditeur » dans les choix qui ont présidé à la constitution des récits de pratique et de rédacteur technique, comme si nous mettions notre « plume » au service des intervenants des équipes. Il n'aura pas été possible de susciter leur implication dans la rédaction des récits, faute de temps. Par ailleurs, les commentaires exprimés lors des rencontres inter-équipes et dont nous avons largement fait part dans ce rapport de recherche démontrent la volonté des intervenants de prendre la parole, sous des formes souvent fragmentaires, mais très pertinentes. Lors de l'exercice de validation des récits, les intervenants ont par ailleurs été généreux de remarques pour préciser, améliorer, nuancer leur histoire.

Du point de vue de la recherche sur les « meilleures pratiques », ce projet constitue une contribution originale au secteur de l'itinérance. Le défi de l'identification de ces pratiques est double : 1. comment identifier les meilleures pratiques lorsque les contextes ont une influence si importante sur la nature des problématiques et des solutions qui peuvent être apportées?; 2. comment ces « meilleures pratiques » peuvent-elles favoriser une prise en compte de la complexité sans se réduire à quelques trucs ou techniques qui seraient peu significatifs pour l'intervention? L'intuition de départ de ce projet était que les pratiques des équipes étaient assez similaires dans les trois équipes du projet Chez soi où elles existent. La journée inter-équipe aura réintroduit avec force l'importance de la diversité des contextes et des nuances à mettre en œuvre pour appliquer des principes et des orientations. Les pratiques doivent être adaptées aux contextes, elles doivent être revues selon les exigences du lieu de pratique et des problématiques prédominantes. En ce sens, il apparaît au terme de cette démarche que l'élaboration des consensus de pratique est un exercice qui ne peut prendre pleinement son sens que si l'on ose aussi discuter de la diversité et des variations dans la réponse à certaines manières d'agir. Il faudrait aussi oser ouvrir cet espace de discussion sur les « mauvaises » pratiques en itinérance qui ne peuvent se réduire au profilage social des forces policières. Les pratiques en itinérance ne sont pas que consensuelles, elles sont traversées par des oppositions et des contradictions qui ne doivent pas être vues que comme des erreurs, mais comme une manifestation de la complexité de l'itinérance. Toutefois, il devient essentiel pour progresser dans la lutte à l'itinérance de saisir la manière dont certaines actions sont plus adéquates sans vouloir pour autant uniformiser ou standardiser les pratiques. C'est le pari de ce projet et de la mobilisation de la recherche pour une amélioration de l'action auprès de personnes en situation d'itinérance.

Bibliographie

- Argyris, C. 1995. *Savoir pour agir* (traduction de *Knowledge for Action*, 1993). Paris : InterÉditions.
- Audet, G. 2008. « La relation enseignant-parents d'un enfant d'une autre culture sous l'angle du rapport à l'altérité », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 34, n° 2, 2008, p. 333-350.
- Barbier, J.M. 1996. « L'analyse des pratiques : questions conceptuelles ». in *L'analyse des pratiques professionnelles*, (sous la dir. de) C. Blanchard-Laville et D. Fablet. Paris : L'Harmattan, p. 29-56.
- Barrow, S.M., D.B. Herman, P. Cordova et E.L. Struening. 1999. « Mortality Among Homeless Shelter Residents in New York City ». *American Journal of Public Health*, vol. 89, no 4, p. 529-534.
- Bellot, C. *Sortir de la judiciarisation : soutenir la reconnaissance des droits des personnes itinérantes à Montréal*. Mémoire pour la Commission parlementaire sur le phénomène de l'itinérance, 2008.
- Boydell, K., P. Goering et T.L. Morell-Bellai. 2000. « Narrative of Identity: Re-presentation of Self in People who are Homeless ». *Qualitative Health Research*, vol. 10, no 1, p. 26-38.
- Carrière, S., R. Hurtubise et É. Lauzon. 2003. *Les défis de l'intervention en CLSC auprès des personnes itinérantes*. Synthèse d'une journée d'échanges tenue le 15 novembre 2002. Montréal : CLSC des Faubourgs et CRI, 11 p.
- Chen, J.H., R.A. Rosenheck, W.J. Kaspro et G. Greenberg. 2007. « Receipt of Disability through an Outreach Program for Homeless Veterans. *Military Medicine* ». vol. 172, no 5, p. 461-465.
- Couturier, Y. et S. Carrier. 2003. « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, p. 68-79.
- Cunningham, C.O., J.P. Sanchez, D.I. Heller et N.L. Sohler. 2007. « Assessment of a Medical Outreach Program to Improve Access to HIV Care Among Marginalized Individuals ». *American Journal of Public Health*, vol. 97, no 10, p. 1758-1761.
- Daiski, I. 2005. « The Health Bus: Healthcare for Marginalized Populations ». *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 6, n° 1, p. 30-38.
- Demazière, D. et Dubar, C. 1997. *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*. Paris : Nathan.
- Denoncourt, H., M. Desilets, M.-C. Plante, J. Lapante et M. Choquet. 2000. « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes ». *Santé mentale au Québec*, vol. 25 no 2, p. 178-193.
- Desai, M.M. et R.A. Rosenheck. 2005. « Unmet Need for Medical Care Among Homeless Adults with Serious Mental Illness ». *General Hospital Psychiatry*, no 27, p. 418-425.

- Farrell, S.J., J. Huff, S.-A. MacDonald, A. Middlebro et S. Walsh, 2000. « Taking it to the Street: A Psychiatric Outreach Service in Canada ». *Community Mental Health Journal*, vol. 41, no 6, p. 737-746.
- Fournier, A., B. Godrie, C. McAll, Y. Coiteux, L. Dion, N. Séguin et G. Wibaut. 2007. *La nécessité d'être frontaliers : quand les populations marginalisées sont au centre de l'intervention*. Un projet de recherche-action participative et évaluative réalisé par le CREMIS et l'Équipe itinérante du CSSS de Laval. Montréal : CREMIS, 132 p.
- Fournier, L. et C. Mercier. 1996. *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*. Montréal : Éditions du Méridien, 341 p.
- Frankish, J.C., S.H. Hwang et D. Quantz. 2005. « Homelessness and Health in Canada: Research Lessons and Priorities ». *Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 2, p. s23-s29.
- Friedland, G.H. et A. Williams. 1993. « Attaining Higher Goals in HIV Treatment: The Central Importance of Adherence ». *AIDS*. vol. 13, suppl. 1, p.S61-S72.
- Geddes, J., R. Newton, G. Young, S. Bailey, C. Freeman et R. Priest. 1994. « Comparison of Prevalence of Schizophrenia Among Residents of Hostels for Homeless People in 1966 and 1992 ». *British Medical Journal (International Edition)*, vol. 308, no 6932, p. 816-819.
- Grunberg, J.S. 1997. *From the ground up: Homelessness and status-centered outreach*. Dissertation Abstracts International Section A : Humanities and Social Sciences, Vol 58 (1-A), p. 0297.
- Harris, S.N., C.T. Mowbray et A. Solarz. 1994. « Physical Health, Mental Health, and Substance Abuse Problems of Shelter Users ». *Health & Social Work*, vol. 19, no 1, p. 37-45.
- Hurtubise, R. et P-O Babin (2010). *Les Équipes itinérance en santé du Québec. Description de pratiques innovantes*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke. Rapport de recherche déposé au SPLI. 84 pages.
- Hurtubise, R et P-O Babin (2010) *Cahier des récits de pratiques des Équipes itinérance en santé du Québec*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke. 113 pages.
- Hurtubise, R et M-C Rose (2013). *Cahier des récits de pratiques des équipes du projet Chez soi à Montréal*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke et Montréal, CRÉMIS. 274 pages.
- Hurtubise, R., S. Roy, M. Rozier et D. Morin. 2007. « Agir sur sa santé en situation d'itinérance ». in *L'itinérance en questions*, (sous la dir. de), S. Roy et R. Hurtubise, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 355-374.
- Hurtubise, R et M. Vatz Laaroussi. 2001. « Analyse des pratiques d'intervention, restitution et validité. Une expérience de recherche-formation avec des travailleurs de rue ». *Revue internationale de psychosociologie*.
- Hurtubise, R., M. Vatz Laaroussi, S. Dubuc et Y. Couturier. 1999. « Une formation-milieu par l'analyse des pratiques professionnelles : le cas du travail de rue ». in *L'intervention : les savoirs en action*, (sous la dir. de) G. Legault. Sherbrooke : Éditions GGC.

- Hwang S.W., G. Tolomiczenko, F.G. Kouyoumdjian et R.E. Garner. 2005. « Interventions to Improve the Health of the Homeless: A Systematic Review ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 29, no 4, p. 311-319.
- Hwang, S.W. 2000. « Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario ». *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 283, no 16, p. 2152-2157.
- Khandor, E. et K. Mason, 2007. *The Street Health Report 2007*. Toronto : Street Health. <http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>
- Kushel, M.B., E. Vittinghoff et J.S. Haas. 2001. « Factors Associated with the Health Care Utilization of Homeless Persons ». *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 285, no 2, p. 200-206.
- Lecomte, Y. 2003. « Développer de meilleures pratiques ». *Santé Mentale au Québec*, vol. 28, no 1.
- Marks, S.M., Z. Taylor, N.R. Burrows, M.G. Qayad et B. Miller. 2000. « Hospitalization of Homeless Persons With Tuberculosis in the United States ». *American Journal of Public Health*, vol. 90, no 3, p. 435-438.
- McKeown, T., et M.-C. Plante. 2000. « L'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs de Montréal ». in *L'errance urbaine*, (sous la dir. de) D. Laberge. Québec : MultiMondes, p. 391- 402.
- Nadeau, L. 2003. « Le processus d'élaboration des lignes directrices pour de meilleures pratiques : l'exemple des troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie ». *Santé Mentale au Québec*, vol. 28, no 1.
- Pelletier, J.-F., Piat, M. Côté, S. et H. Dorvil. 2009. *Hébergement, Logement et Rétablissement en Santé Mentale: Pourquoi et Comment Faire évoluer les Pratiques?* Montréal, PUQ.
- Ploin D., Maisonneuve H., Touzet S. et Y Matillon. 2004 Recommandations, consensus, qualité des soins : de quoi parle-t-on? *Archives de pédiatrie*, Vol 6, Juin 2004, 703-705.
- Poirier, H., J.-P. Bonin, A. Lesage et D. Reinharz. 2000. « Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach ». *Santé mentale au Québec*, vol. 25, no 2, p. 195-215.
- Power, C. et J. Attenborough. 2003. « Up from the Streets: A Follow-up Study of People Referred to a Specialist Team for the Homeless Mentally Ill ». *Journal of Mental Health*, vol. 12, p. 41-49
- Roy, S. et C. Grimard. 2006. *L'itinérance : une question complexe. Survol de la littérature scientifique*. Rapport de recherche produit pour l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.
- Roy, S. et R. Hurtubise. 2007. *L'itinérance en questions*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, S., D. Morin, F. Lemétayer et C. Grimard. 2006. *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Montréal : Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, 179 p.

- Schön D. A. 1996. *Le tournant réflexif* (traduction de *Educating the Reflective Practitioner*, 1987). Montréal : Éditions Logiques.
- Snow, D.A. et L. Anderson, 1987. *Down on their Luck*. Berkeley : University of California Press.
- St-Arnaud Y. 1995. *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Stein, J.A., M.C. Lu et L. Gelberg. 2000. « Severity of Homelessness and Adverse Birth Outcomes ». *Health and Psychology*, vol. 19, no 6, p. 524-534.
- Thibaudeau, M.-F. 2000. « L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes ». in *L'errance urbaine*, (sous la dir. de) D. Laberge. Québec : Éditions Multimondes, p. 313-328.
- Wadd, S.L., S.J. Hutchinson, A. Taylor, S. Ahmed et D. J. Goldberg. 2006. « High Risk Injecting Behaviour in Hostel Accommodation for the Homeless in Glasgow 2001-02: A Study Combining Quantitative and Qualitative Methodology ». *Journal of Substance Use*, vol. 11, no 5, p. 333-341.
- Webb, E. 1998. « Children and the Inverse Care Law ». *British Medical Journal*, vol. 316, p. 1588-1591.
- Weinreb, L. et coll. « Disorders and health problems : overview », dans D. Levinson (Ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, vol. 1, Thousand Oaks, Sage Publication, 2005, p. 115-123.

ANNEXE 1 Compte rendu de la première rencontre inter-équipes

Récits de pratique et consensus d'experts dans le cadre du projet Chez soi de Montréal



Rencontre des trois équipes cliniques du projet Chez soi : *une occasion de se regarder aller et de transmettre à d'autres*

28 avril 2011

Au campus de Longueuil de l'Université Sherbrooke



- COMPTE RENDU -

Préparé par Marie-Claude Rose

Mai 2011

Le déroulement de la rencontre

Nous nous sommes rencontrés au campus de Longueuil, l'après-midi du 28 avril 2011: intervenantEs des trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal issuEs de divers champs de spécialités, cheffEs de programme, cheffes d'équipe et chercheurEs. Plus d'une année de travail d'intervention dans le cadre du projet s'était écoulée et nous étions à un mois d'une rencontre devant réunir, à Vancouver, les intervenantEs des cinq sites du projet de Chez soi au Canada. Le moment est apparu bien choisi pour faire un pas de côté.

Les objectifs de la rencontre étaient, 1) de faire le point sur les apprentissages des intervenantEs en matière d'interventions lorsqu'on s'adresse à une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale et, 2) d'amorcer l'identification d'orientations et de priorités d'interventions préconisées par les clinicienNEs.

La rencontre s'est déroulée en trois temps. D'abord, chacunE s'est présentéE en racontant un apprentissage, une découverte lié travail d'intervention dans le cadre du projet Chez soi. (***Cet échange est rapporté au point 1.0.***) Le groupe s'est ensuite divisé en quatre sous-groupes afin d'échanger sur divers enjeux centraux de l'intervention. Ces enjeux avaient préalablement été dégagés de l'analyse de récits de pratiques - écrits ou en écriture – issus de chacune des équipes cliniques. L'objectif de ces discussions était de faire un partage d'expériences et de cibler certaines pratiques d'intervention prometteuses. (***La démarche est expliquée au point 2.0 et les discussions sont rapportées en annexes.***) Enfin, en plénière, nous avons échangé sur les divers constats d'intervention ramenés par chaque sous-groupe. (***Les constats sont présentés au point 3.0.***)

À la fin de la rencontre, il a été convenu qu'un compte-rendu serait produit afin de consigner cet échange et que nous partirions de là lors d'une éventuelle rencontre à l'automne, si les intervenantEs estiment pertinent de poursuivre ce travail de réflexion sur les orientations et priorités dans l'intervention s'adressant à une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale.



26 personnes étaient présentEs à la rencontre :

Isabelle Blanchette (Équipe SIV, Diogène); **Sylvie Breton** (Stagiaire, Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jennifer Bumbray** (Équipe SIV, Diogène); **Nancy Côté** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Stéphanie Desnoyers** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Bertrand Gagné** (Directeur, Diogène); **Sabine Georges** (IPS); **Sylvie Grenier** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Karine Grenon** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Roch Hurtubise** (Université de Sherbrooke); **Maxime Jalbert** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Nancy Keays** (Cheffe d'équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Nancy Lalime** (Équipe SIV, Diogène); **Philippe Langlais** (Équipe SIV, Diogène); **Éric Léonard** (Équipe SIV, Diogène); **Nathalie Marchand** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Liliane McNicoll** (Équipe SIV, Diogène); **Suzelle Parent** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Marie-Carmen Plante** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Nathalie Rochette** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Marie-Claude Rose** (Université de Sherbrooke); **Marie-Ève Simard** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jessica Soto** (Cheffe d'équipe SIV, Diogène); **Heidi Théberge** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Claire Thiboutot** (Cheffe de programme, CSSS Jeanne-Mance); **Diane Vadeboncoeur** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance).



1.0 - Comme intervenantE, qu'est-ce qu'on apprend?

En guise de tour de table et pour apprendre à se connaître, les intervenantEs ont été invitéEs à présenter un apprentissage, une découverte réalisé au cours de la dernière année en regard de son travail d'intervention.

Comme intervenants, qu'apprenez-vous? En regard du suivi? De la population desservie? Quand vous parlez avec d'autres de votre expérience au projet Chez soi, quels apprentissages nommez-vous?

Tour à tour, chaque intervenantE a collé au mur un papier où était inscrit cet apprentissage, avec la consigne de le placer près d'un autre papier exprimant une idée similaire, le cas échéant.

Intervention clinique VERSUS mon vécu (santé mentale, toxico, itinérance) et mon implication « par et pour » dans les ressources alternatives.

Fonctionnement d'une équipe SIM.

Des tas de nouveaux acronymes!

Partager le même espace de travail.

