



Collectif Santé Précarité Montpellier

BILAN 2011 DE L'ATELIER

ANALYSE DES ARTICULATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET INTERSTRUCTURES

CONSTATS

SOMMAIRE

A-1- LA NECESSAIRE EVALUATION PLURI FACETTES (SANTE, SOCIAL) D'EMBLEE ET EN CONTINU – REAJUSTER ET RE QUESTIONNER EN PERMANENCE LES MULTIPLES DIMENSIONS DE LA PERSONNE

- 1- LA PLACE ET LA PAROLE DU SUJET
- 2- LA NECESSAIRE PLURIDISCIPLINARITE
- 3- APPRECIER NEANMOINS LE DEGRE D'URGENCE ET DE CONTRAINTE NECESSAIRES
- 4- DEFINIR DES PRIORITES ET DES « PORTES D'ENTREE » CONJOINTES – QU'EST-CE QU'UN RESULTAT, QU'EST-CE QUE « ARRIVER » ?
- 5- REAJUSTER, ENCORE ET ENCORE

A-2- POSTURES D'ACCOMPAGNANTS : DES PRINCIPES AUSSI FONDAMENTAUX QUE LA CONNAISSANCE TECHNIQUE

- 1- ETHIQUE, ECOUTE, RESPECT DE LA PAROLE DE L'USAGER
- 2- APPORTER UN ETAYAGE BIENVEILLANT
- 3- ACCEPTER SES PROPRES LIMITES, CELLES DES AUTRES ACCOMPAGNANTS ET CELLES DE L'USAGER
- 4- ETABLIR LA CONFIANCE MUTUELLE
- 5- ETRE SOUPLE, STRUCTURE ET STRUCTURANT
- 6- BATIR DES STRATEGIES D'ACCOMPAGNEMENT INTEGRANT CES PRINCIPES

A-3- LES STRATEGIES D'ACCOMPAGNEMENT - L'INDISPENSABLE ARTICULATION ENTRE SANTE ET SOCIAL

- 1- ADAPTER LA TEMPORALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT AUX BESOINS ET RYTHMES DES PERSONNES
- 2- S'ADAPTER A LA PERSONNE ET NON DEMANDER A LA PERSONNE DE S'ADAPTER AU PROJET
- 3- ECOUTER LE DESIR ET LA « NON DEMANDE »
- 4- CONCILIER MIEUX DEMANDES/OBJECTIFS A COURT TERME (OU DORMIR, MANGER...) A MOYEN ET LONG TERME (DU PROJET, DE L'INSTITUTION). AJUSTER LES OBJECTIFS ET LES DIVERS ETAYAGES AVEC LES MOMENTS PROPICES
- 5- REVOIR LA LOGIQUE DE PROJET – ANALYSER LES CONDITIONS QUI PEUVENT ENFERMER LA PERSONNE OU L'AMENER A REFUSER DES PROJETS D'ORIENTATION
- 6- CONCILIER APPROCHE GLOBALE ET PRISES EN CHARGE SPECIALISEES

A-4- LE PARTAGE DU SAVOIR, DE L'INFORMATION CONCERNANT UNE PERSONNE ACCOMPAGNEE : QUOI, COMMENT ET ENTRE QUI ?

- 1- COMMUNICATION ET COORDINATION
- 2- DEFINIR UN CONTENU COMMUN
- 3- LEVER LES ECUEILS ENTRE DIFFERENTES CULTURES PROFESSIONNELLES, SUSCITER DES SYNERGIES

A-5- QUESTIONNER LE ROLE ET LA PLACE DU SYMPTOME

- 1- LE TEMPS DU DENI – TROUVER LA BONNE DISTANCE
- 2- ENTRE COMPLEXITE ET STIGMATISATION
- 3- LA DEPENDANCE AU SYMPTOME (OU LE RETOURNEMENT DU STIGMATE)
- 4- DES REPONSES EN TERME DE SAVOIR ETRE ET SAVOIR FAIRE : AU-DELA DU SYMPTOME UN SUJET !

A-6- DEVELOPPER DES MODALITES D'ECHANGE, DE DEBAT SUR DES PROBLEMATIQUES COMPLEXES ET RECURRENTES (ADDICTIONS, PROBLEMES « PSY »...)

