

Communiquer dans un univers en mouvement :

L'organisation du travail d'une équipe interdisciplinaire

— Résumé —

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

L'équipe 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.



nem_youth, 2006. Certains droits réservés. CC

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.

« On n'arrête pas les services, on n'arrête pas les soins, ni la communication. J'ai la chance d'avoir toutes ces personnes autour de moi qui ont leurs propres expertises. On a toujours un coup d'avance. »

Équipe SIM CSSS J-M
Projet Chez soi

Une équipe SIM – itinérance

L'équipe SIM du projet Chez soi est la première équipe de suivi intensif à Montréal qui est spécifiquement destinée aux personnes en situation d'itinérance et souffrant de troubles graves de santé mentale (schizophrénie, troubles affectifs bipolaires, dépression et trouble sévère de la personnalité). Certaines de ces personnes ont longuement été à la marge des services sociaux et de santé. L'équipe s'adresse à une population hétéroclite, composée de personnes aux trajectoires et aux difficultés nombreuses et variées, ce qui pose des défis particuliers pour offrir une intensité de suivi dans le milieu et organiser le travail entre les divers professionnels. La chef d'équipe compare ici la population desservie au projet Chez soi par rapport aux usagers des équipes de suivi intensif en milieu hospitalier.

En comparaison de la clientèle des SIM hospitaliers, les personnes que nous desservons au projet Chez soi ont souvent une santé mentale moins stable, car elles nous arrivent directement de la rue, sans avoir fait un séjour préalable à l'hôpital : elles

sont souvent sans diagnostic, peu ont une médication et certaines ne sont même pas connues des hôpitaux. La majorité se compose de consommateurs actifs. Plusieurs sont sans papier. Nous ne connaissons pas la personne lorsqu'elle emménage en logement et c'est dans le contexte de l'appartement que l'équipe apprend à travailler avec elle.

Les personnes à qui s'adresse le SIM-itinérance font face à de multiples problématiques : la personnalité, la dépendance, les nombreuses ruptures de lien avec les soins et avec la communauté. L'organisation actuelle des services fait en sorte qu'on « échappe » plusieurs personnes qui vivent à la rue et souffrent de troubles graves de santé mentale. Lorsque les personnes vont à l'urgence médicale pour y recevoir des soins, le plus souvent, elles ne sont pas évaluées pour établir si elles sont psychotiques, parce qu'elles sont amenées à l'urgence pour divers problèmes physiques (engelures, coup de chaleur, plaies). Puis elles sont retournées à la rue sans que les hôpitaux fassent de liens avec les ressources en itinérance susceptibles de les connaître. D'autre part, l'accès aux urgences psychiatriques pour les personnes en situation d'itinérance s'établit sur la base

d'une rotation des établissements à la semaine. Ceci fait en sorte que des interventions peuvent se multiplier aux quatre coins de la ville sans que les personnes soient connues du personnel hospitalier. Certaines personnes ont également signé plusieurs refus de traitement. Sans compter que plusieurs trop peu organisées pour se présenter à un rendez-vous. Ce sont des personnes qui ne connaissent pas nécessairement à quelles portes de l'institution il faut cogner. Ce qu'elles connaissent, c'est la rue.

En comparaison d'un SIM hospitalier, les limites sont plus loin et l'intensité du suivi est plus grande. Si nous ne sortons pas des règles rigides, nous ne pourrions pas aller vers les personnes. Ainsi, notre travail consiste d'abord à reconnaître les personnes. On est dans la création du lien, on crée les opportunités pour rappeler à la personne que nous sommes là, par une présence sur la rue, en prenant un café. On s'adresse à des personnes qui vivent plusieurs enjeux et problématiques simultanément : il faut prendre le temps.

Il faut savoir tolérer une certaine zone d'inconfort comme intervenant, un certain flottement, un processus de psychoéducation généralement très lent. Et il faut apprendre à faire confiance à la personne, la laisser donner le cadre de l'intervention et lui offrir des services en fonction de ses besoins.