Les défis de travailler en dehors d'un bureau; très différent du travail dans les centres d'hébergements ou de la thérapie.

Développer une meilleure adaptabilité à intervenir au sein de la communauté.

Comme cheffe d'équipe, lier intérêts des intervenants et celui des participants.

Apprendre à manifester de l'ouverture à partager mon expérience.

Complexité des situations.

Supporter les gens à plusieurs niveaux semble être gagnant (logement, financier, clinique).

On offre des ressources matérielles, oui, mais demeure plusieurs défis.

Interrelation des problématiques.

Enjeu majeur que représente la consommation VERSUS itinérance ou santé mentale.

Immigration et tous les défis face à l'intervention multiculturelle.

Flexibilité, créativité dans le suivi.

Créativité pour trouver des solutions cas par cas.

Apprentissages au niveau de la santé mentale.

La subtilité de plusieurs diagnostics et comment intervenir en conséquence.

L'écoute. La personne est maître de sa vie. Être l'élève au lieu de l'enseignant.

Humilité. Patience.

Faire confiance à l'expertise de vie de l'humain.

Gestion du stress et se détacher de ce qui ne nous appartient pas.

Flexibilité. Adaptation au quotidien.

Redécouvrir l'accueil intégral et complet.

Approche du rétablissement : gestion des risques et organisation du temps.

Focuser ailleurs que sur la santé mentale. Aider les personnes à trouver un intérêt, à croquer dans la vie.

Patience, respect du rythme.

Comprendre ce que signifie le rétablissement dans la pratique = Long terme, apprendre de ses erreurs, libre choix, pas de prise en charge.

Diminuer les exigences face à la salubrité / propreté d'un logement et accompagnement de la personne dans le processus de logement.

Les grandes idées :

- **Le constat de la complexité des situations, et la nécessité d'intervenir cas par cas, en faisant preuve de flexibilité et de créativité.**
- **Le travail à faire sur soi comme intervenant : humilité, patience. Avoir confiance dans les capacités des personnes. Se mettre en posture d'apprendre d'elles, plutôt que de se positionner d'emblé dans un rôle d'expert.**
- **Les apprentissages cliniques, sur les diagnostics en santé mentale.**
- **Les apprentissages sur la réalité de l'itinérance**
- **L'organisation d'un travail d'équipe et du travail dans la communauté à apprivoiser.**

2.0 - Échanges sur nos pratiques d'intervention : qu'apprend-on les unEs des autres?



Au coeur de la rencontre, les clinicienNEs se sont répartiEs en 4 groupes de discussion. Chaque sous-groupe était composé d'intervenantEs issuEs des trois équipes cliniques, afin de favoriser un échange d'expériences.

UnE animateurE avait la charge d'animer et de prendre en note l'échange dans chacun des sous-groupes. Pour chacun des enjeux discutés, plusieurs questions étaient suggérées. Les intervenantEs étaient libres d'échanger sur toutes les questions ou sur certaines d'entre elles.

Quatre grands enjeux de l'intervention ont été abordés, tels qu'ils sont ressortis de l'analyse transversale des récits de pratiques - écrits ou en écriture - des trois équipes cliniques :

- **la sortie de la rue et l'entrée en logement**
- **vivre en logement**
- **le suivi auprès d'une population en santé mentale**
- **le rôle de l'intervenantE**

La discussion s'est déroulée comme suit. Dans la première heure, les intervenantEs ont fait un retour sur leurs expériences d'intervention respectives. Puis, dans un deuxième temps, une dizaine de minutes ont été consacrées pour cibler trois orientations à privilégier dans l'intervention.

a) Un échange d'expériences entre clinicienNEs:

Dans votre travail d'intervention, qu'apprend-on à l'égard de l'enjeu discuté?

Quelles sont les stratégies d'intervention qui ont été mises de l'avant dans chacune des équipes?

Des pratiques et des découvertes d'intervention intéressantes sont ...

Des questionnements, des écueils qui demeurent ...

b) Cibler trois constats

À la suite de cette discussion, quels sont des constats et des orientations d'intervention qui se dégagent? Que faut-il prioriser dans l'intervention? Que souhaitez-vous transmettre à d'autres intervenantEs en matière d'orientations d'intervention, afin de répondre aux spécificités d'une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale?

Identifier 3 principaux constats ou orientations.

→ **Les échanges des quatre groupes de discussion sont rapportés en annexes.**

3.0 - Plénière. Constats et orientations d'intervention : que veut-on transmettre à d'autres?



Après la pause, dans un troisième temps de la rencontre, les intervenantEs sont se réunies en plénières pour échanger sur les constats d'intervention ressortis de chaque sous-groupe de discussion.

Que retient-on comme priorités et orientations d'intervention?

Quelles sont les pratiques d'interventions qui apparaissent les plus prometteuses?

Que prioriser dans l'intervention?

Qu'est-ce qui se dégage de cette expérience comme étant à communiquer à d'autres?

A - Sortie de la rue et entrée en logement

1- L'intensité au début du suivi détermine la suite en logement. Il est essentiel de trouver temps et moyens pour accompagner la personne à apprivoiser son nouveau mode de vie et lui permettre de vivre des succès.

- Dans l'intervention, il faut arrimer espoir et réalisme; aider la personne à cheminer entre ces deux pôles;
- Il y a un équilibre à trouver au départ du suivi entre installation en logement (démarches administratives, connaître son quartier, etc.) et projet de vie de la personne;
- Une stratégie d'emménagement étapes par étape serait à détailler. Par exemple, emménagement, visite au CLSC, ressources du quartier, etc.;
- Étant donné que notre emploi du temps est chargé et qu'il est important d'arrimer rapidement les personnes à leur milieu, il est intéressant de visiter des ressources communautaires avec un groupe de participantEs plutôt qu'en individuel;
- Quand on constate qu'une personne est plus fragile, augmenter le nombre de visites par semaine.
- Pour offrir une intensité de suivi malgré un emploi du temps chargé, il est utile de garder un contact régulier par téléphone. Un petit coup de fil peut faire une grosse différence;
- Nous devons faire preuve d'écoute et de créativité, compte tenu que chaque personne a des besoins spécifiques;

2- On n'utilise pas suffisamment l'expérience de la rue des personnes pour nourrir la transition vers le logement. On ne sait pas toujours comment l'utiliser.

- Les personnes avaient une routine dans la rue, comment accompagner un nouveau mode de vie en tablant sur ces anciens acquis?

3 – Puisqu'on ne connaît pas les gens qui s'installent en logement, différentes sources d'informations sont utilisées par les clinicienNEs pour établir un lien avec les personnes.

- Il faut garder en tête de prendre le temps pour connaître la personne, on ne peut pas couper là, la création d'un lien de confiance en dépend;
- Considérer la personne comme l'experte de sa vie et lui faire confiance afin que la personne s'ouvre, se découvre, et que s'établisse une collaboration entre participantE et intervenantE;
- Les visites à domicile permettent de connaître peu à peu la personne : les murs la reflètent;
- Saisir les opportunités, être créatif pour aider la personne à reprendre du pouvoir sur sa vie. Chaque occasion, chaque démarche peuvent être une opportunité.
- Il apparaît important d'ajuster le plan de crise au cours des premiers mois de suivi, au fur et à mesure qu'on apprend à connaître la personne.

Discussion en plénière

- Quelles sont les raisons qui motivent la personne à sortir de la rue? Il faut miser sur cela dans l'intervention, tenir le fil.
- On oublie trop souvent d'accompagner la sortie de la rue. Il faut non seulement préparer l'entrée en logement, mais aussi la sortie de la rue.
- On fait trop facilement l'équation sortie de la rue = entrée en logement, alors que ça ne va pas de soi, ce n'est pas miraculeux.

- Il faut prendre le temps nécessaire pour accompagner cette transition.
- Le logement est un levier, mais c'est aussi un stress important qui peut occasionner une augmentation des symptômes de la maladie mentale. Il y a un tout un travail d'accompagnement à l'égard des inconvénients de la vie en logement
- Faudrait-il une étape transitoire entre rue et logement? L'importance de préparer la transition.
- La rue aussi peut être thérapeutique.

B - Vivre en logement

1 – Il faut « faire avec » la personne pour la sécuriser et la motiver afin de se maintenir en logement.

- Accompagner la personne : à développer des habilités, connaître le quartier, trouver des intérêts
- Accompagner pour réduire l'anxiété, pour faire quelque chose une première fois
- Aller au CLSC comme porte d'entrée sur les ressources du quartier
- Soutenir les liens avec les acteurs autour du logement
- Ne rien prendre pour acquis en ce qui concerne les compétences des personnes à vivre en logement. Favoriser les apprentissages. Permettre aux personnes d'élargir leurs connaissances. Être créatif.
- S'investir en tant qu'intervenantE

2 – Il est important de mettre beaucoup d'intensité dans les visites et les accompagnements au cours des premiers mois de suivi. D'accompagner la transition.

3 – Comment accompagner la transition de l'abri à l'appartement? CertainEs participantEs témoignent de peu d'intérêt à garder leur chez soi (particulièrement au SIM). Comment les motiver, stimuler l'intérêt, les rendre disponible? Quel recul prendre face à ce peu d'investissement?

- Accepter que la personne puisse ne pas être prête.
- Rester humble. Est-ce un échec pour l'intervenantE ou pour la personne si la personne ne s'approprie pas son appartement? Possible qu'un logement ne soit pas une nécessité pour être unE citoyenNE à part entière.
- Travailler avec ce que souhaite la personne. Même si ce ne sera pas le chemin le plus court.
- Attention à ne pas faire vivre un échec aux personnes en leur imposant notre regard, nos valeurs.
- Continuer à croire au potentiel des personnes, malgré les difficultés, les échecs.
- La perte d'un logement peut être l'occasion d'apprentissages importants.

Discussion :

- Abri VS appartement. Certaines personnes, qui ont un faible sens du soi, ne s'approprient pas leur logement. Comme intervenantE, aller chercher le sens derrière l'appropriation ou la non-appropriation du logement
- Il y a des compétences à vivre en logement, mais il y a aussi l'identité autour du logement.
- Valoriser la débrouillardise actualisée dans le cadre du logement.

- Favoriser l'expérimentation, afin de trouver un sens au logement et favoriser un projet de vie. Laisser les personnes expérimenter et aller au bout de leur sens du logement.
- Un logement, pourquoi? Aller rejoindre les personnes là où elles sont. Il y a un choc culturel entre la rue et le logement. Colonisation? Quelle transition fait-on entre la leur et la nôtre?
- Apte ou inapte à vivre en logement? La personne est-elle en danger dans un appartement autonome? Un questionnaire qui revient souvent dans l'équipe SIM.
- Tension entre respect du rythme et socialisation au logement. Tension entre apprentissage et colonisation. Y a-t-il parfois nécessité de mettre entre parenthèse le respect du rythme?
- Donner aux personnes l'opportunité d'expérimenter suffisamment longtemps la vie en logement afin qu'elles puissent ensuite faire un choix éclairé.
- Le voisinage, les acteurs autour du logement supposent des contraintes, mais ce sont également des paramètres vers une socialisation au logement.

C - Les spécificités de l'intervention auprès d'une population en santé mentale

1 – Il est important de ne pas réinventer la roue et d'aller vers les ressources qui existent déjà dans le milieu. Collaboration avec les ressources du milieu = reconnaissance de leur expertise VS usage des services.

2 – Ne pas confondre gestion du risque et évaluation de la dangerosité. Le travail de l'intervenantE consiste à évaluer la dangerosité. On n'a pas comme intervenantE à gérer les risques que prennent les personnes.

- Informer et outiller la personne à l'égard des risques qu'elle prend.
- Se doter d'un protocole de sécurité, afin d'objectiver les situations et de prendre de la distance face aux sensibilités subjectives.
- L'importance du travail d'équipe et des échanges dans l'évaluation de la dangerosité.

3- Comme intervenantEs le travail consiste à 1- reconnaître les forces et valeurs des personnes, 2 –être à l'écoute et se mettre au service de la direction que les personnes souhaitent prendre. Ce sont les personnes qui sont les maîtres d'œuvre du chemin à prendre.

- Comme intervenantE, être lucide sur nos attentes, sur ce qui nous appartient dans la relation.
- La personne au centre, ça ne veut pas dire d'en faire la cible de nos interventions.

Discussion :

- Qu'est-ce que la normalité POUR la personne?
- Quel est le problème SELON la personne?
- Intervention (militaire) VS accompagnement
- Gestion des risques (laisser la personne prendre ses risques) VS dangerosité (à évaluer)
- Dérangeant ou dangereux?
- La dangerosité n'est pas définie par la loi au Canada.
- Quels sont les critères d'une intervention réussie? Ce pourrait être quand on en parle en équipe avec une émotion positive.

D - Le rôle de l'intervenantE

1- Le rôle de l'intervenantE est de faire rejaillir les forces chez les personnes.

- S'intéresser à elle, en général, comme personne entière. La questionner sur qui elle est;
- Apprendre à la connaître au fil du temps;
- Semer le doute sur sa définition d'elle-même en tant que personne « malade ».
- Contribuer à enlever les étiquettes chez la personne et dans son entourage : la maladie ne résume pas la personne, bien que ça fasse partie d'elle.

2- On s'inscrit dans une relation thérapeutique qui sort des cadres établis et où l'on côtoie l'intimité de la personne. Les intervenantEs doivent faire preuve de créativité, de souplesse, d'adaptation; ils et elles doivent s'informer et innover.

- Se permettre d'être déstabiliséE comme intervenantE, et d'apprendre auprès des personnes;
- Se permettre « l'informel structuré ». Le « small talk » fini par payer dans la construction d'une relation de confiance auprès de personnes souvent méfiantes;
- On est dans une relation thérapeutique, car il y a des objectifs d'intervention. Cependant, il y a une pluralité de moyens, d'accompagnements, d'activités possibles. Quand les objectifs d'intervention sont clairs, des accompagnements variés, dans la créativité et la souplesse sont possibles dans une visée thérapeutique;
- Dans le cas du SIM, où il y a plusieurs intervenantEs autour d'une personne, il est très important de préparer la rencontre pour garder le cap des objectifs d'interventions.

3- Dans l'établissement d'une relation de confiance, une balise importante de l'intervention est de clarifier les rôles (comme intervenantE et comme équipe) et d'être à l'affût des possibles glissements dans la compréhension du sens de la relation chez la personne.

Discussion :

- Ce sont des adultes, des personnes débrouillardes. Se mettre en posture d'apprendre auprès d'eux;
- Quand l'intervenantE est perçuE dans un rôle de surveillance, il est difficile d'établir un lien égalitaire, thérapeutique avec la personne. Il faut répéter ce pourquoi on est là;
- Oser être humain, vulnérable, reconnaître ses erreurs;
- UnE intervenantE est une personne comme une autre ... mais qu'est-ce qui nous distingue?
 - L'équipe SIM : un groupe de personnes spécialisées
 - Objectifs de l'intervenantE: arrimer aux services, agir comme « broker »
 - L'expertise de l'intervenantE : contribuer à l'auto-détermination des personnes
 - Rôle : favoriser la rencontre des expertises. L'intervenantE se met au service des connaissances des personnes.
- La compétence la plus importante chez l'intervenantE est le savoir être; vient ensuite le savoir faire. Le plus important pour les personnes qui reçoivent des services est la qualité des intervenantEs qu'elles croisent sur leur route.
- Certaines interventions ne peuvent pas se faire dans l'accompagnement : ex. une psychiatre doit signer le statut de contrainte à l'emploi pour augmenter les prestations d'aide sociale.



Échanges sur les pratiques d'intervention ...

Atelier 1 – Sortie de la rue et entrée en logement

Animatrice : Claire Thiboutot - Cheffe de programme, CSSS Jeanne-Mance

IntervenantEs : **Isabelle Blanchette** (Équipe SIV, Diogène); **Nancy Côté** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Éric Léonard** (Équipe SIV, Diogène); **Marie-Carmen Plante** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Nathalie Rochette** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance).

Enjeu : Accompagner la sortie de la rue est un moment charnière de l'intervention. Les intervenantEs ne connaissent pas la personne qui est d'emblée localisée en appartement : on apprend à la connaître, et la personne apprend parfois à se connaître elle-même, dans le contexte de l'appartement. L'entrée en logement induit couramment une crise : elle peut être associée à une augmentation du stress et des symptômes de la maladie mentale. À cela s'ajoute que les personnes sont parfois sans papier et sans revenu.

Quelques pistes de discussion proposées lors de l'échange:

1.1 – Faire la transition vers un toit

Comment travaille-t-on la transition de la vie à la rue à celle de l'appartement? Quelles interventions sont les plus prometteuses?

Que faut-il savoir sur la réalité de l'itinérance pour bien intervenir? Quels sont les acquis de l'expérience de la rue sur lesquels on peut tabler pour accompagner une personne à intégrer un appartement?