- 1- ENTRE DIVERSES CULTURES PROFESSIONNELLES ET USAGERS
- 2- INTERPROFESSIONNELLES : INTERCONNAISSANCE, ET INTER RECONNAISSANCE, LANGAGE COMMUN...
- 3- POURSUIVRE LA CONTINUITE DES SOUS-GROUPES D'UNE SEANCE A L'AUTRE – L'INTERET D'UN CHEMINEMENT COMMUN

A-7- SUSCITER ET PRENDRE EN CONSIDERATION LA PAROLE DES PERSONNES ACCUEILLIES, TANT AU NIVEAU INDIVIDUEL QUE COLLECTIF, FAVORISER L'IMPLICATION CITOYENNE

A-8- AMELIORER L'OFFRE INSTITUTIONNELLE, LA RENFORCER, LA DIVERSIFIER ET BOUGER SES LIMITES – ADAPTER LES STRUCTURES AUX PUBLICS ET NON L'INVERSE

- 1- DIMINUER LA PRESSION, ASSOUPHIR LES PROCEDURES ET EXIGENCES INSTITUTIONNELLES
- 2- MIEUX PRENDRE EN CHARGE ET EN COMPTE DES PERSONNES AVEC PLUSIEURS PROBLEMATIQUES
- 3- PRENDRE EN COMPTE LA PERSONNE DANS SON ENVIRONNEMENT AFFECTIF
- 4- DEVELOPPER DES STRUCTURES ALTERNATIVES (TYPE « BAS SEUIL ») :
- 5- DEVELOPPER LES LIENS MDPH ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

SYNTHESE

A-1- La nécessaire évaluation pluri facettes (santé, social) d'emblée et en continu – Réajuster et re-questionner en permanence les multiples dimensions de la personne

1- La place et la parole du sujet

- Etre juste auprès de la personne, comprendre ce qui l'amène, où elle en est.
- Evaluer les compétences de la personne
- Des personnes sont « sur-adaptées » à un mode de vie à la rue. Leurs demandes ne sont pas « fausses » mais sont une recherche d'attention, servent de lien, de porte d'entrée vers les services sociaux,
- Analyser et intégrer ces « demandes » sans les nier parce que des changements brutaux, comme le passage de la vie à la rue au logement autonome, peuvent être source d'échec
- Impliquer la personne dans l'orientation, qu'elle ait la parole pour présenter son dossier, participer au réseau

2- La nécessaire pluridisciplinarité

- Evaluer précocement (social/santé) pour mieux ajuster les accompagnements.
- Recueillir des avis spécialisés, par exemple pour apprécier la pathologie psy

3- Apprécier néanmoins le degré d'urgence et de contrainte nécessaires

- L'intervenant doit mesurer la prise de risque face aux symptômes
- Déterminer la pertinence d'une intervention en urgence si besoin (ex. HDT, tutelle, contrôle,...) parfois au-delà de ce que demande l'utilisateur

4- Définir des priorités et des « portes d'entrée » conjointes – Qu'est-ce qu'un résultat, qu'est-ce que « arriver » ?

- Identifier conjointement des problématiques et des priorités pour faire des propositions diversifiées et accompagner la personne à faire des choix
- Un paradoxe à lever : pour le secteur social, il faut organiser le suivi santé pour avancer sur hébergement/logement et pour le secteur de la santé il faut stabiliser par l'hébergement d'abord
- Ouvrir les portes administratives mais aussi des portes sur la personne : corps, désir, mieux être
- Proposer d'autres entrées sur le corps, des pratiques d'ateliers type Via Voltaire,
- Stimuler le désir et faire prendre conscience des problèmes physiques
- Reprendre ce qui est perdu en termes d'autonomie : nutrition, hygiène... Comme porte d'entrée santé

5- Réajuster, encore et encore

- Accepter de remettre en question les aprioris, l'évaluation des compétences du départ, après un temps d'observation.
- Renouveler en cours de suivi et en cas de rupture, pour ne pas figer, travailler en amont des « crises », anticiper les fragilités

A-2- Postures d'accompagnants : des principes aussi fondamentaux que la connaissance technique

1- Ethique, écoute, respect de la parole de l'utilisateur

- Prendre en compte la parole de l'utilisateur, ses préférences (dans le choix du référent intra structure ou extra structure...), de son rythme, qu'il soit vraiment considéré (lui et ses proches) dans l'élaboration du projet et la concertation
- Accepter là où en est la personne en évitant, par déception, d'être par exemple dans une position rigide, un jugement de valeur, un rapport très distant...