Étant donné le profil des personnes desservies et puisque dans le cadre du projet Chez soi elles sont installées en logement dès le départ du suivi, nous sommes beaucoup dans la gestion du risque – pas de la santé mentale nécessairement, mais de la toxicomanie, de la judiciarisation et des troubles de comportement – et dans la réduction des méfaits. Certaines personnes qui vivent en situation d'itinérance sont ambivalentes à l'égard d'un logement, notamment parce que ça signifie de payer un loyer, moins de liberté, plus de responsabilités et de contraintes. En comparaison, lorsqu'on offre un logement à quelqu'un qui est hospitalisé depuis trois mois, et qui rêve d'avoir un logement depuis dix ans, ça fait toute la différence. La personne institutionnalisée veut le logement et ça constitue un important levier dans

l'intervention pour induire un changement. La personne est notamment prête à payer un loyer. Mais la clientèle à Chez soi connaît bien les ressources de la rue et certaines personnes sont ancrées dans cet univers et y bénéficient d'une certaine autonomie. Parfois, le logement est envisagé comme une option parmi d'autres. Alors, l'offre d'un logement n'est pas nécessairement un levier dans l'intervention au départ du suivi. Ce sont deux mondes très différents!

En tant qu'intervenants, nous faisons face à une personne ambivalente, qui se cherche. Elle nous arrive avec toute sa complexité, tout son bagage. Elle n'arrive pas graduellement, elle arrive d'un coup et parfois avec tout l'épuisement des autres ressources. **Nous ne savons jamais de quelle façon nous devons accompagner les personnes. Mais nous savons qu'il faut être très présent. L'intensité au début du suivi est centrale.** Ainsi, une équipe SIM-itinérance est dans l'outreach, dans la création du lien et dans une constante évaluation des risques.



LotusHead, 2004. Certains droits réservés. CC

Répartir les rôles dans une équipe interdisciplinaire

Le SIM vise à créer un lien de confiance entre la personne desservie et une équipe, plutôt qu'avec un intervenant en particulier. Au quotidien, les dix professionnels de l'équipe sont appelés à se répartir les interventions auprès des différentes personnes desservies par l'équipe. Pour clarifier leurs rôles auprès de ces dernières, les intervenants se positionnent soit comme intervenant-pivot (ratio de 8 personnes par intervenant), membres d'une « mini-équipe » ou plus généralement en tant que spécialiste lors des discussions cliniques réunissant tous les professionnels de l'équipe.

Dans la planification de l'intervention clinique, un intervenant pivot et une mini-équipe sont assignés à chaque participant. « L'intervenant pivot » est celui qui veille à la continuité du suivi et qui a tout le dossier en tête : il possède une connaissance fine des diverses démarches qui ont été réalisées, il a en tête le plan de rétablissement (ou plan d'intervention) et les prochains pas prévus dans le cadre du suivi. C'est celui qui garde

le recul sur l'intervention, coordonne plusieurs personnes autour du participant, veille à ce que l'information soit communiquée et que le participant développe des liens avec tous les intervenants. **Si l'intervenant pivot coordonne le suivi, il n'effectue cependant pas la majorité des interventions, comme dans la formule du gestionnaire de cas. Cela requiert de transmettre une vision, de bien passer le relais et d'utiliser divers outils de travail afin d'assurer une fluidité dans les suivis.** Ça demande également de faire confiance à ses collègues. Comme chef d'équipe, je vois aussi à gérer les horaires afin que plusieurs professionnels de l'équipe interviennent auprès d'une personne et que ça ne devienne pas de la gestion de cas.

Outre l'intervenant pivot, chaque participant est également entouré d'une « mini-équipe ». Cette dernière est composée de quelques intervenants, selon les compétences exigées pour offrir un soutien adéquat à une personne à un moment donné. Les intervenants d'une mini-équipe se

rencontrent lorsqu'il y a une réorientation du suivi ou des impasses dans l'intervention. Ce sont eux qui valident le plan de rétablissement et qui apportent diverses solutions aux enjeux rencontrés. Ce sont également eux qui ont le dernier mot lorsqu'on a une décision à prendre. Les intervenants de la mini-équipe établissent un consensus entre eux, puis le reste de l'équipe va adhérer à la stratégie proposée. Même si un autre intervenant de l'équipe pense que ce n'est pas le bon chemin, on va l'essayer. Parfois, on peut avoir des surprises.