1.2 – Moment charnière de l'intervention et intensité du suivi

Que signifie un suivi intensif dans l'accompagnement de la sortie de la rue et l'entrée en logement?

Quelles sont les interventions indiquées afin de limiter les risques liés à la perte de certains facteurs de protection lorsque la personne passe de la rue au logement?

À quel moment délaisse-t-on l'intensité du suivi et comment fait-on?

1.3 – On ne connaît pas les personnes lorsqu'elles emménagent en appartement

Comment aménage-t-on l'intervention sachant qu'on ne connaît pas la personne qui entre en logement?

Quels moyens se donne-t-on pour connaître la personne?

De quelles informations a-t-on besoin au début du suivi? Comment procède-t-on pour les obtenir?

1.4 – Papiers, identité et revenu

Dans le suivi, quelle place occupe l'accompagnement pour retrouver une identité?

Quelle est sa finalité?

Quelles sont les stratégies les plus prometteuses pour aider les personnes à retrouver papiers et identité sociale? Afin qu'elles aient un revenu?

1.5 – Quand l'appartement n'est pas un levier d'intervention

Comment intervient-on lorsque le logement n'est pas un levier motivationnel pour la personne auprès de qui on intervient? Que travaille-t-on avec les personnes à ce moment-là?

Discussion

Faire la transition vers un toit ...

- Faire de l'emménagement un bel évènement.
- Dans les premières rencontres, le défi est de garder l'espoir, tout en mettant du réalisme là-dedans. Car les personnes sont souvent dans l'illusion que tous leurs problèmes vont être réglés. Le vrai défi comment là. Souvent, il y a une petite étincelle de bonheur chez les participantEs lors de l'emménagement. La complexité, c'est de maintenir un équilibre entre garder cette étincelle et mettre le terrain pour prévoir la « *drop* ». Quand la personne entre en logement, surgissent diverses dysfonctions qui n'étaient pas assumées dans la rue, toute la fatigue aussi. En logement, les personnes se déposent, s'installent, c'est là que les problèmes remontent.
- Il est intéressant d'avoir quelques rencontres avant que la personne emménage en logement, afin de la connaître un peu, de connaître sa dynamique, sa problématique, et pour l'informer sur la transition au logement, afin de préparer le terrain.
- Sans inciter certaines personnes à être trop sélectives, les inviter à ne pas faire des choix précipités. CertainEs acceptent un logement trop rapidement : ils choisissent en fonction de l'urgence dans laquelle ils sont.
- Tenir compte de qui est la personne dans l'ici et le maintenant. Plus tard, elle pourra déménager ailleurs si ses besoins ont changés.
- Voir les personnes de façon rapprochée suite à l'emménagement. Voir comment ça se déroule. Voir dans quel milieu ils sont et quelle aide ils peuvent recevoir de ce milieu (nourriture, organismes, santé).
- L'idée même d'avoir un toit dans le cadre du projet et avec un soutien clinique est à apprivoiser. Ça ne va pas de soi que les personnes comprennent le rôle de l'intervenant, le projet. Ça suppose de donner du temps pour bâtir un lien avec la personne.
 - Constamment réexpliquer notre rôle et valider la compréhension qu'en a la personne. Donner de l'information sur notre rôle, expliquer qu'on n'est pas dans une relation d'autorité. Les visites à domicile, c'est pour voir comment les personnes se portent, ce n'est pas pour les surveiller.
 - Expliquer et réexpliquer le projet Chez Soi – qui est une grosse machine.
 - Quand on leur offre subvention au logement et meubles gratuits, plusieurs participantEs appréhendent qu'il y ait un piège, ça prend du temps à défaire cette appréhension.
- Au départ, il y a la lune de miel. Ensuite, il faut être patient, rester là quand la personne vie un déclin en logement.
- Être vigilantE à ne pas confondre ce que souhaite la personne et ce qu'on veut comme intervenantE – sinon la personne va se désengager du suivi, car elle ne peut pas être à la hauteur de ce qu'on attend d'elle. Se demander : est-ce la volonté propre de la personne ou une réponse à son engagement dans le projet?
- Est-on dans une relation d'aide ou une relation d'autorité? Avant de briser la relation d'autorité – et pour beaucoup de personnes le lien avec l'autorité est un enjeu majeur – ça demande beaucoup de temps. Le temps de reconstruire une relation égalitaire, c'est un gros enjeu. Il y a un enjeu comme intervenantE de comprendre qu'il s'agit d'un paramètre de la relation.

- Les premiers six mois, c'est extrêmement important d'être là pour développer le lien, pour accompagner l'entrée en logement.
- Transition vers le logement = changement majeur, ça demande de faire des choix et aussi de faire des deuils. Intégrer un logement rime souvent avec dire non au réseau auquel la personne appartenait précédemment.
- On sort les gens de la rue, mais ça ne veut pas dire que la rue soit sortie des gens.
- Dans la transition, une stratégie employée par certaines personnes est de retourner en refuge lorsqu'il y a une crise. Prendre des vacances dans un refuge d'hébergement.

Intensité du suivi...

- Certaines personnes ont beaucoup d'acquis en logement, d'autres très peu. Il y a une grande diversité des vécus. C'est en accompagnant la personne, en la visitant qu'on le constate.
- Entre ce que la personne dit pouvoir faire et ce qu'elle peut effectivement faire ... Attention à ne rien prendre pour acquis en terme de compétence à vivre en logement, sans par ailleurs infantiliser et envoyer le message qu'on ne fait pas confiance à la personne.
- Il y a la capacité à entretenir un appartement, mais il y a aussi les capacités relationnelles pour entrer en lien avec les voisins.
- La transition de la rue au logement casse une routine, enlève des facteurs de protection, élimine d'anciennes occupations.
 - Faire les recherches pour trouver d'autres facteurs de protection dans le nouvel environnement
 - Aider à établir une routine
 - Prendre l'habitude de poser la question : que fera-on la semaine prochaine?
 - Au SIM, on travaille avec des personnes qui souvent ne sont pas en mesure d'anticiper quelques jours à l'avance.
 - Dès la deuxième rencontre : aller visiter le CLSC contribue au sentiment d'appartenance au quartier.
 - Il serait intéressant d'établir une stratégie d'emménagement. L'idée du CLSC est bonne. Sinon, on fait différentes petites choses, mais ça manque de cohérence.
 - Quand une personne apparaît plus fragile, tenter de la voir plus souvent.
 - Respecter le rythme, ça veut parfois dire laisser tomber certains outils, de ne pas tout de suite faire le plan d'intervention, le plan de crise. Trouver l'équilibre entre bien évaluer et ne pas précipiter les choses, ne pas achaler la personne.
 - Demander comment ça va, prendre le temps de connaître la personne.

On ne connaît pas les personnes (antécédents judiciaires, médicaux, histoire de vie)...

- On travaille avec ce que la personne nous dit. On se sert aussi de notre intuition, de notre expérience pour refléter certaines choses à la personne.
- Les murs de l'appartement parlent de son occupant. Les murs le reflètent. Dans la manière d'habiter ou non l'appartement.
- On ne connaît pas la personne, ça demande d'être vigilant.
- Autorisation de communiquer

- On demande plusieurs autorisations de communiquer. En expliquant que c'est pour des situations d'urgence – et non pas par curiosité.
- «J'aime bien l'idée d'apprendre à connaître la personne dans le quotidien. La personne va se révéler, ça prend du temps. »
- La plupart du temps, les autorisations de communiquer, c'est surtout lorsqu'il y a urgence, ou quand il y a une pertinence à l'égard d'une situation particulière.
- Les rassurer beaucoup sur la confidentialité. On exclu les sujets que la personne ne souhaite pas que l'on discute avec d'autres professionnels. Rappeler que c'est annulable. Et que la personne sera avisée si on utilise l'autorisation de communiquer (médecins, famille, etc.).
- Attention aux glissements. Dans le concret, bien qu'on soit tenuEs à la confidentialité, il arrive que beaucoup d'informations s'échangent.
- L'objectif quand on divulgue des informations, c'est souvent de permettre à d'autres acteurEs autour de la personne de comprendre le/la participantE.
- Comme psychiatre, aller chercher plus systématiquement les dossiers médicaux, afin notamment d'avoir un dossier actif pour les personnes à l'hôpital. Pour connaître la médication et les stratégies qui ont été déployées avant.
- Des gens qui ont souvent été bafoués dans leurs droits, parfois ils ne savent même pas qu'ils ont le droit de refuser de signer une autorisation de communiquer. Juste le fait de poser la question : est-ce que c'est ok avec toi si on fait ça? Ça ouvre quelque chose.

Papiers, identités, revenus ...

- Comme intervenantE, l'entrée en logement est exigeante, car il faut aussi voir à l'identité et au revenu des personnes.
- Les démarches à la RAMQ avec des gens qui n'ont aucun papier d'identité, c'est très éprouvant. Rencontres avec des chefs de service, il y a beaucoup de condescendance. « L'unique raison pour laquelle les personnes ont eu accès à leur carte, c'est parce que j'étais là – en prêtant serment, etc. Je ne savais pas que c'était aussi difficile. »
- Ça donne lieu à énormément de frustration, de colère chez les personnes.
- Ça prend un certificat de naissance d'abord ... puis au fil du temps, on a découvert qu'une carte d'hôpital récente, ça allait aussi.
- Il y a aussi l'aide sociale, les CLE, les changements d'adresse.
- L'impôt est très rarement à jour.
- Grande lourdeur administrative. Quand les gens viennent d'ailleurs du Québec et du Canada, c'est d'autant plus lourd. Il y a des embûches supplémentaires.
- Tous ces papiers ont une signification. Au niveau de l'identité, de ta place en tant que citoyen. Cette lourdeur vient jouer sur ta relation à ta société. Il y a ça qui se travaille en même temps. Cette lourdeur, c'est le miroir de l'accueil qui est fait aux personnes.
- Certaines personnes disent : j'ai existé sans cela, j'ai vécu sans toute cette paperasse. C'est le poids de la société que ça représente. Autorité, responsabilité.
- Symboliquement, ne pas avoir de papiers d'identité = ne pas exister. Faire ces démarches, c'est une démarche pour reprendre son existence. Ça implique énormément de choses.

Échanges sur les pratiques d'intervention ...

ATELIER 2 – Vivre en logement

Animateur : Bertrand Gagné – directeur Diogène

IntervenantEs : **Stéphanie Desnoyers** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Sabine Georges** (IPS); **Karine Grenon** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Nancy Lalime** (Équipe SIV, Diogène); **Marie-Ève Simard** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Diane Vadeboncoeur** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance)

Enjeu : Un appartement oui, mais demeure le défi qu'il soit un levier vers la citoyenneté et le rétablissement des personnes. La vie en logement nécessite beaucoup d'apprentissages et de nombreux accompagnements. L'isolement constitue un problème majeur pour plusieurs personnes qui s'installent en logement. Plusieurs acteurEs gravitent également autour de l'appartement, avec lesquels les intervenantEs doivent composer dans le cadre du suivi.

Quelques pistes de discussion proposées lors de l'échange:

2.1 – Soutenir la vie en logement

Quelles conditions doivent être réunies pour que l'accessibilité au logement devienne une solution durable aux difficultés rencontrées par les personnes qui ont vécues l'itinérance?

Les personnes ont-elles des apprentissages à faire? Vont-ils toujours dans le sens d'une connaissance des habiletés à vivre en logement?

Quels sont les critères pour déterminer lorsqu'il y aura relocalisations ou retours à la rue? Quels apprentissages accompagne-t-on à travers ces allers-retours?

2.2 – Sortir de l'isolement

Quelles stratégies peuvent être mises de l'avant pour aider les personnes à sortir de l'isolement et à développer leurs habiletés à entrer en lien?

Comment l'intervention peut-elle contribuer à susciter un sentiment d'identité chez les personnes à l'égard de leur nouveau mode de vie?

Comment l'intervention peut-elle contribuer à tisser des liens entre les participantEs et leur communauté?

2.3 – Les acteurEs AUTOUR du logement (propriétaire, concierge, voisinage)

Comment se positionne-t-on à l'égard des acteurEs autour de l'appartement? Collaboration, médiation, défense des droits des participantEs, responsabilisation, sensibilisation?

Quels enjeux éthiques sont rencontrés dans ce travail d'interface?

2.4 – Les autres acteurEs DANS le logement

Comment se positionne-t-on à l'égard des gens qui partagent le logement des participantEs: les colocataires désirés et ceux qui le sont moins?

Quel est le rôle de l'intervenantE lorsque surviennent des difficultés?

2.5 - Les personnes ont dit oui à l'appartement, mais pas nécessairement à un changement de vie

Dans une approche du rétablissement, comment combler le fossé entre, d'une part, l'offre d'un logement subventionné et, d'autre part, le suivi clinique (pour lequel la personne n'a peut-être pas clairement consenti)?

Discussion

Pour que le logement soit un levier vers le changement ...

- Un objectif est que les gens en arrivent à se sentir chez eux dans leur logement. Qu'ils sentent que c'est à eux. Qu'ils « possèdent » leur logement.
- Il est très important que la personne ait vraiment choisi son appartement.
- Il y a un travail à faire avant l'entrée en logement pour conscientiser aux difficultés de la vie en logement.
- Une fois en appartement, les gens doivent occuper leur temps. Il faut se faire à manger, se prendre en charge. Dans les refuges, beaucoup de choses étaient pensées pour eux.
- Il y a beaucoup d'apprentissages à faire. Et la personne ne le reconnaît pas toujours. Ne pas prendre pour acquis qu'elle sait comment faire. C'est là qu'il faut faire preuve de créativité comme intervenantE, pour accompagner sans offusquer.
- Mieux connaître son quartier, le nouvel environnement, amène une meilleure appropriation du logement. La cartographie du lieu comme outil utile. Visite des ressources environnantes. Marcher dans le quartier, c'est aussi une occasion pour la personne de raconter ce qu'elle connaît déjà des lieux.
- La désorganisation de l'appartement est-elle le reflet de la désorganisation interne de la personne? Du manque de vie de la personne?
- Peut-être que les personnes plus âgées sont davantage prêtes à vivre en logement.
- Il y a une tendance chez les gens qui consomment de s'approprier moins leur logement.
- Le but ultime du projet : que les personnes n'aient plus besoin du projet.

Quel est le sens du logement pour la personne?

- Certains n'ont jamais eu de lien avec un appartement avant. Leur loyer demeure un endroit de transition, comme une famille d'accueil, un centre de détention.
- Appartement comme abri. Pas d'assiette, pas de rideau, très sale. Un endroit où se reposer de la rue. Au SIM, ce n'est pas la majorité des personnes qui investissent leur appartement. Peu d'intérêt à l'égard du logement. CertainEs amènent la rue dans l'appartement. Plusieurs ont vendus leurs meubles. Les personnes continuent leur vie dehors. C'est un endroit caché où consommer, où dormir parfois.
- On ne peut pas les obliger à habiter les lieux comme un logement, si ce n'est pas leur désir.
- Chez certainEs, il y a un désir de ne pas avoir de contrainte. Une envie de liberté. Faut-il absolument vivre en appartement? Est-ce la seule norme possible?
- Les gens n'ont pas nécessairement de motivation à s'approprier leur logement. Ils demandent pourquoi acheter ci ou cela? Pourquoi faut-il que ce soit propre? Pourquoi faut-il éviter l'éviction? Quel est alors le travail à faire comme intervenantE?
- Faut-il intervenir sur le ménage ou sur le sentiment d'identité? Comment en faire quelque chose d'important?

Comment amener les gens à sortir de l'isolement?

- Quand la personne n'est pas bien avec elle-même, elle ne sera bien nulle part. Il y a tout un travail pour apprivoiser la solitude.

- Une fois en appartement, l'étape qui suit, c'est l'isolement.
- Les connecter le plus possible à leur communauté.
- Les connecter à des activités significatives.
- Le transport peut être une entrave.
- Dans le refuge, la personne a souvent un rôle à jouer, une place, alors qu'en appartement, il n'y a plus d'identité. Comment socialiser, comment se sentir en égalité face à des gens qui n'ont pas de parcours d'itinérance? La personne ne sait pas toujours comment faire. Et elle ne sait plus quoi faire.
- Comment accompagner la personne pour qu'elle se redéfinisse en appartement? Pour aller ailleurs? Miser sur les rêves, les objectifs de la personne.
- Faire avec. Car c'est souvent très anxiogène.
- Parfois, la personne ne veut rien. Difficile de susciter une motivation. Il y a un vide. C'est difficile comme intervenant.
- « Parfois, j'ai l'impression de les avoir parké là ».
- Aller prendre un café. Ne pas désespérer, même si ça prend des mois et des mois.
- Prendre du recul par rapport à notre propre réalité, voir en quoi la vie de la personne est mieux qu'elle ne le fût. Ne pas imposer nos propres attentes.
- Favoriser l'expérimentation.