2- Apporter un étayage bienveillant

3- Accepter ses propres limites, celles des autres accompagnants et celles de l'utilisateur

- Permettre à la personne de choisir le professionnel de confiance. Permettre le changement d'intervenant
- Intervenir précocement et à partir du lieu et/ou du professionnel qui a établi le premier contact, même si ce n'est pas son cœur de métier

4- Etablir la confiance mutuelle

- Elle doit être un moteur de la prise en charge.
- Veiller à rencontrer l'humain, au-delà du « masque », et des effets de stigmatisation
- Développer la concertation avec les personnes, l'écoute

5- Etre souple, structuré et structurant

- La posture du professionnel : être malléable et structurer le suivi.
- Un référent unique pour ne pas morceler, qui serait le pivot d'une identification conjointe des priorités, reconnu par tous les organismes, qui puisse accéder rapidement aux informations, aux droits...

6- Bâtir des stratégies d'accompagnement intégrant ces principes

A-3- Les stratégies d'accompagnement - L'indispensable articulation entre santé et social

1- Adapter la temporalité de l'accompagnement aux besoins et rythmes des personnes

- Que la personne trouve son temps, son rythme.
- Du temps, de la confiance, du lien, du retour sur les échecs.
- Dans la prise en charge, on peut utiliser et accepter certaines « répétitions » pour travailler certaines problématiques.
- Travailler avec la vie au présent, la succession d'évènements. Renforcer la continuité entre hébergement, soins, activités.
- Accompagner les gens physiquement. Ils n'y vont pas seuls. Il ne suffit pas de remettre les gens dans leurs droits, il faudrait diminuer les contraintes administratives et gestionnaires

2- S'adapter à la personne et non demander à la personne de s'adapter au projet

- Accompagner c'est parfois accepter qu'il n'y ait pas d'orientation possible.
- Veiller à ce que la pression institutionnelle n'impose pas son propre rythme à la personne
- Ne pas utiliser la « fin de prise en charge » comme une épée de Damoclès
- Accepter de ne pas tout savoir du passé, apprendre à faire avec ce que l'on sait, avec le présent de la personne

3- Ecouter le désir et la « non demande »

- Prendre en compte la parole de l'utilisateur, ses préférences dans le choix du référent intra structure ou extra structure..., son rythme, qu'il soit vraiment considéré (lui et ses proches) dans l'élaboration du projet et la concertation
- Il faut du temps et des compétences pour entendre les demandes, écouter à un autre niveau
- Ne pas nier les (non) demandes, écouter le désir mais proposer des objectifs plus modestes et par étapes pour réduire les risques d'échec
- Accompagner un changement d'identité, de statut dans la société, la déconstruction/reconstruction

4- Concilier mieux demandes/objectifs à court terme (où dormir, manger...) à moyen et long terme (du projet, de l'institution). Ajuster les objectifs et les divers étayages avec les moments propices

- * En s'appuyant sur les compétences des usagers, les ressources de l'environnement
- * En tenant toujours compte des fragilités et risques d'aggravation à prévenir

- Veiller à la cohérence des stratégies d'accompagnement à l'aide des priorités définies lors de l'évaluation
- Considérer le potentiel des usagers même en difficulté, ouvrir sur pistes de bénévolat, création, loisirs sur la ville (repérage à travers les CVS)
- Elaborer des projets précis envisageables et acceptables ou même des « non-projets »
- Beaucoup trop d'efforts sont demandés aux personnes par rapport aux « gains » donc

- veiller à ce qu'il y ait des « gains » à plus court terme
- Poser des conditions, des obligations (paiement de loyer par ex), placer la personne devant ses responsabilités
- Identifier des moments et modes d'intervention (H.D.T ?, indication de tutelle ?, protocole de contrôle de prescription à la CPAM ?).
- Identifier les initiatives locales, transversales, sur la ville auxquelles ils peuvent contribuer
- Au delà de l'hébergement, mettre en place des étayages solides social/santé
- Travailler sur les hébergements à la sortie de l'hôpital
- Entre prévention et accompagnement de la grande précarité, définir un continuum d'interventions adaptées
- Développer la prévention de l'aggravation des problématiques
- Développer la réactivité côté droits de la personne pour éviter de mettre la personne en danger ou risquer la rupture

5- Revoir la logique de projet – Analyser les conditions qui peuvent enfermer la personne ou l'amener à refuser des projets d'orientation