C'est lors de la rencontre hebdomadaire que tous les membres de l'équipe peuvent partager des stratégies d'intervention, exprimer leurs opinions et s'assurer que tous utilisent les principes du rétablissement. Les dix intervenants se réunissent un après-midi par semaine pour réfléchir aux défis cliniques de l'heure. Nous commençons la rencontre en partageant nos coups de cœur de la semaine au sujet des petites victoires des participants. Puis nous faisons des discussions cliniques, où l'intervenant pivot présente d'abord les enjeux de l'intervention auprès d'une personne, les essais, les erreurs, les bons coups, les culs-de-sac. Tous les intervenants mettent à profit leur

expertise pour réfléchir aux suites de l'intervention. S'il s'agit d'une intervention liée à des compétences spécifiques à certains spécialistes de l'équipe (démarches légales, toxicomanie, aptitudes à la vie quotidienne, partage d'expériences, défense de droit, évaluation psychosociale, psychiatrie, santé physique), il pourrait être convenu que ce spécialiste soit appelé à intervenir plus souvent auprès de la personne dans le cadre des prochaines semaines ou des prochains mois.

Nous travaillons avec les rêves des personnes, à ce qui les raccroche un peu à la vie. Que ce rêve soit réalisable ou non, des pas peuvent être faits en ce sens. Cela dit, il arrive que comme intervenants, nous perdions un peu de vue les rêves, car ce qui entre également en ligne de compte et qui vient parfois brouiller les cartes, ce sont la maladie, la toxicomanie, les démarches pour l'obtention des papiers d'identité, etc. Parfois, nous sommes trop absorbés par le quotidien des personnes. **En tant qu'équipe, nous nous rappelons à l'ordre lorsqu'un suivi est trop centré sur les problèmes vécus par la personne, afin de nous recentrer sur ses rêves.**



krappweis, 2013. Certains droits réservés. CC

Mon rôle comme chef d'équipe est d'apporter du support clinique aux intervenants, de regarder avec eux les plans d'interventions. Je les accompagne pour sortir de certaines impasses cliniques, je les amène à réfléchir sur leurs interventions. Sachant qu'il n'y a rien d'écrit d'avance. On n'a pas les réponses à tout en tant que chef d'équipe. On en discute. Ces rencontres individuelles permettent notamment de valider les intervenants dans leur rôle, leur profession, leurs actes réservés.

Les rencontres hebdomadaires sont également l'occasion de réfléchir à l'organisation du travail et aux occasionnelles tensions vécues avec d'autres organismes ou instances. Quand on parle de communication, il faut aussi considérer les différents partenaires et les acteurs autour de la personne. Entre autres, dans le cadre du projet Chez soi, l'équipe logement et l'équipe des intervieweurs font partie de l'équipe autour de la personne. Ils font partie des lunettes dont on a besoin pour savoir comment va la personne, pour avoir de ses nouvelles sous différents points de vue.

Comme chef d'équipe, je suis aussi régulièrement en dialogue avec la psychiatre de l'équipe. Cette dernière a une grande responsabilité en regard des personnes desservies. Et nous sommes ses lunettes sur le terrain. C'est en collaboration avec la psychiatre qu'on évalue l'intensité des services nécessaire, la possibilité de faire des transferts vers d'autres équipes. Il faut aussi se coordonner dans l'organisation du travail, prévoir les visites à domicile de la psychiatre, identifier des projets à mettre en place.

J'ai également de nombreuses discussions avec le pair aidant. Faire confiance aux usagers, ça passe aussi par le fait de rester connecter au savoir expérientiel qu'apporte un pair aidant. Le pair aidant est une personne qui a fait l'expérience de problèmes de santé mentale, de l'itinérance et qui est passée par l'institution. Je le rencontre parfois avant les réunions d'équipe pour connaître son point de vue clinique. C'est un peu le baromètre de l'équipe. C'est aussi une personne qui est interpellée pour des interventions spécifiques, notamment pour dialoguer avec les proches de la personne.

« Faire la circulation quotidienne » : des outils de travail pour une bonne communication

Au quotidien, les cliniciens sont appelés à posséder une connaissance générale de tous les suivis. L'équipe offre notamment une permanence téléphonique jour et nuit, en cas d'urgence. Dans ce contexte, la transmission rapide et efficace de l'information entre les intervenants est centrale. Les intervenants du SIM travaillent dans un espace commun avec les mêmes documents. Divers outils de communication ont été mis en place ou adaptés afin de favoriser la communication dans l'équipe et les interventions à réaliser sont réparties tous les matins entre les différents intervenants de l'équipe.

L'intensité du travail a un impact sur la communication. Les journées sont bien remplies et il y a constamment de l'imprévu. Nous desservons une population qui est confrontée à différents défis et auprès de laquelle nous devons régulièrement être en évaluation des risques; cela représente, pour nous aussi, toute une charge émotive.