Comment se positionne-t-on à l'égard des acteurs autour du logement?

- Informer la personne sur ses responsabilités comme locataire
- Aviser d'emblée le participantE qu'il est difficile d'évincer un colocataire.
- Pour certains, la possibilité d'une éviction n'incite pas au changement. Perdre un loyer peut être un apprentissage pour la suite.
- On peut agir comme médiateurE dans certains contextes, pour réduire la pression exercée sur les participantEs. On fait de la défense de droit dans certains contextes où concierges / propriétaires sont intrusifs.
- Rassurer les propriétaires et les concierges contribue aux bonnes relations.
- Soutenir la personne à faire ses propres démarches auprès du propriétaire.
- Parfois, des collaborations sont possibles avec des policiers, bien que légalement ils ne soient pas autorisés à évincer un colocataire.
- Il existe aussi des colocataires qui aident énormément les participantEs
- Il y a un enjeu de sécurité à l'égard des colocataires. Le participant, à la limite, on le connaît, mais les amis on ne les connaît pas du tout.

Quand les gens disent oui au logement, non au suivi clinique...

- C'est rare que les gens ne veuillent pas de suivi clinique. C'est rarement un refus catégorique. À long terme, il se construit quelque chose.
- Si on n'a plus de contact, on laisse des lettres, des invitations à reprendre contact.
- Auprès des personnes qui consomment, c'est parfois plus difficile.
- Au SIM, l'équipe est une force, mais c'est plus difficile d'établir un lien de confiance avec une équipe qu'avec unE intervenantE.

Échanges sur les pratiques d'intervention ...

ATELIER 3 – Spécificités d'une population en santé mentale

Animateur : Roch Hurtubise – Université de Sherbrooke

IntervenantEs : **Sylvie Breton** (Stagiaire, Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jennifer Bumbray** (Équipe SIV, Diogène); **Sylvie Grenier** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Maxime Jalbert** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jessica Soto** (Cheffe d'équipe SIV, Diogène)

Enjeu : Comment faire face aux défis d'intervenir auprès des personnes qui conjuguent parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale ... et souvent des problèmes de comportements et de toxicomanie? Dans le cadre du projet Chez soi, on travaille avec des gens ayant des troubles mentaux, par ailleurs on les définit autrement. Que faire du DSM4 sans complètement tomber dedans? La ligne est parfois mince entre le respect de la liberté individuelle et la nécessité de protéger la personne. Dans l'approche du rétablissement, il y a déplacement du cadre. Que deviennent les paramètres, les limites, les possibilités?

Quelques pistes de discussion proposées lors de l'échange:

3.1 – Marginalité / normalité

Repartir en neuf, jusqu'où ? Et pour aller où?
Qu'est-ce qui marque l'intervention réussie?

Comment sont redéfinies la « normalité » et la « marginalité » quand on s'adresse à une population ayant vécu un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux?

3.2 – Arrimer les personnes aux divers services. Les collaborations

Quelles sont les principales barrières qui nuisent à l'accessibilité des services pour les personnes desservies?
Comment les intervenantEs peuvent-ils ou elles, dans leur pratique, faire tomber ces barrières ou en atténuer l'impact?

Quels objectifs sont poursuivis dans le cadre des collaborations avec les autres services?

3.3 – Gestion des risques, crise et respect du rythme

Quelles sont les conditions optimales pour accompagner le rythme et prendre des risques avec la personne?

Quelles stratégies peuvent être mises de l'avant pour amener la personne à se faire soigner de façon volontaire? Comment baliser les situations où l'on décide d'intervenir même si la personne ne le souhaite pas? Comment conjuguer droit de la personne et droit aux soins?

Comment reprend-t-on le suivi après une hospitalisation imposée par la cour?

3.4 – Les limites de l'intervention

Dans quelles circonstances est-il approprié de mettre fin à l'intervention? De faire une référence vers un autre intervenantE ou une autre ressource/institution? Y a-t-il des sous-groupes de population qui présentent des difficultés particulières pour l'intervention dans le cadre du projet Chez soi? Comment a-t-on appris à y répondre?

Quelles sont les situations qui déstabilisent le plus fréquemment les intervenantEs des équipes?

Comment compose-t-on avec les comportements agressifs? Comment se positionne-t-on entre enjeu de sécurité pour les intervenants et souci d'accueillir une personne souffrante?

Discussion

Repartir en neuf, jusqu'où? Pour aller où?

- On ne repart pas en neuf. Les personnes ont déjà des acquis. Ils savent déjà plein de choses. C'est un partage. Plusieurs ont des expériences antérieures en logement aussi, ce n'est pas nouveau.
- Il faut apprendre quelle est leur normalité. Il y a un choc culturel normal qui s'affirme lors de l'entrée en logement. À partir de là, il y a un accompagnement qui se fait.
- Donner de la valeur à un logement, c'est peut-être évident pour nous, mais pas pour touTEs. On n'a pas les mêmes valeurs, chaque individu à ses propres valeurs, sa normalité, ses expériences. Certaines valeurs sont plus adaptées à la survie. Attention à imposer notre propre normalité, nos priorités.
- Il y a toujours un sens à ce que font les gens. De le voir, permet de tenir compte de ce que fait la personne.
- Miser sur les rêves de la personne.
- Le travail de l'intervenantE : mettre en valeur les forces. L'identification des forces est un levier pour l'établissement de la confiance et l'estime de soi.
- Les forces : on les nomme, on les reflète. Souvent les personnes se voient moindre que ce qu'elles sont. Saisir, comme intervenantE, les forces, aussi minimales soient-elles. Les compétences sont transférables. Dans la survie à la rue, il y a déjà plusieurs qualités. Faire ressortir les apprentissages. Partir de quelque chose pour construire le reste.
- Outil : portrait d'itinérance pour connaître dès les premières rencontres quel est le bagage de la personne, quelle est sa trajectoire, quelles sont ses forces. Avec quoi elle s'inscrit dans l'aventure de l'appartement.
- Première étape : aider la personne à avoir conscience de ses forces. Travailler la vision que la personne a d'elle-même. Un travail à faire sur la perception de ses forces. Sortir des diagnostics des hôpitaux, des catégories de la santé mentale, aider la personne à voir autre chose. Il y a une perception à construire.
- A-t-on une liste des forces? La débrouillardise est une compétence sur laquelle tabler. Aussi, une expertise de la rue et de ses services. Un grand niveau d'organisation. Il y a aussi des forces à découvrir, à réinterpréter avec chaque personne.
- Pourquoi la personne veut-elle sortir de la rue? Il est important de souligner cela. Pour ensuite accompagner la vie en logement, remotiver la personne quand ça va moins bien.
- Pour aller où? Là où la personne pointera. Parfois c'est minime, parfois c'est rien du tout. Ça peut changer au fil du temps.

Qu'est-ce qu'une intervention réussie?

- On ne fait pas de l'intervention, on fait de l'accompagnement. On ne cherche pas à changer des comportements.
- Une intervention réussie, ce pourrait être lorsque la personne a investi son logement, qu'elle s'approprie un autre mode de vie que la rue, qu'elle s'installe dans une certaine stabilité, une certaine sécurité.
- Si la personne se sent mieux, c'est une intervention réussie; peu importe ce qu'elle fait. Peu importe le logement. Ça viendra plus tard s'il le faut.
- La rue, c'est aussi un réseau.

- Ça se sent dans une équipe, il y a un sentiment de satisfaction entre les intervenantEs. Une intervention réussie, c'est une intervention qui suscite un sentiment positif.
- Quand on voit un processus et qu'il y a de plus en plus d'autodétermination chez la personne.
- Que la personne veuille se mettre en action par elle-même. Qu'elle ose des choses.
- Un résultat, ça peut être l'intuition d'une réussite. Ça ne se chiffre pas nécessairement. Parfois, on sent qu'il y a quelque chose de différent qui est en train de se passer là.

Gestion du risque

- On est dans une approche non-directive 90% du temps. Sauf dans les situations de crise.
- Nous ne sommes pas responsables de la vie des personnes, notre rôle est d'évaluer la dangerosité. Et d'apporter des moyens.
- Les risques, ce ne sont pas les intervenantEs qui les prennent, ce sont les personnes qui prennent des risques dans leur vie – on n'a pas à gérer des risques. On a plutôt à nommer les risques à la personne et s'assurer qu'elle soit consciente.
- Le travail de l'intervenantE est d'évaluer la dangerosité.
- Ça demande une certaine expertise pour faire l'évaluation de la dangerosité.
- Il peut être difficile d'évaluer la dangerosité dans le cadre du projet – on ne connaît pas les personnes ni d'un point de vue juridique, ni d'un point de vue de la santé physique et de la santé mentale. Il n'y a pas toujours de signes précurseurs.
- Les équipes doivent être formées, outillées, supportées. Il faut un protocole de sécurité afin de ne pas être dans l'improvisation à chaque fois. Et ne pas avoir à évaluer à chaque fois – se donner des marches à suivre pour tel ou tel contexte. Réduire le stress du cas par cas. Développer des stratégies préventives.
- L'évaluation de la dangerosité est souvent un travail d'équipe.
- Il est parfois utile d'appeler la personne avant d'aller la visiter, afin d'évaluer son état.
- À travers ça, ne pas créer une alliance de contrôle. Ne pas se donner un mandat coercitif. Ça augmente le risque de dangerosité.
- Amener la personne vers les soins, l'amener à collaborer autant que possible.

Les limites de l'intervention

- Si la personne ne veut pas de suivi, nos possibilités comme intervenantEs sont limitées.
- L'agressivité : faire une distinction entre si elle est tournée vers l'intervenantE et celle qui a un objet autre.
- Distinguer santé mentale et trouble de comportement. Si la personne est trop malade et qu'elle n'est pas responsable de ce qu'elle fait VS si elle a un problème de comportement.
- La notion de respect à l'égard de l'intervenantE est une balise importante.

Collaboration

- Il est très important de travailler avec les ressources qui existent déjà dans la communauté. Reconnaître leur expertise VS les utiliser.
- Faire attention à la dépendance qu'on peut créer. Plutôt arrimer les gens à leur milieu.

Échanges sur les pratiques d'intervention ...

ATELIER 4 – Rôle de l'intervenant(e)

Animatrice : Marie-Claude Rose – Université de Sherbrooke

IntervenantEs : **Nancy Keays** (Cheffe d'équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Philippe Langlais** (Équipe SIV, Diogène); **Nathalie Marchand** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Liliane McNicoll** (Équipe SIV, Diogène); **Suzelle Parent** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Heidi Théberge** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance).

Enjeu: Développer et maintenir le lien est un défi important de l'intervention. Le suivi s'effectue auprès de personnes souvent méfiantes à l'égard des services. Elle se déroule par ailleurs dans le milieu de vie de la personne, où les intervenantEs sont témoins du quotidien des gens. Quelle est la nature du suivi offert? Fait-on partie du réseau social ou du réseau de service? Comment sont définis les rôles et les pouvoirs participantE-intervenantE dans le cadre du suivi?

Quelques pistes de discussion proposées lors de l'échange:

4.1 – Intervenir dans le milieu de vie des personnes

Qu'est-ce qui favorisent la création et le maintien d'un lien de confiance entre l'intervenantE et la personne desservie? Quelles sont les difficultés rencontrées pour établir ce lien de confiance?

Jusqu'où aller dans l'intervention sans tomber dans le réseau social des personnes? Quels sont les critères qui permettent de baliser entre « visite paroissiale » et relation thérapeutique, sachant que la construction du lien avec les personnes peut s'échelonner sur une longue période?

Que fait-on des informations recueillies au cours des visites à domicile? Comment s'en sert-on dans l'intervention? Jusqu'où va-t-on face aux obligations légales (violence conjugale, bris de probation, activités illégales, comportements à risque)?

4.2 – Rétablissement, respect du rythme, motivation. Marcher sur un fil

Comment ne pas être directif, tout en proposant par ailleurs une direction dans l'intervention?

Comment saisir les opportunités lorsque les personnes ont des difficultés à formuler des choix?

Dans quelles situations est-il particulièrement indiqué d'accompagner de façon plus serrée une personne (met-on alors l'approche du rétablissement entre parenthèses)? Dans quelles situations est-il préférable de laisser expérimenter la personne par ses propres moyens?

4.3 – Qui est l'expert? Le rôle de l'intervenantE, le pouvoir du participantE

Comment aider les participantEs à reprendre du pouvoir sur leur vie?

Comment a-t-on appris à laisser du pouvoir aux personnes? Qu'est-ce que ça fait vivre aux intervenantEs? Quels outils se donne-t-on pour garder le cap?

4.4 - Le développement de nouvelles approches et outils d'intervention

Qu'est-ce qui favorise l'innovation dans les pratiques des équipes?

Quels sont des approches/outils d'intervention (moins connus) utiles dans vos interventions auprès des personnes et qui vous ont permis de redéfinir votre pratique?

Création du lien de confiance ...

- L'importance de bien expliquer le rôle de l'intervenantE. De clarifier les attentes. Mettre au clair quelles sont les possibilités et les limites du suivi.
- Notamment, expliquer que nous ne sommes pas là pour contrôler. « On n'impose pas notre présence ».
- Une attitude d'ouverture, non-jugeante dans laquelle on se met en tant qu'intervenantE dans l'intervention.
- Dans le cas de l'équipe SIM, on vise à créer un lien de confiance avec une équipe plutôt qu'avec unE intervenantE en particulier. Bien expliquer les personnes qu'on travaille en équipe. On a le même but, la même philosophie, bien que ce ne soit pas le/la même intervenantE. Être conséquent dans l'intervention.
- Être à l'écoute. Être 100% présent pour la personne au moment de la rencontre. Donner à la personne son moment à elle. Focus sur le moment présent, être tout à fait là, peu importe ce qui s'est passé avant et ce qui s'en vient ensuite.
- La confiance se crée dans l'action. À travers les accompagnements, les démarches.
- Se permettre le « small talk », ça fini par payer dans la construction d'un lien de confiance.
- Être là pendant les bons moments / partager les bons moments
- La longue attente pour un logement peut nuire au lien. Continuer de s'intéresser à la personne, mettre l'accent sur d'autres démarches.
- La souplesse, ça veut parfois dire lâcher les « outils » s'il le faut. Ne pas brusquer les personnes.

Faire rejaillir les forces des personnes ...

- On a toujours des jugements sur les personnes, mais œuvrer à ne pas avoir de jugements négatifs ou à ne pas les laisser interférer dans l'intervention.
- S'intéresser à la personne d'abord, à ce qu'elle fait. La valoriser.
- Authenticité. Se laisser toucher par la personne. On s'investi dans une relation humaine.
- Mettre la personne au centre.

Relation thérapeutique ou amitié?

- Clarifier les rôles
- Connaître les objectifs de la rencontre
- Être à l'affût des signes de glissement dans la compréhension du lien
- À l'intérieur d'une rencontre, il y a de la place pour du « small talk ».
- Divers accompagnements sont possibles, ce qui détermine leur pertinence est l'intention thérapeutique qui est derrière. Ex. soutien à des funérailles, magasinage, picnic, restaurant, accompagnement à un rendez-vous.
- Diverses intentions thérapeutiques
 - Créer un lien
 - Partager l'univers de la personne
 - Soutien / Accompagnement
 - Une visée de resocialisation
 - Qualité de vie
 - Un levier vers une nouvelle expérience, « faire avec » lors d'une première fois

- Ça reste un travail. Autre chose qu'une demande d'amitié de la part de la personne.
- C'est un privilège de visiter ces personnes là. Parfois, l'intervenantE est la seule personne à visiter cet individuE dans la semaine.

Intervenir dans l'intimité des personnes...

- Néanmoins, remettre tout le pouvoir à la personne
- Être témoin de la vie des gens implique de gros enjeux éthiques.
 - Informer / outiller
 - Ça nous fait vivre de l'impuissance
 - On a peu de pouvoir sur la vie des personnes
- L'informer sur les conséquences de ses choix. Informer sur ses droits, sur ses obligations. (Ex. obligations et droits comme locataire) « Knowledge is power »

Remettre le pouvoir à la personne n'est pas toujours facile pour les intervenantEs

- En parler entre collègues.
- Se remettre dans le plan d'intervention et rester coller sur les objectifs de la personne VS objectifs de l'intervenantE.
- Avoir confiance que la personne apprend à travers ses expériences.
- Attention à vouloir éviter que les gens vivent des échecs.
- « Remettre » aux personnes le pouvoir sur leur propre vie.

Quels sont les critères dans l'évaluation de la dangerosité?

- On n'a pas de définition de ce qu'est la dangerosité dans la loi. Ça relève beaucoup du jugement de l'intervenantE.
- La collaboration de la personne à l'évaluation de sa santé mentale est très importante.
- Si elle ne collabore pas, le lui refléter.