- Accepter que des personnes n'entrent pas tout de suite dans une logique de projet si elles trouvent du sens et tirent des bénéfices à être là et revenir. Plutôt décrypter, analyser cela, l'utiliser comme levier dans l'accompagnement
- Changer notre manière de voir l'accompagnement socio-éducatif. Déplacer ou élargir sur d'autres plans : quels sont ses désirs, ne pas lâcher prise, reconnaître ce mode de relation aux structures
- Mener en même temps des objectifs à courts, moyens, longs termes, offrir des réponses rapides/lentes

6- Concilier approche globale et prises en charge spécialisées

- Orienter vers des services plus généralistes, une approche plus globale.
- Commencer par un accompagnement global pour ouvrir ensuite les accès à des prises en charges spécialisées
- Prévoir des lieux et des approches plus globales, moins spécialisées, notamment aux urgences, un accueil non spécialisé pour décoder plus rapidement les situations

A-4- Le partage du savoir, de l'information concernant une personne accompagnée : quoi, comment et entre qui ?

1- Communication et coordination

- Importance de la mise en commun entre intervenants : que faire ensemble, sur des temporalités différentes pour répondre à plusieurs « niveaux » de besoins, de rythme ?
- Travailler la communication, les évaluations conjointes, les revoir dans le temps. Travailler le « quand » et le « pour quoi faire »
- Accentuer la coordination entre les intervenants : médecin traitant, urgences, psy, infirmiers ; les lieux d'accueil et les travailleurs sociaux.
- Utiliser le réseau pour proposer tel ou telle personne nominativement. Tricoter le réseau.

- Lister sur internet le réseau, le mettre à jour

2- Définir un contenu commun

- Les antécédents sociaux, médicaux, judiciaires... : quoi partager, avec qui ?
- Définir quoi et comment partager, échanger un minimum d'informations pour avancer
- Une personne « tiers » qui peut entendre toutes les informations, et qui redistribue, qui puisse établir ce qui nécessite d'être mis en commun et ce qui peut rester confidentiel
- Une coordination éviterait la mise en danger d'une personne repérée comme « problématique » dans une structure alors que quelque chose serait possible dans une autre.

3- Lever les écueils entre différentes cultures professionnelles, susciter des synergies

- Travail sur la mise en commun d'un vocabulaire, de repères théoriques partagés
- Développer l'échange d'information, déconstruire les représentations et stigmates
- Des rencontres entre équipes pour que les peurs puissent être exprimées puis travaillées
- Améliorer la communication entre secteur psy et social. Créer des temps et des contenus à mettre en commun pour faire des retours, des bilans
- Discuter du bien fondé d'un accompagnement entre social et santé mentale. Mutualiser les connaissances dans l'intérêt des personnes

A-5- Questionner le rôle et la place du symptôme

1- Le temps du déni – Trouver la bonne distance

- Les intervenants doivent se situer entre le déni du symptôme et le symptôme trop envahissant qui fait « disparaître » la personne
- Différencier le mensonge du déni. Le mensonge met à mal les personnes et les professionnels et peut susciter de la colère de part et d'autre.

2- Entre complexité et stigmatisation

- Dénouer la complexité de la prise en charge d'une toxicomanie multiple. (Addiction aux produits, à l'alimentation, aux objets : kleptomanie, aux relations sentimentales...)
- L'étiquette « psy » est nécessaire pour travailler mais elle peut devenir un problème lorsqu'elle reste « collée » des années à la personne
- Des comportements stigmatisants, comme la violence réelle ou présumée, la pathologie mentale mettent à mal les structures et les personnes

3- La dépendance au symptôme (ou le retournement du stigmata)

- Des personnes en grande précarité et en errance peuvent se retrouver dans une dépendance à l'institution et exprimer des demandes « plaquées » sur la commande institutionnelle

4- Des réponses en terme de savoir être et savoir faire : au-delà du symptôme un sujet !

- Démystifier, dé-diaboliser le patient « psy ». Admettre qu'il(s) est plus souvent victime(s) que dangereux.
- Ne pas se polariser sur le symptôme (addiction, trouble mental) mais se centrer sur la personne et savoir anticiper une aggravation
- Développer la concertation avec les personnes accueillies et l'écoute du sujet plutôt que le seul symptôme
- Les symptômes et problèmes sont réducteurs, il faut considérer aussi les ressources des personnes
- Tension entre respect de l'intime, le souci de ne pas stigmatiser sans pour autant ancrer ou figer la personne dans sa situation
- Affiner les interventions psy en direction des personnes précaires

A-6- Développer des modalités d'échange, de débat sur des problématiques complexes et récurrentes (addictions, problèmes « psy »...)