Dans un SIM, il faut que ça roule et que la communication entre les intervenants soit fluide. Pour ça, il faut mettre en place de bons outils.

Un important enjeu de communication dans l'équipe est de rester informer de chacun des suivis. Il faut que les rencontres et les démarches soient consignées, transmises d'un intervenant à l'autre et que toute l'équipe soit au fait des stratégies d'intervention. Il est également important que tous les intervenants de l'équipe connaissent les apprentissages réalisés avec la personne à propos de la façon de l'aborder, ce qu'il est préférable de ne pas dire, les interventions qui ont porté des fruits.

Une réunion d'équipe se tient tous les matins, où sont brièvement passés en revue les suivis auprès de chacune des personnes. Les activités de la journée sont coordonnées au moment de cette réunion et les tâches à faire y sont distribuées entre les intervenants. Pour chaque participant, on identifie, s'il y a lieu, les interventions prévues pour la journée, comment la dernière rencontre s'est déroulée et les faits importants à signaler à l'équipe. Il faut apprendre à dire l'essentiel de façon concise.

Lors de cette rencontre, les cliniciens se tiennent informés des objectifs d'intervention auprès de chaque personne. La distribution des médicaments est également organisée par l'infirmière au cours de cette rencontre, au fur et à mesure que nous révisons les interventions de la journée. Le matin, nous répartissons le travail à faire; ce n'est pas le temps de préparer l'intervention, ni de chercher des papiers. Lorsque les intervenants pivots planifient les visites à domicile, les démarches sont clairement définies et tous les documents nécessaires sont préparés. Il faut que tout le monde soit là à l'heure. C'est une rencontre brève de 45 minutes. Il a fallu habituer l'équipe à relayer les discussions cliniques aux mini-équipes : « Qui est l'intervenant-pivot? Consulte ta mini-équipe, prenez une décision. »

Il est impossible de déterminer un horaire à l'avance dans une équipe SIM, puisqu'il y a régulièrement de nouvelles situations qui se présentent : hospitalisation, crise, incarcération. Sur un grand tableau sont inscrits tous les jours de la semaine, ainsi que les personnes à voir et certaines routes sont déjà préétablies. Notre territoire couvre toute l'île de Montréal – comparativement à un SIM hospitalier où toutes les personnes desservies sont dans un secteur restreint de



la ville - et il faut s'assurer de faire des routes de visite qui tiennent compte de la localisation des personnes dans la ville. Toutes les personnes sont à l'horaire, mais on ne décide pas à l'avance de qui fera quoi, jamais. Ça se décide le matin même. C'est sur la base d'un agenda (kardex) que sera établi, lors de la réunion quotidienne quel intervenant part sur quelle route.

L'agenda est un document synthèse qui permet de garder le fil des interventions faites et à faire et qui peut être consulté en un coup d'œil. Il s'agit d'une page cartonnée qui rassemble les informations les plus importantes au sujet d'une personne dans le cadre du suivi. La page se présente sous la forme d'un horaire du lundi au dimanche, divisé am et pm. On inscrit à la mine les rendez-vous et ce qu'il y a à faire. L'agenda est mis à jour plusieurs fois par semaine, afin que l'intervenant qui visite la personne à domicile soit bien préparé pour la rencontre. La liste des interventions est rédigée en fonction des priorités et donne le portrait de la direction d'un suivi : on voit le plan de rétablissement de la personne à travers cette liste. Lorsque des interventions sont réalisées, elles sont cochées. Dans une autre case, nous écrivons l'horaire de la distribution des médicaments et de l'argent au cours de la semaine.

La page d'agenda de chaque participant est rassemblée dans un même cartable. Tous les matins, on la regarde et on sait ce qu'il y a à faire dans la journée. On vient d'alléger la communication, mais aussi de transmettre les informations. Une seule personne prend le cartable des agendas (kardex) et anime la rencontre du matin. L'idéal, c'est que cette même personne soit responsable de la répartition des interventions tout au long de la journée. Chaque jour, un intervenant reste au bureau pour faire l'agent de liaison. S'il y a une urgence ou que la personne annule sa rencontre, tu vas m'appeler. C'est le répartiteur qui distribue les interventions, fait la circulation au cours de la journée et fait le suivi auprès de l'intervenant qui travaille de 12 h à 20 h.