Après la crise ...

- Peut mettre en péril le lien de confiance
- Revoir le plan de crise avec la personne
- Lui montrer qu'on ne l'abandonne pas. « On tient à toi. »
- Qui suis-je pour obliger au traitement?

Innovations

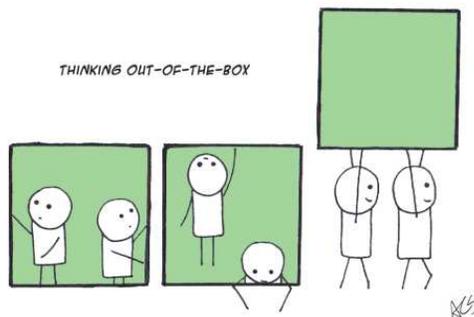
- Étoile du rétablissement, comme outil très utile
 - Très concret
 - L'occasion d'ouvrir sur différents sujets
 - Discuter avec la personne de son degré de satisfaction dans les diverses sphères de sa vie
- Être ouvert aux outils proposés par les participantEs
- Miser sur le savoir des pairEs aidantEs
- L'échange entre collègues : être dans les mêmes locaux est un avantage pour partager les expériences et les points de vue.

ANNEXE 2 – Compte rendu de la deuxième rencontre

Rencontre des trois équipes cliniques du projet Chez soi : *Transmettre une pratique hors des sentiers battus*

13 octobre 2011

Au campus de Longueuil de l'Université Sherbrooke



— COMPTE RENDU —

Préparé par Marie-Claude Rose

Octobre 2011

Le déroulement de la rencontre

Les trois équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal (Suivi d'intensité variable (SIV) / Diogène, Suivi d'intensité variable (SIV) / CSSS Jeanne-Mance et Suivi intensif dans le milieu (SIM) / CSSS Jeanne-Mance) se sont rencontrées au campus de Longueuil, l'après-midi du 13 octobre 2011 : intervenantEs issuEs de divers champs de spécialités, chefs de programme, coordonnateur du comité ex-pairs, consultant, stagiaire et chercheure. Cette rencontre a été organisée à l'initiative de Roch Hurtubise et de Marie-Claude Rose dans le cadre d'une recherche visant à identifier et à documenter les meilleures pratiques d'intervention développées par les intervenantEs dans le cadre du projet Chez soi à Montréal. La vaste majorité des intervenantEs étaient présentEs lors de cette rencontre.

Lors d'une première rencontre qui s'était tenue en avril 2011, les intervenantEs avaient fait le point sur les pratiques d'intervention en cours, en réfléchissant à partir de 4 grands enjeux d'intervention (*sortie de la rue et entrée en logement; vivre en logement; suivi auprès d'une population en santé mentale; rôle de l'intervenant*). Ce **remue-méninge a donné lieu à une liste de pratiques d'intervention prometteuses** qui a été consignée dans un compte-rendu et distribuée aux intervenants du projet à Montréal quelques jours plus tard.

Sur la base du dialogue amorcé au printemps 2011, **l'objectif de cette deuxième rencontre était d'amener les intervenantEs, en tant que spécialistes, à identifier des recommandations dans l'intervention auprès des populations conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale.**

La rencontre s'est déroulée en trois temps :

En guise de préparation à la rencontre, il avait été demandé à chaque équipe clinique de réfléchir, à partir du chemin parcouru depuis les deux dernières années, à « *ce qu'il aurait été utile de savoir à propos de la manière de travailler en équipe* ». Après un rapide tour de table où chacunE s'est présentéE, unE porte-parole de chaque équipe clinique a rapporté les apprentissages réalisés dans le contexte d'intervention du « logement d'abord » dans le cadre du projet Chez soi. **(Ce tour de table est présenté au point 1.0.)**

Dans un deuxième temps, un « cahier des principes d'intervention » proposant 27 énoncés a été remis à chaque intervenantE, afin qu'elle/il le lise et en donne une appréciation, de 1 à 4. Ces énoncés avaient préalablement été dégagés de l'analyse transversale de 28 récits de pratiques d'intervention rédigés en collaboration avec les trois équipes cliniques au cours de l'année 2011, ainsi que de la première rencontre des trois équipes cliniques. Il est à noter que nous visons à synthétiser les manières de faire spécifiques au contexte d'intervention du « logement d'abord » s'adressant à une population conjuguant parcours d'itinérance et troubles mentaux. C'est pourquoi nous n'avons pas mis l'accent sur certains principes plus généraux dans l'intervention. **(La liste des principes d'intervention proposés et leur degré d'adhésion se trouvent en annexe 1.)** DiviséEs en trois sous-groupes, les intervenantEs ont par la suite été

invitéEs à identifier lesquels, parmi les énoncés proposés, leur apparaissaient les plus importants et ceux qui ne faisaient pas consensus.

Après la pause, nous nous sommes réunis en plénière pour discuter des six énoncés qui avaient obtenu une adhésion de moins de 3.5 sur 4 et nous les avons réécrits collectivement. (**Ces échanges sont rapportés au point 2.0**) Lors de cette rencontre, les intervenantEs ont fait une lecture en profondeur des énoncés proposés, ce qui nous a permis d'en arriver à des principes d'intervention appuyés et qui font largement consensus. (**Les 25 principes d'interventions validés sont présentés en annexe 2.**) À la fin de la rencontre, il a été convenu que nous partirions de ce travail de réflexion pour diffuser dans d'autres milieux des recommandations pour intervenir auprès d'une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale.

27 personnes étaient présentEs à la rencontre :

Julie Bilocq-Gagné (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Isabelle Blanchette** (Équipe SIV, Diogène); **Sophie Brisson** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jennifer Bumbray** (Équipe SIV, Diogène); **Nancy Côté** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Stéphanie Desnoyers** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Émilie Frenette** (Stagiaire, Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Bertrand Gagné** (Directeur, Diogène); **Élisabeth Garant** (Équipe SIV, Diogène); **Sabine Georges** (IPS); **Élisabeth Girard** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Marie-Jeannelle Gracia** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Sylvie Grenier** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Karine Grenon** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Maxime Jalbert** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Jacques Labonté** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Nancy Lalime** (Équipe SIV, Diogène); **Philippe Langlais** (Équipe SIV, Diogène); **Nathalie Marchand** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Isabelle Massé** (Équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance); **Alexandre Pelletier** (Équipe SIV, Diogène); **Gabrielle Roberge** (IPS); **Nathalie Rochette** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Marie-Claude Rose** (Université de Sherbrooke); **Benoît St-Pierre** (comité ex-pairs); **Heidi Théberge** (Équipe SIV, CSSS Jeanne-Mance); **Claire Thiboutot** (Cheffe de programme, CSSS Jeanne-Mance); **Gilbert Tremblay** (consultant, équipe SIM, CSSS Jeanne-Mance).

1.0 Ce qu'il fut utile d'apprendre, selon les trois équipes

Chaque équipe s'est préparée avant la rencontre, en ayant pour consigne de se poser la question suivante : « À partir du chemin parcouru, qu'auriez-vous trouvé utile de savoir comme équipe sur la manière de travailler? » UnE porte-parole a rapporté la discussion de chaque équipe. Ces résumés font état de nombreux apprentissages communs, ainsi que la couleur des différentes équipes.

Sophie Brisson rapporte la discussion du SIM CSSS Jeanne-Mance :

- Le rétablissement n'est pas linéaire. Nous avons appris au fil du temps que c'est dans l'ordre des choses que ce soit long. Au départ, nous comprenons le principe des petits pas, mais nous

souhaitions néanmoins que ça aille vite! Nous devons collectivement lâcher prise. Désormais, nous visons moins l'atteinte d'un résultat, nous percevons moins les choses comme un échec. C'est une question d'attitude.

- L'entretien motivationnel est central pour accompagner des pas concrets vers un changement. Il faut maîtriser le plus rapidement possible cette méthode d'entretien. Les participants sont tous dans l'ambivalence, car il est difficile de changer.
- Il faut se doter de connaissances sur les différentes lois et leviers légaux (P38, requête en évaluation psychiatrique, garde en établissement, régimes de protection); sur les diverses démarches papier – citoyenneté; sur les ressources d'aide, refuges et dépannages à qui recommander les personnes.
- Il est important d'avoir une connaissance de la réalité de l'itinérance et de la délinquance. Ce qui mène à l'itinérance, ce sont notamment des schèmes de pensée qui font que les personnes font de mauvais choix, c'est tout un ensemble de délinquance et de troubles de comportements. Et ces comportements sont encore présents en logement.
- Il faut des outils adaptés à notre contexte de travail unique. L'étoile du rétablissement est particulièrement utile dans notre travail.
- Les contacts interpersonnels sont déterminants dans les collaborations : policiers, curateur, personnel hospitalier, agent de prisons. Les contacts personnalisés établis avec le temps doivent être facilités pour les intervenants qui prennent la relève. Faire une référence de quelqu'un à quelqu'un, plutôt que de quelqu'un quelque part.
- Il est utile d'avoir un *pense-bête* pour ne rien échapper lors de l'entrée en logement et offrir le soutien clérical : branchements Hydro et Bell, amorce de la fiducie, etc.
- Le rétablissement s'apprend sur le terrain et il est utile que des gens dotés d'une expérience terrain transmettent leurs expertises – à la fois pour l'organisation du travail et pour le travail d'intervention.
- Il faut définir les rôles des différents professionnels dans l'équipe SIM, dont certains ont notamment des codes de déontologie qu'il n'est pas toujours aisé de marier à l'approche du rétablissement.

Élizabeth Girard rapporte la discussion du SIV CSSS Jeanne-Mance :

- Comme intervenant, il faut apprendre à cesser de tomber dans l'urgence. Nous devons nous rappeler que les gens ont des forces, des capacités, des connaissances, même lorsqu'il y a une urgence. Ces personnes ont déjà vécu à la rue.
- Il faut lâcher notre empressement à atteindre des résultats et plutôt accompagner les objectifs et le rythme des personnes. On se rend compte des pas réalisés lorsque nous saisissons l'opportunité de les suivre comme elles sont et là où elles souhaitent aller.

- Il est important de refléter les petits succès. Mettre en évidence leurs réussites. Et garder en tête que ces personnes étaient à la rue il y a peu de temps. Certaines personnes ont du mal à reconnaître leur valeur.
- Le plan de crise révisé est un outil très utile. Lorsqu'on le met à jour, on connaît mieux la personne, ça nous donne des leviers pour avancer.
- Pour susciter l'engagement, le plan de rétablissement est intéressant. On peut même demander à la personne de l'écrire elle-même.
- Le rêve est un important levier pour motiver les personnes.
- Il est important de respecter nos limites comme intervenants
- L'approche systémique est au cœur de notre travail : il faut accompagner les gens qui sont autour de la personne, dont les colocataires, les conjoints. Collaboration avec les ressources et avec le réseau social des personnes.
- L'approche du logement d'abord permet aux personnes de retrouver une normalité, un sens de leur citoyenneté. À partir de là, l'intervenant a notamment pour rôle de raccrocher les personnes à leur réseau social. Accompagner dans les ressources pour mettre en confiance, donner de l'élan, mais aussi pour mieux connaître leur réseau.
- Face à la toxicomanie, l'approche de la réduction des méfaits et une attitude non jugeante de la part des intervenants sont à développer.
- L'importance de la communication entre IPS (conseiller en adaptation au travail) et cliniciens. Il est intéressant de travailler ainsi, bien que ce ne fût pas automatique au départ.
- Connaître la personne dans son lieu de vie offre des informations précieuses sur les changements d'une semaine à l'autre, sur les succès, l'état mental.

Philippe Langlais rapporte la discussion du SIV Diogène :

- Nécessité de définir nos rôles par rapport aux autres acteurs. Il aurait été utile que le rôle et le mandat de chaque acteur au sein du projet soient définis dès le départ. Nous comprenons mieux désormais quel est le mandat des équipes cliniques, notamment à l'égard des propriétaires.
- L'importance de se doter des bons outils cliniques pour gérer les crises sans tomber dans l'urgence.
- Il a fallu apprendre à avoir des ambitions pour les personnes, sans par ailleurs entretenir des attentes irréalistes.
- Ce type de travail demande de la formation continue : sur l'entrevue motivationnelle, les règles de la Régie du logement, des supervisions cliniques avec des spécialistes, etc.

2.0 Pour, contre, oui, mais... Échanges autour des énoncés proposés et réécriture des principes d'intervention

Cette rencontre visait à identifier des recommandations de spécialistes qui interviennent auprès d'une population conjuguant parcours d'itinérance et problèmes de santé mentale. Sachant que beaucoup de choses ont été apprises et développées au cours des deux dernières années dans le cadre du projet Chez soi, qu'est-ce qui se dégageait comme étant à communiquer à d'autres milieux d'intervention qui s'adressent à des populations marginalisées? En guise de base de discussion pour établir ces consensus d'experts, un « cahier de principes d'intervention » a été soumis à la discussion, proposant 27 énoncés dégagés de l'analyse transversale des 28 récits de pratiques rédigés au cours de l'année 2010-2011 ou identifiés lors de la première rencontre des 3 équipes cliniques en avril 2011.

*Pour amorcer cette réflexion sur les principes qui devraient guider l'intervention lorsqu'on s'adresse à une population ayant un parcours d'itinérance et souffrant de troubles mentaux, nous nous sommes rappelés que le **consensus** correspond à une décision qui fait place à la créativité de chacunE et que la **transmission** demande, par ailleurs, un travail d'appropriation et d'innovation pour celle ou celui qui reçoit.*

Dans un premier temps, pendant une trentaine de minutes, les personnes ont été invitées à noter individuellement chacun des 27 énoncés proposés, de 1 à 4. (1 signifiant un total désaccord et 4 un total accord.) Ensuite, répartiEs en trois sous-groupes, les intervenantEs ont identifié 1) les énoncés qui leur apparaissaient les plus importants dans leur pratique et qu'ils estimaient pertinent de transmettre à d'autres, et 2) les énoncés qui faisaient moins consensus. Ces échanges ont été particulièrement riches et une vive attention a été portée aux énoncés proposés. 45 minutes ont été consacrées aux discussions en sous-groupe, plutôt que les 20 minutes prévues à l'horaire. Le 2^e sous-groupe a notamment regardé quels étaient les principes d'intervention qui variaient selon le mandat des équipes SIM ou SIV.

Un premier sous-groupe, animé par **Bertrand**, était composé de : **Jacques, Heidi, Marie-Jeannelle, Nathalie, Jennifer, Benoît, Sabine, Sophie, Gilbert.**

Le deuxième sous-groupe, animé par **Claire**, était composé de : **Karine, Nancy Côté, Philippe, Élisabeth Garant, Gabrielle, Sylvie, Émilie.**

Le troisième sous-groupe, animé par **Marie-Claude**, était composé de : **Élisabeth Girard, Julie, Maxime, Isabelle M., Nancy Lalime, Stéphanie, Isabelle B., Alexandre.**

Pendant la pause, les vingt-deux feuilles de réponses ont été compilées.

En plénière, les énoncés qui faisaient largement consensus parmi les intervenantEs ont été rapportés, puis nous avons revus les 6 énoncés sur 27 qui avaient obtenu une adhésion de 3.5/4 ou moins, afin procéder à leur réécriture ou à leur élimination.

A. Parmi les énoncés proposés, quels sont ceux qui sont les plus importants à vos yeux et les plus importants à transmettre à d'autres, ceux auxquels vous adhérez tout à fait, ceux que vous gardez toujours en tête?

Principe d'intervention no 2 : Miser sur les forces des personnes, c'est aussi reconnaître l'expérience de la rue dans ses dimensions positives.

Principe d'intervention no 7 : De prime abord, la vie entre quatre murs rime souvent avec isolement, perte de repères et sentiment d'incompétence. L'intervenantE doit rapidement favoriser la connaissance des ressources du milieu et le développement d'un réseau au sein du nouvel environnement qu'est l'appartement. Il faut contribuer à faire du lien.

Principe d'intervention no 8 : Il y a parfois beaucoup d'apprentissages à faire lorsque les personnes passent de la rue au logement. « Faire avec » la personne permet de la sécuriser et de la motiver à demeurer en logement, car la réalité de l'appartement est souvent anxiogène.

Principe d'intervention no 10 : Le retour à la rue ne doit pas être interprété comme un échec de l'intervention. Ce peut être l'occasion d'apprentissages pour les personnes.

*Mon travail,
c'est d'amener
La personne à
croquer dans La
vie. De là, on
peut tout
travailler.
Sylvie –
Intervenante SIV
CSSSJM*

*Il est important de
cheminer entre
espoir et réalisme
pour ne pas se
brûler en tant
qu'intervenant. Ne
pas perdre espoir,
mais ne pas non
plus partir en
ballon. Philippe –
Intervenant, SIV
Diogène*

Principe d'intervention no 14 : La crise peut être saisie comme une occasion de faire des pas de plus dans l'intervention ; de montrer à la personne que l'intervenantE est digne de confiance, à la fois pour la contenir et pour demeurer auprès d'elle malgré les difficultés.