1- Entre diverses cultures professionnelles et usagers

- Echanger sur le rôle de chacun, sa place, pour une meilleure compréhension mutuelle
- Travailler les représentations sur les addictions, la précarité, et sur l'Autre. Pour chaque professionnel, chaque équipe et chaque institution.
- Des besoins de formation continue (sur les addictions par exemple) avec ces regards complémentaires

2- Interprofessionnelles : interconnaissance, et inter reconnaissance, langage commun...

- Améliorer la communication entre secteur psy et social. Créer des temps et des contenus à mettre en commun, faire « des bilans partagés »
- Former les professionnels à l'approche psychologique
- Echanger sur les situations « où on ne sait plus quoi faire ». Renforcer les commissions sur les situations complexes
- Des rencontres entre équipes pour que les peurs puissent être exprimées puis travaillées. Casser les représentations sur certaines pathologies.
- Besoin de dialogue, de pédagogie sur la santé mentale

3- Poursuivre la continuité des sous-groupes d'une séance AAI à l'autre – L'intérêt d'un cheminement commun

A-7- Susciter et prendre en considération la parole des personnes accueillies, tant au niveau individuel que collectif, favoriser l'implication citoyenne

- Trouver des moyens de développer la concertation avec les usagers, faire des synthèses
- La loi de 2002 sur le projet individualisé devrait être un support à la concertation avec les usagers
- Utiliser le CVS pour interroger les pratiques. Développer l'intervention des pairs - Susciter l'intérêt pour le partage des expériences : certains peuvent aider à orienter et à éclairer ceux qui acceptent des avis et des conseils d'autres personnes dans une

situation comparable.

- Proposer à la personne d'assumer une quelconque responsabilité même si elle a des difficultés.
- Considérer le potentiel des usagers même en difficulté, ouvrir sur pistes de bénévolat, création, loisirs sur la ville (repérage à travers les CVS)
- Identifier les initiatives locales, transversales, sur la ville auxquelles ils peuvent participer
- Participation au Collectif Santé Précarité (se former pour y prendre part)

A-8- Améliorer l'offre institutionnelle, la renforcer, la diversifier et bouger ses limites – Adapter les structures aux publics et non l'inverse

1- Diminuer la pression, assouplir les procédures et exigences institutionnelles

- Offrir plus de temps sur les structures (+ de places, + de moyens).
- Ouvrir des lieux mais à condition de prévoir qu'il y ait aussi les accompagnements adaptés
- Trouver un équilibre entre intérêt individuel et intérêt collectif
- Vivre cette pression à plusieurs : chaque professionnel la subit, il est important de résister ensemble.

2- Mieux prendre en charge et en compte des personnes avec plusieurs problématiques

- Réfléchir sur toxicomanie/hébergements/règles institutionnelles pour que l'accueil tienne dans le temps
- Offrir une deuxième chance aux personnes dont l'accueil s'est interrompu (cumuls de problèmes, sans droits, sans papiers, ATCD problématiques ...)
- Penser des dispositifs pouvant accueillir des personnes qui n'entrent dans aucun.
- Laisser plus de temps aux gens en soins pour se reconstruire
- Développer des structures d'accueil (nuit et week-ends) pour les personnes toxicomanes

3- Prendre en compte la personne dans son environnement affectif

- Améliorer la prise en charge des couples. Exemple 2 problématiques différentes à considérer, plusieurs pathologie(s) éventuelle(s).

4- Développer des structures alternatives (type « bas seuil ») :

- Des lieux pour se poser. Les structures peuvent être des lieux de (re) socialisation
- Des lieux « aidants » au sens de créer du lien social sans le figer, pour le déplacer vers d'autres pôles d'intérêt et de socialisation.
- D'autres réponses à développer ex. familles d'accueil
- Des hébergements thérapeutiques plus accessibles / nombreux
- Développer des accueils alternatifs à l'urgence, développer des modes d'accueil et de prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes en situation de précarité
- Diversifier les propositions supports de lien social

5- Développer les liens MDPH et accompagnement social

- Mettre en place une stratégie d'accompagnement dès que MDPH s'est prononcée, par exemple dès l'obtention du statut AAH, accord SAVS... Y compris au sein des CHRS qui peuvent être envisagés comme le lieu de l'hébergement.