Par ailleurs, pour chaque participant, il y a un dossier rassemblant tous les documents le concernant : acte de naissance, certificat médical et divers documents officiels, plans d'intervention, les notes évolutives, ainsi qu'une évaluation psychosociale. Tout ce qui concerne une personne est rassemblé dans ce cartable. S'y trouvent également tous les documents qui seront nécessaires lors de la prochaine visite à domicile chez une personne (étoile du rétablissement,

démarches papier, liste de ressources du quartier, formulaires à signer, etc.).

En amont, c'est l'intervenant pivot a la responsabilité d'établir et de garder à jour un plan de rétablissement (ou plan d'intervention - p.i.), sur la base duquel toute l'intervention découle par la suite. Toute l'équipe se coordonne autour du p.i. du participant et s'arrime aux stratégies d'intervention des autres membres de l'équipe pour être cohérents et conséquents.

Avec la personne, nous identifions ses forces, ses envies, ses rêves et ses difficultés et nous établissons avec elle des objectifs et des moyens pour y arriver. De

prime abord, le plan de rétablissement peut sembler contradictoire avec la réalité de l'itinérance, sachant qu'on a l'habitude de travailler avec un certain flou et que ça semble poser un cadre dont nous n'avons pas besoin. Il faut défaire cette mentalité. Ce n'est pas pour nous que nous faisons le p.i. C'est pour mettre la personne au centre de nos interventions. Il permet d'organiser le travail, de garder le cap sur le rêve. C'est également une demande de l'établissement. Et nous avons démontré avec le temps que ça marche.

Le p.i. ça se fait en prenant un café, pas besoin de papier. Le cadre, tu l'as en tête, et tu poses des questions pour l'étoffer et le valider auprès de la personne.

Défis et atouts d'une équipe interdisciplinaire

Si chaque intervention dans le milieu se fait habituellement en solo, la planification des interventions s'effectue le plus souvent en équipe. La chef d'équipe note que l'arrimage des différentes expertises des membres de l'équipe constitue un défi, afin que toutes les compétences soient mises au service des personnes et de l'équipe.

L'équipe vise la réadaptation et le rétablissement des personnes. Croiser l'expertise des différents intervenants autour de chaque personne est un enjeu important. Infirmière, spécialiste en toxicomanie, psychiatre, pair-aidant, travailleur social, criminologue, psychoéducateurs ont tous des rôles particuliers à jouer et un regard spécifique sur l'intervention.

Optimiser l'interdisciplinarité constitue un beau défi : il s'agit de se passer le relais sur des démarches ciblées qui correspondent aux forces respectives des intervenants.

Dans une équipe SIM, on peut facilement se sentir menacer dans son rôle comme professionnel, puisque tous les intervenants de l'équipe vont voir la même personne, ce qui peut donner l'impression que les autres empiètent sur mon champ d'intervention. Un défi est que tout le monde arrive à se réaliser comme professionnel à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Une difficulté est de garder le cap sur nos actes réservés. Si je suis travailleuse sociale, il s'agit de mon acte réservé sur l'évaluation psychosociale ou l'ouverture d'un régime de protection. L'infirmière, ce sont les prises de sang, tout ce qui est médical. Le psychoéducateur, ça va être l'organisation du quotidien, faire des horaires, retrouver une vie active, des activités productives, constructives.

Lorsque je vais à domicile, je suis travailleuse sociale, je vais aller porter la médication, mais je ne vais pas m'arrêter là.

Je vais prendre le temps de questionner, d'observer : « As-tu eu ton chèque d'aide sociale? » « Tu m'avais parlé que tu voulais un téléphone... » « Est-ce que tu te fais à manger? » Par ailleurs, il y a un transfert de connaissance entre les professionnels au sein d'une équipe SIM.



phostezel, 2013. Certains droits réservés. CC

Et quand je vais aller voir Jérôme, je vais aussi partir avec la lunette de l'infirmière, grâce à qui j'ai appris à reconnaître les effets secondaires de la médication. Je demeure une travailleuse sociale, mais si Jérôme me dit qu'il tremble, qu'il a mal au cœur, je ne le laisse pas dans cet état-là, je vais avoir quelqu'un à qui me référer. Ainsi, c'est le défi, mais c'est aussi toute la beauté d'une équipe interdisciplinaire. Quand je vais à domicile, je reviens avec une observation, j'en parle au professionnel concerné : « je trouve que Jérôme tremble beaucoup, as-tu remarqué quelque chose? » On n'arrête pas les services, on n'arrête pas les soins, on n'arrête pas la communication, je ne garde pas ça pour moi dans mon bureau et je fais une note, puis quelqu'un d'autre va lire ça un moment donné ou j'en parlerai au médecin quand je le verrai dans plusieurs semaines.