Principe d'intervention no 19 : Pour offrir des services à des individus à qui les autres ressources ne répondent pas, il faut de la créativité dans la marge. Devant la complexité des situations et l'interrelation des problématiques, il est nécessaire d'intervenir cas par cas.

Principe d'intervention no 20 : Quand l'intervention n'avance pas, que le lien n'est pas favorable, les intervenantEs doivent miser sur la continuité, faire preuve de souplesse et d'adaptation. Se permettre « l'informel structuré », le « small talk » finit par porter des fruits dans la construction d'une relation de confiance auprès de personnes souvent méfiantes.

Principe d'intervention no 21 : Parfois, la personne ne désire rien ; il est particulièrement difficile de susciter une motivation, une ambivalence et il faut attendre l'étincelle. Dans ces situations, il faut apprendre à percevoir la personne à travers son potentiel et son droit à l'autodétermination et faire attention à ne pas faire vivre un échec aux personnes en leur imposant notre regard, nos valeurs.

Principe d'intervention no 25 : Un enjeu important du travail d'intervention est de viser de petits pas et de mettre en valeur les petits succès réalisés par la personne.

**B. À votre avis, quels principes susciteront moins d'adhésion parmi les intervenants?
Comment proposez-vous que l'énoncé soit réécrit, s'il y a lieu?**

Principe d'intervention no 4 : Pour que le logement soit un levier vers le changement, il y a des compétences à vivre en logement, mais il y a aussi l'identité associée au logement. Pour accompagner la personne à se redéfinir en appartement, il faut travailler avec les objectifs qu'elle définit elle-même.

Par exemple, ça peut vouloir dire...

- Il est important que la personne choisisse son appartement. Sans l'inciter à être trop sélective, l'inviter à ne pas faire des choix précipités. Par ailleurs, tenir compte de la personne dans l'ici et le maintenant. Elle pourra déménager si ses besoins changent au fil du temps.
- Connaître le quartier contribue à une meilleure appropriation du logement. Marcher dans le quartier, c'est aussi une occasion pour la personne de raconter ce qu'elle connaît déjà des lieux.
- Les démarches pour avoir des papiers d'identité et un revenu peuvent s'inscrire dans un accompagnement vers un sentiment d'identité et d'appartenance.

Commentaires :

Les exemples initialement proposés pour illustrer la façon d'accompagner le développement d'un sens d'identité posent problème. Des exemples plus pertinents pour illustrer ce principe d'intervention ont été proposés:

Nancy L : Même si les personnes y réfléchissent longuement, ça ne veut pas dire que ce sera un bon choix, car elles ne savent pas toujours quels sont leurs critères de logement. Sans compter qu'on ne connaît pas quel sera le voisinage. (Nancy L.)

Isabelle B. : Dans la réalité, il est difficile de déménager, même si les besoins d'une personne changent. Les revenus ne changeront pas nécessairement, il y a des frais liés au déménagement.

Bertrand : Mettre de l'avant les contraintes réelles. Ce n'est pas impossible de déménager, mais ce n'est pas si simple.

Sophie : Parler plutôt d'appartenance au logement. Aider la personne à s'approprier son appartement par la décoration, le visuel, les meubles, la musique.

Élisabeth Ga. : Les sensibiliser au fait de ne pas amener la rue chez toi, c'est ton milieu à toi, c'est ton chez-toi, ce n'est pas parce que toi tu essaies de t'en sortir et que tu bénéficies d'une opportunité que tu dois faire venir le monde de la rue chez vous. Ça peut rester quelque chose de personnel.

Sylvie : L'appartenance, c'est aussi apprendre à connaître son quartier, car il fait partie de ton système.

Karine : Faire avec la personne, cuisiner, l'aider à apprendre à vivre en ce lieu.

Principe d'intervention no 5 : L'échange d'informations avec d'autres professionnels et l'accès aux dossiers doit être vu comme une démarche de second recours pour obtenir des informations à propos d'une personne : lorsque le lien direct avec cette dernière ne permet pas de recueillir l'information pour intervenir efficacement (informations contradictoires ou peu plausibles, refus de parler). Comme intervenantE, il arrive également de divulguer des informations pour permettre à des acteurEs autour de la personne de mieux la comprendre. À travers ces échanges d'informations, l'intervenantE est tenuE de préserver les droits de la personne à une vie privée.

Commentaires :

*Le groupe est d'accord avec la deuxième partie de l'énoncé. Mais en ce qui concerne la première partie, tout dépend de la situation. Oui, la personne est ma source principale d'informations. Ensuite, si elle est hospitalisée, oui on peut avoir besoin d'autres informations. **Suite à la discussion, le point a été réécrit en deux énoncés.***

Nancy C. : L'échange d'information n'est pas un second recours, c'est complémentaire, ça nous permet de mieux connaître la personne. Ça permet de savoir ce qui a été fait avant, pour explorer dans d'autres sens.

Marie-Jeannelle : Ça dépend des mandats du professionnel. Je suis infirmière, c'est important dans mon travail d'avoir dès le départ certaines informations sur la santé physique de la personne. C'est souvent une démarche de premier recours.

Nancy C. : Ça fait parfois 100 fois que les gens racontent leur histoire – l'échange entre professionnels leur épargne de répondre aux mêmes questions.

Élisabeth Ga. : Dans une approche multidisciplinaire, il peut être intéressant de se consulter entre intervenants et collaborer, éviter les clivages. On doit être vigilant quand on va chercher de l'information sur des démarches antérieures, mais pour ce qui est fait dans l'ici maintenant, dans les suivis parallèles, il est important qu'il y ait concertation.

Sylvie : Il n'est pas toujours nécessaire de faire venir les dossiers. On est souvent vite à faire signer des autorisations de communication.

Bertrand : Qu'on aille chercher de l'information ou qu'on en donne, les mêmes pensées doivent se poser: est-ce que c'est essentiel, avons-nous besoin de cette information-là?

Claire : Les besoins ne sont pas les mêmes dans le SIM et dans les équipes SIV.

Gabrielle : Il faut aussi des liens entre les intervenantEs SIV et IPS dans le cadre du projet.

Nathalie : Parfois, parce que nous avons une autorisation, nous voulons en savoir le plus possible sur la personne. Nous avons une éthique professionnelle et il y a bien des choses qui ne sont pas dans notre mandat de travail de savoir.

Jacques : Je ne suis pas mal à l'aise avec l'énoncé, le premier recours, c'est ce que la personne nomme, deux, c'est ce que j'observe. L'échange avec les membres de l'équipe c'est important aussi.

Heidi : Ce n'est pas une démarche de second recours comme règle générale.

Karine : Collaborer avec les autres équipes traitantes, si la personne est d'accord, peut être très très enrichissant.

Jacques : Ce qui me plaît dans l'énoncé c'est que les consentements sont pointus, libres et éclairés. Quand on travaille dans le réseau, souvent on oublie ça et on a tendance à discuter de n'importe quoi et de façon très large. Je trouve important que cet énoncé y soit. Il ne faut pas aller chercher de l'info pour de l'info. (Jacques)

Isabelle M. : Préserver la vie privée, ça a du sens pour nous ou pour eux? À l'intérieur du CSSS, tout le monde peut avoir accès aux dossiers, c'est beaucoup de gens. Dans le SIM, nous sommes 10 intervenants. C'est quoi la vie privée?

Julie : La continuité dans l'intervention dépend entre autres de l'échange entre les professionnels.

Maxime : Parfois, on arrive avec 5 formulaires de consentement, c'est sûr que la personne ne comprend pas tout ce qu'elle signe. (Maxime)

Le défi est de se garder un esprit frais, malgré tout ce qu'on a vu, tout ce qu'on a su.
Gilbert – consultant SIM

Principe d'intervention no 11 : En tout temps, il faut préconiser des interventions visant à atténuer les conséquences des risques que prennent les personnes. Malgré la vulnérabilité de certains individus, il est possible dans une perspective de réduction des méfaits, de travailler avec eux pour réduire les situations où ils se mettent en danger. Il ne s'agit pas d'empêcher l'individu d'adopter certains comportements à risque (consommations, prostitution, squatteurs, etc.), mais d'explorer avec eux les façons d'en minimiser les conséquences néfastes (overdose, agressions, judiciarisation).

Commentaires :

Sophie : Atténuer les conséquences des comportements des personnes n'est pas toujours la meilleure intervention. Parfois, pour changer des choses, il faut subir les conséquences. Tout faire pour atténuer les conséquences, je ne suis pas d'accord. Ça enlève des expériences enrichissantes. Enlever le « toujours ».

Principe d'intervention no 12 : Il ne faut pas confondre gestion du risque et évaluation de la dangerosité. Le travail de l'intervenantE consiste à évaluer la dangerosité et non pas à gérer les risques que prennent les personnes au sujet de leur propre vie. Le travail de l'intervenantE est cependant de nommer les risques, d'informer la personne sur les conséquences possibles de ses choix, sur ses droits, ses obligations; de l'outiller afin d'avoir d'autres avenues. À travers cela, ne pas créer une alliance de contrôle ni se donner un mandat coercitif.

Commentaires :

Jacques : Faire la différence entre danger et gestion du risque est une partie importante de notre travail. (Jacques)

Heidi : Ça ressortait tout à l'heure lors du tour de table de ne pas tomber dans l'urgence

Jennifer : Il faut faire attention de ne pas y aller selon nos valeurs

Départager entre consommation, trouble de comportement, etc. permet une première évaluation

Jacques : On a aussi une responsabilité professionnelle face aux personnes, à nous même, au public en général. Il faut évaluer, voir s'il y a à agir plus loin.

Élizabeth Ga. : C'est en apprenant sur la personne qu'on peut savoir si c'est un trouble de comportement ou autre.

Principe d'intervention no 13 : L'évaluation de la dangerosité doit se faire en équipe, en ayant pour balise un protocole de sécurité qui permet d'objectiver les situations, de prendre de la distance à l'égard des sensibilités individuelles et de réduire le stress du cas par cas. L'évaluation de la dangerosité relève du jugement de l'intervenantE et demande expertise et discernement. Sans compter qu'il peut être difficile d'évaluer la dangerosité quand on ne connaît pas les personnes ni d'un point de vue juridique, ni d'un point de vue de la santé physique et de la santé mentale.

Commentaires :

Claire : Dans le SIV, chacun fait l'évaluation en individuel, alors qu'au SIM, c'est un gros travail d'équipe.

Marie-Claude : Il m'a semblé qu'à travers l'année, il y a des critères d'objectivation qui s'établissent pour définir ce qu'est une situation dangereuse, un point de vue d'équipe qui est autre que le point de vue de chaque intervenant. Ça se fait dans les réunions d'équipe, au quotidien avec la chef d'équipe.

Karine : Dans le SIM, l'estimation de la dangerosité doit se faire à plusieurs, car nous avons tous des informations à divers moments sur la personne, c'est une combinaison d'observations, nous sommes plusieurs personnes à connaître le participant. Avec le SIV, on valide plus souvent avec une autre personne qu'avec l'équipe.

Nous ne sommes pas souvent conscients à quel point notre intervention dans un domicile peut être invasif. On arrive avec nos normes institutionnelles : il faut en être conscient et laisser à la personne la possibilité de garder l'institution dehors. À mon avis, c'est central.
Jacques - intervenant
SIV CSSSJM

Heidi : Ça change d'une équipe à l'autre, mais aussi d'une formation à l'autre. Les criminologues ont une façon de faire qui diffère d'un travailleur social, d'où l'importance de faire l'évaluation en équipe.

Sylvie : Chez la personne, nous faisons seule l'évaluation des risques.

Karine : Ou avec l'aide de UPS ou la chef d'équipe.

Claire : Cet énoncé parle de différentes choses : au quotidien, il y a l'utilisation des outils OMÉGA et il y a le cadre juridique. Il y a une définition légale de la dangerosité. Elle est notamment définie par la loi P38.

Gilbert : Il y a la grille OMÉGA. L'évaluation de la dangerosité ne peut être faite que par un médecin ou un établissement comme PINEL. Si elle est faite par l'équipe, notre évaluation a plus ou moins de valeur. Mais OMÉGA a une valeur reconnue. (Gilbert)

Sylvie : Ça s'appelle l'estimation du danger. (Sylvie)

Isabelle B. : C'est du cas par cas. Parfois il faut la faire sur le moment, on ne peut pas toujours se référer à l'équipe, aller vérifier. Parfois, on va appeler la coordonnatrice.

Élisabeth Gi. : Ce n'est pas censé être abstrait, ce n'est pas juste le feeling, ce doit être clair.

Maxime : Comme équipe SIM, on est tous mobilisés autour d'une situation de crise et tous interpellés à intervenir.

Principe d'intervention no 16 : Le suivi dans la communauté suppose de clarifier les paramètres d'une relation hors des bureaux, où les intervenantEs sont témoins de l'intimité de la personne. Un objectif de l'intervention est d'établir une relation égalitaire avec les personnes. Il faut du temps pour briser la relation d'autorité, car pour beaucoup de personnes les rapports de contrôles constituent un frein majeur à leur investissement.

Commentaires :

Jennifer : Les personnes ont parfois une expérience négative à l'égard des intervenants, mais à la longue on espère construire une relation basée sur le respect et moins sur l'encadrement.

Sabine : On parle tout de même de visites obligatoires chaque semaine.

Heidi : On doit aussi exiger un minimum de respect, il y a des paramètres. Par ex, la personne ne peut pas nous accueillir tout nu.

Bertrand : Il faut atténuer ce côté « imposé », mais on n'est pas un ami.

Benoît : En même temps, les visites à domicile peuvent mettre la personne dans l'action et être une occasion de briser l'isolement. Avec la visite d'un intervenant, peut-être qu'on s'organise un

peu mieux, on pense à l'accueillir. Ce n'est pas une relation d'amitié, ce qui n'empêche pas d'avoir de belles relations.

Heidi : Le mandat du projet se contredit dans le fait qu'il faut non seulement visiter, mais également surveiller : nous sommes dans la surveillance des factures, du logement, de la salubrité.

Marie-Jeannelle : Je ne le perçois pas comme de la surveillance, mais comme de l'accompagnement. On les outille.

Nathalie : Il y a peut-être de la surveillance liée avec des ententes dans le cadre du projet : Hydro, salubrité, le paiement du loyer. Par ailleurs, la nourriture dans le frigo, éviter d'être évincé, c'est plus de l'accompagnement.

Bertrand : Certaines personnes nous donnent le mandat : reflète-moi quel est l'état de mon logement. Là, on est dans l'accompagnement. On va faire de la surveillance si c'est le propriétaire qui nous appelle. (Bertrand)

Jacques : On fait peu de surveillance et beaucoup de relation d'aide. (Jacques)

Karine : On ne sera jamais dans une relation égalitaire, mais nous tendons vers cela. C'est une question de savoir-être. Attitude non jugeante, ouverture.

Principe d'intervention no 18 : Le travail d'intervention s'inscrit dans une approche systémique où l'on tient compte des proches des participants : colocataires, conjoints, parents, amis. La famille, les amis sont parfois des collaborateurs importants dans l'intervention.

Commentaires :

Alexandre : On ne doit pas toujours intervenir auprès des gens qui entourent les personnes. On ne fait pas de la thérapie familiale.

Claire : Ça demande de bien établir notre rôle à l'égard des propriétaires, famille, voisins, conjoints.

Sophie : On ne peut pas faire fit de l'environnement de la personne, prendre la personne à part.

Julie : C'est bien utile de collaborer avec les proches quand c'est possible. (Julie)

Isabelle B. : On a des exemples de concierge qui ont des problèmes de santé mentale, il faut en prendre et en laisser.

Élizabeth Gi. : Ça dépend du système autour de la personne. Si la famille est surtout dommageable pour la personne, il est important de le savoir aussi.

Julie : Si le proche est important dans la vie du participant, aidant ou pas, il faut en tenir compte.

Stéphanie : Il faut que la personne soit d'accord, c'est la première étape.

Jacques : Ça ne veut pas dire qu'il faut considérer les proches comme des intervenants, ils n'en sont pas. Mais ils sont importants, quand nous n'y serons plus, ils seront encore là.

Maxime : Il y a un travail d'évaluation qui est à faire de l'entourage. Qui sont les alliés, jusqu'où peut-on aller avec la personne ?

Jacques : Il faut rester centré sur la personne. Il est clair que le client, c'est la personne ; ce n'est ni le couple, ni la famille, ni le père.

Karine : Il y a parfois un travail de référence à faire.

Parfois c'est aidant, parfois ce n'est pas évident, mais il faut travailler avec les personnes dans l'entourage des participants.

Claire - chef de programme

Principe d'intervention no 24 : Il faut savoir distinguer entre bienveillance et rétablissement. Le rétablissement suppose un travail sur soi comme intervenantE, une autocritique et une remise en question des anciens réflexes d'intervention, une distance à l'égard d'une atteindre de résultats. Au départ d'un suivi, il y a souvent un écart entre le projet de vie tel qu'entendu par le participant et par l'intervenantE. Ça demande une vigilance constante de la part d'une équipe.

Commentaires :

Gilbert : Ce sont nous, comme intervenants, comme institutions qui sommes en rétablissement de nos interventions, de nos manières de faire trop paternalistes.

Nancy L. : Le rétablissement, c'est en l'appliquant dans nos vies qu'on peut le transmettre aux participants

Élizabeth Ga. : On peut parler des risques, mais il ne faut pas discuter le choix. C'est une question du respect. On peut amener la remise en question, mais elle ne soit pas être faite dans le jugement. La personne ne doit pas sentir quelle est ma position.

Bertrand : Parfois, la personne fait des choses qui nous touchent et nous sommes happés par des jugements.

Élizabeth Gi. : Il faut mettre de côté nos propres valeurs, parce que la personne veut seulement un peu de calme, on n'a pas nécessairement les mêmes ambitions. C'est là où la relation vise l'égalité, je n'impose pas ma vision, je vais peut-être te la nommer, mais je ne te dirai pas quoi faire.

Nancy L. : Il ne suffit pas de rester coller sur les objectifs définis avec la personne. Ça change, les personnes ne se connaissent pas toujours. Elles sont dans l'ici et maintenant, les rêves changent. Il y a aussi les situations au jour le jour qu'il faut gérer. Parfois, il faut ramener les personnes à la réalité – l'éventualité de perdre leur toit, etc.

Sylvie : L'équipe aussi est importante pour offrir du support.

Alexandre : Les réunions d'équipe sont un lieu important pour faire la part des choses, recentrer le suivi, recadrer nos propres attentes comme intervenant.

Continuer de voir la personne, rester là. Et à un moment donné elle décidera peut-être qu'il serait le temps de faire quelque chose. Ça demande de se rappeler qu'on est là pour la personne et pas pour nous.
Nathalie - intervenante SIM
CSSSJM

Ça fait partie de notre rôle d'aller chercher du soutien au sein de l'équipe pour ne pas imposer notre point de vue dans les suivis. Élizabeth Ga. -
Intervenante, SIV Diogène

Principe d'intervention no 26 : S'il n'y a pas de chemins déjà tracés aux suivis, il y a par ailleurs des critères pour discerner une intervention réussie. C'est le sentiment que quelque chose de différent est en train de se passer, un sentiment de satisfaction entre les intervenantEs, c'est l'intuition d'une réussite.

Commentaires :

Qu'est-ce qu'une réussite? Pour qui? Pour nous ou les personnes? Cet énoncé est à clarifier.

Offrir l'opportunité d'apprendre et d'expérimenter, c'est un critère d'une bonne intervention.

Stéphanie –
intervenante, SIM

Alexandre : La réussite sous-entend la performance, l'échec.

Bertrand : Ça change d'une journée à l'autre. Il faut le voir à long terme.

Nancy C. : On vise plutôt un mieux-être.

Jacques : Si on parle de réussite, il faut aller voir la personne avec son plan d'intervention et lui demander son impression là-dessus. C'est sa réussite à elle.

Benoît : Si la personne est engagée dans un processus de rétablissement, qu'elle adhère au rétablissement, si vous avez offert des outils. Si la personne adhère au rétablissement, vous avez déjà fait une grosse partie, même si demain elle va moins bien. On est en rétablissement. Un rétablissement réussi, ça n'existe pas.

Julie : Pour voir des résultats, il faut aller voir ce qu'en dit le participant.

Stéphanie : Le processus est très important. Si on fait des démarches pour avoir l'aide sociale et que ça ne fonctionne pas, la personne dira que ça n'a pas marché, alors que nous pouvons voir qu'à travers tout cela, la personne a eu l'opportunité d'apprendre, d'oser parler avec l'agent.

Élisabeth Ga. : Parfois, une bonne intervention, c'est ce qui fera réagir la personne, peut-être même que le lien se brisera.

Bertrand : C'est la personne qui nomme les critères pour baliser une bonne intervention. Là où elle était, là où elle voulait aller. Et si elle est en partie sur le chemin qu'elle souhaitait emprunter, c'est une bonne intervention. Ce sont des points de repère à partir de ce que la personne avait nommé.

Gilbert : Objectifs du client ou de celui du réseau? Idéalement, la combinaison des deux.

Karine : C'est quelque chose qui vient me chercher et qui me fait sourire à la fin d'une journée. Ça donne beaucoup d'énergie. Ce n'est pas quantifiable, ni nommables, c'est de l'ordre du senti. C'est notre petit high!

Stéphanie : On a tellement de choses à faire remplir : le plan de crise, le plan de rétablissement, à un moment donné il faut faire un budget, remplir la fiducie, avoir les cartes d'identité. Il t'a des délais. Quand est-ce que je m'assois avec une personne pour lui demander ce qu'elle veut faire? Ils sont habitués qu'on arrive avec des démarches à faire. C'est un beau principe, mais il y a tellement de choses à faire...

Si La personne est engagée dans un processus de rétablissement, il y a déjà de grands pas qui sont faits, même si elle se porte moins bien demain. Une personne EST en rétablissement; un rétablissement réussi ou achevé, ça n'existe pas.

Benoît – coordonnateur du comité des pairs-aidants

Tableau 1 - Degré d'adhésion aux 27 principes d'interventions proposés lors de la rencontre inter-équipe Chez soi à Montréal en 2011

<p style="text-align: center;">Adhésion aux énoncés proposés <i>(où 1 = totalement en désaccord, 2= plutôt en désaccord, 3= plutôt en accord et 4 = totalement en accord)</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 1</u> (8)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 2</u> (6)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 3</u> (8)</p>	<p style="text-align: center;">Bilan – 22 répondants</p>
ACCOMPAGNER UNE SORTIE DE LA RUE				
<p>N°1 : Un effort d'observation intensif est déterminant au cours des premiers mois en logement.</p>	3.8 /4	4 /4	3.8 /4	3.8 /4
<p>N°2 : Miser sur les forces des personnes, c'est aussi reconnaître l'expérience de la rue dans ses dimensions positives.</p>	3.6 /4	4 /4	3.9 /4	3.8 /4
<p>N°3 : Il faut cheminer entre espoir et réalisme lorsque la personne se familiarise à la vie en logement.</p>	3.4 /4	3.8 /4	3.6 /4	3.7 /4
<p>N°4 : Pour que le logement soit un levier vers le changement, il faut accompagner la personne à y développer un sens d'identité.</p>	3.9 /4	3.2 /4	3.4 /4	3.5 /4
<p>N°5 : L'échange avec d'autres professionnels est une démarche de second recours pour obtenir des informations sur une personne.</p>	2.8 /4	3.2 /4	3.5 /4	2.9 /4
DES PAS VERS UNE STABILITÉ EN LOGEMENT				
<p>N°6 : Il faut donner aux personnes l'opportunité d'expérimenter suffisamment longtemps la vie en logement.</p>	3.5 /4	3.8 /4	3.9 /4	3.7 /4
<p>N°7 : Pour répondre à l'isolement vécu en logement, favoriser le développement d'un réseau et la connaissance du milieu.</p>	3.9 /4	4 /4	3.8 /4	3.9 /4
<p>N°8 : « Faire avec » la personne permet de la sécuriser et de la motiver à demeurer en logement et aller vers un mieux-être.</p>	3.6 /4	3.8 /4	4 /4	3.8 /4
<p>N°9 : Il faut soutenir l'intégration en logement en lien avec les acteurs qui l'entourent.</p>	3.8 /4	3.8 /4	3.9 /4	3.8 /4
<p>N°10 : Le retour à la rue ne doit pas être interprété comme un échec de l'intervention.</p>	3.6 /4	4 /4	3.6 /4	3.7 /4
RISQUE, DANGÉROSITÉ ET CRISE				
<p>N°11 : Les interventions pour atténuer les conséquences des risques que prennent les personnes sont toujours à préconiser.</p>	3.5 /4	3.7 /4	3.5 /4	3.5 /4
<p>N°12 : Il ne faut pas confondre gestion du risque et évaluation de la dangerosité.</p>	3.6 /4	3.7 /4	3.8 /4	3.7 /4
<p>N°13 : L'évaluation de la dangerosité doit se faire en équipe, et en ayant pour balise un protocole de sécurité.</p>	3.8 /4	3.2 /4	3.8 /4	3.5 /4
<p>N°14 : La crise peut être saisie comme une occasion de faire des pas de plus dans l'intervention.</p>	3.6 /4	3.8 /4	4 /4	3.8 /4
<p>N°15 : Une balise centrale dans l'intervention à l'égard des comportements violents est la sécurité des intervenantEs.</p>	3.4 /4	4 /4	3.8 /4	3.7 /4

<p style="text-align: center;">Adhésion aux énoncés proposés</p> <p style="text-align: center;"><i>(où 1 = totalement en désaccord, 2= plutôt en désaccord, 3= plutôt en accord et 4 = totalement en accord)</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 1</u> (8)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 2</u> (6)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Groupe 3</u> (8)</p>	<p style="text-align: center;">Bilan – 22 répondants</p>
<p>SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ</p>				
<p>N°16 : Le suivi dans la communauté suppose de clarifier les paramètres d'une relation en hors des bureaux et où les intervenantEs sont témoins de l'intimité de la personne.</p>	3.6 /4	3.5 /4	3.6 /4	3.6 /4
<p>N°17 : Quand les objectifs d'intervention sont clairs, des accompagnements dans la communauté très variés sont possibles dans une visée thérapeutique.</p>	3.5 /4	3.8 /4	3.8 /4	3.7 /4
<p>N°18 : Le travail d'intervention s'inscrit dans une approche systémique où l'on tient compte des proches des participants.</p>	3.8 /4	3.5 /4	3.3 /4	3.5 /4
<p>OFFRIR DES SERVICES À UNE POPULATION MARGINALISÉE</p>				
<p>N°19 : Devant la complexité des situations et l'interrelation des problématiques, il est nécessaire d'intervenir cas par cas et de faire preuve de créativité.</p>	3.8 /4	4 /4	4 /4	3.9 /4
<p>N°20 : Quand l'intervention n'avance pas, que le lien n'est pas favorable, les intervenantEs doivent miser sur la continuité et faire preuve de souplesse.</p>	3.8 /4	3.7 /4	3.9 /4	3.8 /4
<p>N°21 : Il faut apprendre à percevoir la personne à travers son potentiel et son droit à l'autodétermination.</p>	3.6 /4	3.8 /4	3.9 /4	3.8 /4
<p>N°22 : Il est nécessaire d'appuyer les personnes dans l'expression de leurs besoins.</p>	3.6 /4	3.8 /4	3.8 /4	3.7 /4
<p>N°23 : Les contacts interpersonnels sont déterminants dans les collaborations avec d'autres services et ressources</p>	3.6 /4	4 /4	3.9 /4	3.8 /4
<p>LA POSTURE DES INTERVENANTeS EN RÉTABLISSEMENT</p>				
<p>N°24 : Les intervenantEs doivent distinguer entre bienveillance et rétablissement.</p>	3.6 /4	4 /4	3.4 /4	3.7 /4
<p>N°25 : Dans l'intervention, il faut viser de petits pas et de mettre en valeur les petits succès réalisés par la personne.</p>	3.7 /4	4 /4	3.9 /4	3.9 /4
<p>N°26 : S'il n'y a pas de chemins déjà tracés aux suivis, il y a par ailleurs des critères pour discerner une intervention réussie.</p>	3.3 /4	3.7 /4	3.4 /4	3.5 /4
<p>N°27 : Formations, soutien et outils cliniques sont essentiels afin de bien saisir le rôle de l'intervenantE en rétablissement.</p>	3.7 /4	3.8 /4	3.8 /4	3.8 /4

ANNEXE 3 –Priorisation des principes d'intervention (2013)

Consensus d'experts parmi les intervenants du projet Chez soi

- Un exercice de priorisation pour boucler l'exercice -

Bonjour à vous,
intervenantEs du projet de recherche et d'intervention Chez soi!

Avant que se termine le projet Chez soi, nous vous proposons un dernier exercice pour compléter le travail des dernières années visant à **documenter, valoriser et diffuser les pratiques d'intervention que vous avez développées** dans le cadre d'une approche logement d'abord – itinérance – santé mentale.

Il s'agit ici de **mettre en valeur les principes d'interventions** qui ont été identifiés et validés par les intervenants Chez Soi entre 2010 et 2013. Cette étape de priorisation est importante pour boucler l'exercice autour des consensus d'experts et pouvoir transmettre l'expertise qui a été développée au sein du projet Chez soi. Nous savons que quelque soit leur domaine d'expertise, les intervenants ont peu de temps pour la formation continue. C'est pourquoi, dans une optique de transmission d'une pratique, nous avons le souci de circonscrire quelques principes d'intervention qui, selon vous, devraient faire école et qui pourront donner lieu à un document suffisamment court pour être largement diffusé et consulté dans divers milieux de pratique et de formation.

Nous vous demandons ici d'identifier 5 principes d'interventions qui vous semblent incontournables à transmettre à d'autres dans le cadre d'une intervention combinant les réalités de l'itinérance / de la santé mentale / du logement, **en les notant de 1 à 5** dans la colonne de droite du tableau qui suit. Le principe identifié par le numéro 1 sera celui qui vous apparait le plus important de tous.

Merci de bien vouloir remettre ce petit questionnaire d'ici au **27 mars 2013** prochain!

Marie-Claude Rose, *professionnelle de recherche au CRÉMIS*

Roch Hurtubise, *directeur du département de travail social à l'Université de Sherbrooke et chercheur au CRÉMIS*

Parmi les 25 principes d'interventions suivants, identifiez-en 5 que vous estimez incontournables, en les numérotant de 1 à 5. Le 1 étant celui que vous considérez le plus important de tous.

25 Principes d'intervention	Énoncés		
1 - MISER SUR L'INTENSITÉ DU SUIVI LORS DE LA SORTIE DE LA RUE	Un effort d'observation et de présence soutenu est déterminant au cours des premiers mois en logement pour apprendre à connaître une personne, mettre en place des facteurs de protection et l'accompagner vers une stabilisation résidentielle.	3.5	
2 - TABLER SUR LES FORCES DONT TÉMOIGNE LE PARCOURS DES PERSONNES, DONT LEUR EXPÉRIENCE DE LA RUE	L'intervenantE doit garder en tête que vivre en situation d'itinérance demande des qualités et des aptitudes, s'inscrit dans une routine, des occupations et des facteurs de protection. Ce sont autant d'acquis sur lesquels doit d'appuyer le travail d'intervention et d'accompagnement.	7.5	
3 - ACCOMPAGNER LE CHOC DES « QUATRE MURS »	Dans l'accompagnement, il faut cheminer entre espoir et réalisme; accompagner à la fois l'enchantement d'avoir un toit et le désenchantement des difficultés qui y sont associées.	3.2	
4 - RÉVEILLER ET NOURRIR LE GOÛT POUR LA VIE EN LOGEMENT	Pour accompagner une stabilité résidentielle, l'intervenantE doit saisir le sens que les personnes accordent à leur « chez soi » et contribuer à la mise en place de conditions qui donnent aux personnes l'opportunité d'expérimenter suffisamment longtemps la vie sous un toit, de « goûter au plaisir d'être en logement», afin que ces dernières soient en mesure de faire un choix éclairé.	2	
5 - FAVORISER UN SENTIMENT D'IDENTITÉ AU LOGEMENT ET AU QUARTIER	Pour que le logement soit un levier vers le changement et s'inscrive dans un projet de vie, il y a des habiletés à acquérir, mais il y a aussi une appartenance au logement et au quartier à accompagner. Un objectif de l'intervention est que les gens puissent non seulement vivre de façon autonome en logement, mais qu'ils développent un sentiment d'appartenance à l'égard de celui-ci.		
6 - UNE RELATION D'INTERVENTION À CO-CONSTRUIRE POUR COLLABORER AVEC LA PERSONNE	Les règles de l'intervention sont à définir entre un intervenant (ou une équipe) et la personne desservie, afin d'établir un espace de collaboration et d'aller au-delà de la méfiance. Le suivi dans la communauté suppose de clarifier les paramètres d'une relation hors des bureaux, où les intervenantEs sont témoins de l'intimité de la personne et dont la présence peut être intrusive.	18.5	2
7 – AIDER LES PERSONNE À RENOUER AVEC ELLES-MÊMES (2013)	Un premier pas dans l'intervention auprès de personnes ayant un parcours d'itinérance, de toxicomanie et souffrant de troubles mentaux, consiste souvent à les aider à se reconnecter à elles-mêmes, à redevenir visibles à leurs propres yeux; à reprendre contact avec leurs besoins, leurs émotions et les joies simples de la vie.	11.8	3
8 - RÉPARER LES RELATIONS D'EXCLUSION	Une dimension importante du travail d'intervention est de contribuer à réparer les relations d'exclusions dans lesquelles se sont longtemps inscrites les personnes desservies. Il s'agit d'offrir un contexte propice pour bâtir une relation significative avec les personnes, puis de les accompagner dans l'établissement de relations satisfaisantes avec leur milieu et les services. Ce travail cible ainsi à la fois la personne et son environnement.	4.4	