Non, c'est maintenant qu'on en parle et qu'on règle ça. Parce que j'ai la chance d'avoir toutes ces personnes-là autour de moi qui ont leurs propres expertises. On devient plus proactif et on a toujours un coup d'avance.

Ça signifie aussi qu'un enjeu de l'interdisciplinarité est que chacun ait maîtrisé sa profession avant d'aller dans ce champ de pratique, parce que c'est très confrontant au niveau de l'identité professionnelle. Une personne qui sort de l'école peut difficilement se joindre à une équipe SIM. **Il faut d'abord vivre l'expérience de sa profession afin de s'y camper. Souvent, ça prend aussi des intervenants qui sont capables de s'affirmer, de faire valoir leurs opinions professionnelles.** Des personnalités fortes qui croient en ce qu'elles font, qui travaillent pour le bien-être de la personne et non pas pour elles-mêmes. Il faut persévérer dans ce qu'on a vu, dans notre hypothèse. Et faire confiance aux autres professionnels de l'équipe. Il arrive souvent qu'il faille se réorienter, se repositionner dans un suivi. On allait dans une direction, puis ça change suite à l'évaluation de l'état mental et on décide de faire la visite à domicile à deux ou que la situation requiert de faire de l'outreach. Dans les outils, dans la façon de communiquer, il faut se respecter entre nous. Si quelque chose ne fait pas mon affaire, je dois le dire. Et si vraiment je suis

dans le champ, j'espère que quelqu'un me le dira. Par contre, si c'est une bonne idée, il faut le partager aussi.

Un de mes rôles comme chef d'équipe est de veiller à la dynamique d'équipe et de voir à ce que chacun puisse prendre sa place. Dans les rencontres d'équipes, il s'agira également de proposer une synthèse des discussions autour d'un enjeu clinique et de m'assurer que l'équipe s'entend sur les prochains pas à prendre. Il arrive également qu'il faille trancher.



criswatk, 2004. Certains droits réservés. CC

Parmi les bonnes pratiques pour favoriser un esprit d'équipe et une meilleure interdisciplinarité, il y a nos journées de ressourcement, qui se tiennent aux trois mois et servent à offrir un moment d'arrêt et de réflexion.

Les thèmes à discuter sont choisis en équipe, puis je fais l'ordre du jour. Habituellement, on travaille une demi-journée, puis on fait une activité sportive l'autre demi-journée. Une fois, nous avons regardé les outils de travail, une autre fois les plans d'intervention. La dernière journée de ressourcement que nous avons faite a été très difficile, mais on s'est offert un beau cadeau. On s'en allait vers la fin du projet et mon objectif comme chef d'équipe était de sortir du sentiment d'impuissance, d'être constructifs. On a donc pris une journée pour faire la liste des participants et identifier où ils pourraient aller. Pour chaque personne, nous avons revu: *quel est le plan de transition? Dans quel secteur est-elle? Toi l'intervenant-pivot, c'est ton participant, Jérôme où est-ce qu'on le voit dans trois mois? Ce serait quoi l'idéal? Un suivi intensif, d'intensité variable? Va-t-il rester dans son logement?* Il y avait tout le deuil à faire de la fin du projet, de laisser ces gens-là que l'on

accompagne depuis longtemps. Ça a été très dur. Mais c'était intéressant parce que ça nous a permis de se dire que nous n'avons pas à tout porter ça sur nous: nous avons montré à la personne que c'était possible de recevoir de l'aide, de recevoir des services, de garder un logement, de payer le loyer, d'aller à l'épicerie. Il y en a qui ont fait plein d'apprentissages! Ce n'est pas rien. C'est ce qu'on a fait cette journée-là. Et il y a eu une suite. Le lendemain, on a refait le grand tableau avec le nom des personnes, pour avoir une image plus claire : cette personne-là est transférée, celle-là nous ne savons plus où elle est, etc. Après ça, nous avons pu passer à autre chose, continuer notre travail. Et le moral des troupes est excellent, les gens rient, on a du fun, il y a une bonne ambiance.

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

Mots clefs : collaboration
interprofessionnelle, outils d'intervention.



yum, 2004. Certains droits réservés. CC