9 - TRAVAILLER SUR LA BASE D'OBJECTIFS CLINIQUES ET UN MANDAT CLAIRS	Des objectifs d'interventions clairs permettent de donner sens à une pluralité d'accompagnements dans la communauté et à des collaborations très variées avec les différents acteurs autour de la personne.	7	
10 – TRAVAILLER AVEC LE RÉSEAU DE LA PERSONNE	Un réseau social positif constitue un important facteur de protection. Les intervenantEs doivent s'intéresser au réseau social de la personne tôt dans le suivi. Il ne s'agit pas de considérer famille et amis comme des intervenantEs, mais comme des personnes significatives dans le rétablissement des personnes et qui seront encore là lorsque les intervenantEs n'y seront plus.	5	
11 - IL FAUT TENIR COMPTE DE TOUS LES ACTEURS AUTOUR DU LOGEMENT (2013)	Il faut soutenir l'intégration en logement en lien avec les acteurs qui y gravitent. Dans le suivi, l'intervenant doit distinguer <i>défense des droits</i> et <i>défense des intérêts</i> . S'il faut parfois faire de la défense de droit pour protéger des individus vulnérables et instables, très souvent le travail est en un de médiation pour favoriser des échanges et contribuer à un environnement favorable autour de la personne.	7.6	
12 – DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS À BALISER	Si l'échange d'informations avec d'autres professionnels et l'accès aux dossiers sont parfois nécessaires pour mieux comprendre une personne et intervenir efficacement, à travers ces échanges, l'intervenantE a par ailleurs la responsabilité de garder un regard neuf sur les personnes et de s'assurer que la personne demeure un acteur central du suivi.		
13 – ÊTRE PROACTIFS DANS LA PROTECTION DES DROITS	Les intervenantEs doivent garder en tête qu'ils/elles s'adressent à des personnes qui ont souvent été bafouées dans leurs droits. Il faut leur donner l'occasion de s'exprimer, de s'opposer.	1.6	
14 – SAVOIR PRENDRE LA DIRECTION CLINIQUE D'UN SUIVI (2013)	Devant des situations très complexes combinant chronicité de l'itinérance-santé mentale-santé physique-toxicomanie, où les personnes ne trouvent pas réponse à leurs besoins, il faut qu'un intervenant prenne le leadership clinique du dossier et mobilise le réseau des services afin que le regard se tourne VERS la personne.	11	4
15- ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS	Si l'intervention vise rarement « l'arrêt d'agir », il est souvent indiqué de travailler avec les personnes afin de limiter les inconvénients liés à certains comportements à risque. Les effets négatifs que les intervenants souhaitent prévenir sont non seulement liés à la santé physique, mais sont également d'ordre psychosocial : viser une stabilité en logement, entretenir de bons liens avec l'entourage, développer une meilleure estime de soi, etc.	3	
16 – À LA FOIS OUVERTS ET PROACTIFS FACE À LA DÉPENDANCE (2013)	La dépendance doit être abordée à la fois avec sérieux, souplesse et ouverture. On prend la personne où elle est, sans exiger qu'elle soit à jeun pour travailler avec elle. Lorsque la personne n'est pas prête à cesser de consommer, et une fois réalisée l'estimation des risques, il faut être tolérants et continuer de l'accueillir, sans tabou ni jugement, en faisant de l'éducation là où c'est possible.	6.8	
17 – CONSTRUIRE UN REGARD SUR LES SITUATIONS D'URGENCE	Se positionner à l'égard de la crise est un enjeu central dans le travail d'intervention. Les intervenantEs ont une responsabilité professionnelle à l'égard des personnes, du public en général et d'eux-mêmes. Cela dit, l'estimation	8	5

	de la dangerosité doit s'inscrire dans une vision à court-moyen-long terme et la personne ne doit pas être réduite à la situation d'urgence. En apprenant à mieux connaître une personne, les intervenantEs sont mieux à même d'identifier quelle est la nature d'une crise, et quelle est l'intervention appropriée.		
18 – SAISIR LES CRISES ET LES RETOURS À LA RUE POUR FAIRE DES PAS DE PLUS DANS L'INTERVENTION	Les retours à la rue et les crises ne doivent pas être interprétés comme des échecs, mais être saisis comme une occasion pour la personne de faire des apprentissages, réviser certains choix et de repartir sur de nouvelles bases.	8.1	
19 – FLEXIBLE ET STRATÉGIQUE À L'ÉGARD DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS	Il faut permettre l'expression de la colère, bien que tout ne soit pas acceptable. On doit notamment évaluer de quelle nature relève le comportement violent et distinguer entre des comportements agressifs dirigés vers l'intervenantE et ceux qui ont un autre objet. C'est à cette condition qu'il devient possible d'entrer en lien et d'offrir des services à des gens en marge du système de soins.	3.4	
20 – CONSTRUIRE LE REGARD PORTÉ SUR LES PERSONNES	L'approche du rétablissement demande un travail sur soi comme intervenantE, une remise en question des anciens réflexes d'intervention et une mise à distance face aux exigences d'atteindre des résultats. Il y a un travail sur le regard à faire : apprendre à percevoir la personne à travers son potentiel et son droit à l'autodétermination. Rester vigilant de ne pas faire vivre un échec aux personnes en leur imposant le regard et les valeurs de l'intervenantE.	1.6	
21 - SE POSITIONNER À CÔTÉ DE LA PERSONNE	Un rôle principal de l'intervenantE est d'accompagner la transition et la transformation de la personne; de laisser la personne émerger; de l'aider à se reconstruire, se redécouvrir. Cela demande de se positionner à côté d'elle et d'oser de nouvelles avenues.	5.1	
22 – NOURRIR DES ATTENTES À LA FOIS RÉALISTES ET AMBITIEUSES	Il faut avoir des attentes et des ambitions pour la personne, sans trop lui en demander. Un enjeu important du travail d'intervention est de viser de petits pas et de mettre en valeur les petits succès accomplis par la personne.	1.2	
23 – CULTIVER LA TÉNACITÉ ET LA PATIENCE DANS UNE INTERVENTION QUI S'INSCRIT DANS LE MOYEN - LONG TERME	Quand l'intervention n'avance pas, que le lien n'est pas favorable, que la personne n'est pas engagée vers son rétablissement, les intervenantEs doivent miser sur la continuité et faire preuve de souplesse.	6.4	
24 – SAVOIR RECONNAÎTRE DE BONNES INTERVENTIONS	S'il n'y a pas de chemin déjà tracé pour réaliser de bons suivis, il y a un standard à construire sur ce qu'est une intervention réussie. Il est important comme intervenantEs de savoir reconnaître lorsqu'on est sur la bonne voie dans le cadre d'un suivi, sachant que l'intervention s'inscrit dans le long terme.		
25 – ENCOURAGER LA CRÉATIVITÉ NÉCESSAIRE POUR INTERVENIR AUPRÈS DE POPULATIONS MARGINALISÉES	Offrir des services à des personnes à qui les autres ressources ne répondent pas demande de la créativité dans la marge. Devant la complexité des situations et l'interrelation des problématiques, il est nécessaire d'intervenir au cas par cas. Il est notamment important de multiplier les occasions d'échanger entre professionnels pour raffiner le jugement clinique, ainsi que d'avoir le support de la direction pour sortir des sentiers battus.	18.6	1

Annexe 4 - Formulaire de consentement pour une entrevue individuelle

Projet de recherche financé par le Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI)
Programme de développement des connaissances sur l'itinérance, Gouvernement du Canada, sous la responsabilité de Roch Hurtubise (Université de Sherbrooke).

Ce projet vise les objectifs suivants:

- a. Constituer une banque de récits de pratiques des équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) auprès de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale. (30 au total)
- b. Analyser ces récits pour dégager les dimensions qui sont favorables à l'innovation et pour saisir les variations des réponses selon les régions et selon les contextes (période de l'année, situation de crises, etc.)
- c. Rendre cette banque disponible pour les besoins de formation continue ou de formation initiale (stagiaires, intervenants nouvellement arrivés)
- d. Informer et diffuser le savoir sur ces pratiques en les rendant plus visibles

La participation demandée et la confidentialité

Par le présent formulaire, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé à une entrevue à propos d'une pratique (ou plusieurs) que vous jugez particulièrement exemplaire dans votre travail auprès des personnes en situation d'itinérance. L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone numérique et fera ensuite l'objet d'une analyse de contenu en vue de rédiger le récit de pratique. Comme participante ou participant à cet enregistrement, vous pouvez être assurés de la confidentialité des informations fournies. Vous pouvez aussi être assurés de la confidentialité des informations qui seront livrées à propos de vos pratiques d'intervention. Lors de cette entrevue nous débiterons la cueillette d'information à propos de cette pratique. Des conversations subséquentes permettront de compléter cette cueillette d'information et de valider le récit de pratique produit par les responsables de l'équipe de recherche.

Les fichiers audio numériques ainsi que leurs retranscriptions seront conservés durant la recherche et pour une durée maximale de cinq ans, en lieu sûr (accès aux fichiers nécessitant un mot de passe) et ne seront utilisés, en communication ou publication, qu'en respectant l'anonymat des sources. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude ou qui sont concernées par les récits de pratique n'apparaîtra dans les rapports ou articles. Afin de favoriser la diffusion de la connaissance des pratiques des équipes itinérances, nous prévoyons rendre disponible les récits de pratique sur le site web du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS).

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous permettra de réfléchir à votre pratique en situant les conditions favorables à l'innovation et d'en saisir les limites et les enjeux. Le partage des récits au sein de votre équipe et avec les autres équipes itinérance pourraient vous permettre de faire ressortir de nouvelles pistes d'interventions et d'enrichir votre pratique comme professionnel et comme équipe. De plus, vous aurez l'opportunité de mieux faire connaître votre approche innovante puisque plusieurs modalités de diffusion des récits de pratique sont prévues (rapport de recherche, site web, formation aux stagiaires et nouveaux employés).

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Vous aurez à donner de votre temps soit environ 90 minutes. Du point de vue éthique, ce projet se situe sous le seuil du risque minimal puisque les inconvénients associés à votre participation sont comparables à ceux rencontrés dans votre pratique quotidienne d'intervenant.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Résultats de la recherche et publication Comme indiqué plus haut, vous serez informé des résultats de la recherche et vous devez savoir que l'information recueillie pourra être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche. Vous serez invités à une rencontre inter équipes pour prendre connaissance des résultats de l'ensemble du projet.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 821-8000 poste 62644 (ou le numéro sans frais de l'Université de Sherbrooke (1-800-267-8337), ou par courriel à: **cer_lsh@USherbrooke.ca**.

Personne à contacter en cas de plainte au CSSS Jeanne Mance

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter madame Nadine Mailloux, commissaire aux plaintes du CSSS Jeanne-Mance en composant le numéro suivant : 514 525-900 poste 6207

Identification du responsable du projet

Roch Hurtubise

Coresponsable scientifique du Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI) et chercheur membre du Centre de recherche sur les inégalités, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

Département de service social

Université de Sherbrooke

Sherbrooke (Qc)

J1K 2R1

Téléphone (819) 821-8000 (62969)

Courriel : Roch. Hurtubise@Usherbrooke.ca

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature

Date: _____

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les responsables de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé à participer à cette nouvelle recherche :

Oui

Non

Déclaration de l'intervieweur

Je, _____ certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à respecter la confidentialité des propos échangés.

Signature de l'intervieweur : _____

Fait à _____, le _____

ANNEXE 5 - Formulaire de consentement pour une entrevue de groupe

Projet de recherche financé par le Secrétariat des partenariats de lutte à l'itinérance (SPLI)
Programme de développement des connaissances sur l'itinérance, Gouvernement du Canada, sous la responsabilité de Roch Hurtubise (Université de Sherbrooke).

Ce projet vise les objectifs suivants:

- a. Constituer une banque de récits de pratiques des équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) auprès de personnes itinérantes avec des problèmes de santé mentale. (30 au total)
- b. Analyser ces récits pour dégager les dimensions qui sont favorables à l'innovation et pour saisir les variations des réponses selon les régions et selon les contextes (période de l'année, situation de crises, etc.)
- c. Rendre cette banque disponible pour les besoins de formation continue ou de formation initiale (stagiaires, intervenants nouvellement arrivés)
- d. Informer et diffuser le savoir sur ces pratiques en les rendant plus visibles

La participation demandée et la confidentialité

Par le présent formulaire, nous sollicitons votre consentement libre et éclairé à une entrevue de groupe avec les membres de votre équipe d'intervention à propos des pratiques que vous jugez particulièrement exemplaires dans votre travail auprès des personnes en situation d'itinérance. Les entrevues seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone numérique et feront ensuite l'objet d'une analyse de contenu en vue de rédiger les récits de pratique. Comme participante ou participant à ces enregistrements vous pouvez être assurés de la confidentialité des informations fournies. Vous pouvez aussi être assurés de la confidentialité des informations qui seront livrées à propos de vos pratiques d'intervention. Lors de la première entrevue nous identifierons les pratiques que vous jugez exemplaires et nous débiterons la cueillette d'information à propos de ces pratiques. Des conversations subséquentes permettront de compléter cette cueillette d'information et de valider les récits de pratique produits par les responsables de l'équipe de recherche.

Les fichiers numériques ainsi que leurs retranscriptions seront conservés durant la recherche et pour une durée maximale de cinq ans, en lieu sûr (accès aux fichiers nécessitant un mot de passe) et ne seront utilisés, en communication ou publication, qu'en respectant l'anonymat des sources. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude ou qui sont concernées par les récits de pratique n'apparaîtra dans les rapports ou articles. Afin de favoriser la diffusion de la connaissance des pratiques des équipes itinérances, nous prévoyons rendre disponible les récits de pratique sur le site web du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS).

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous permettra de réfléchir à votre pratique en situant les conditions favorables à l'innovation et d'en saisir les limites et les enjeux. Le partage des récits au sein de votre équipe et avec les autres équipes itinérance pourraient vous permettre de faire ressortir de nouvelles pistes d'interventions et d'enrichir votre pratique comme professionnel et comme équipe. De plus, vous aurez l'opportunité de mieux faire connaître votre approche innovante puisque plusieurs modalités de diffusion des récits de pratique sont prévues (rapport de recherche, site web, formation aux stagiaires et nouveaux employés).

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Vous aurez à donner de votre temps soit environ 90 minutes par entrevue. Du point de vue éthique, ce projet se situe sous le seuil du risque minimal puisque les inconvénients associés à votre participation sont comparables à ceux rencontrés dans votre pratique quotidienne d'intervenant.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans le cas où un des membres de l'équipe se désiste, les données livrées jusqu'au désistement seront conservées puisqu'il s'agit d'une entrevue de groupe.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Résultats de la recherche et publication Comme indiqué plus haut, vous serez informé des résultats de la recherche et vous devez savoir que l'information recueillie pourra être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche. Vous serez invités à une rencontre inter équipes pour prendre connaissance des résultats de l'ensemble du projet.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 821-8000 poste 62644 (ou le numéro sans frais de l'Université de Sherbrooke (1-800-267-8337), ou par courriel à: **cer_lsh@USherbrooke.ca**.

Personne à contacter en cas de plainte au CSSS Jeanne Mance

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter madame Nadine Mailloux, commissaire aux plaintes du CSSS Jeanne-Mance en composant le numéro suivant : 514 525-900 poste 6207

Identification du responsable du projet

Roch Hurtubise

Coreponsable scientifique du Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI) et chercheur membre du Centre de recherche sur les inégalités, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

Département de service social

Université de Sherbrooke

Sherbrooke (Qc)

J1K 2R1

Téléphone (819) 821-8000 (62969)

Courriel : Roch. Hurtubise@Usherbrooke.ca

Consentement libre et éclairé

Je, _____, déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature

Date: _____

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les responsables de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé à participer à cette nouvelle recherche :

Oui

Non

Déclaration de l'intervieweur

Je, _____ certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à respecter la confidentialité des propos échangés.

Signature de l'intervieweur : _____

Fait à _____, le _____