

Regain

Dispositif
de santé globale

Collectif santé précarité

l'oustal

la clairière

l'avitarelle

Issue Corus

Chaulhac Rauzy

L'ÉQUIPE DU DISPOSITIF DE CONSULTATIONS AVANCÉES DE SANTÉ GLOBALE	4
1. PRESENTATION DE L'ÉQUIPE DE SANTE GLOBALE	4
2. HISTORIQUE	5
3. FILES ACTIVES ANNUELLES DES CONSULTATIONS AVANCEES DE SANTE GLOBALE DES INFIRMIERES	6
RAPPORT D'ACTIVITÉS 2010 DES INFIRMIERES	7
1. ACTIONS	7
A. LES ENTRETIENS :	8
B. LE SUIVI :	9
C. LES ORIENTATIONS :	9
D. L'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE :	11
E. LA COORDINATION :	12
F. LES SOINS TECHNIQUES :	12
G. LES ACTIONS DE PREVENTION :	12
H. LIEUX ET TEMPS D'INTERVENTION PAR SEMAINE :	13
2. ANALYSE DE L'ACTIVITE	14
3. PROBLÉMATIQUES SANTÉ	14
A. SOUFFRANCES PSYCHIQUES :	15
B. PARASIToses :	17
C. HEPATITES ET HIV	17
D. GASTRO-ENTEROLOGIE :	18
E. ÉTAT DENTAIRE :	18
F. LES CONDUITES ADDICTIVES :	19
4. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP :	20
5. LES JEUNES, LA DESHINIBITION :	21
6. LES FEMMES ET LES CONDUITES A RISQUES :	21
7. LES DROITS ET ACCES A LA SANTE	22
RAPPORT D'ACTIVITES 2010 POSTE DE MEDECIN PSYCHANALYSTE DU DISPOSITIF SANTE GLOBALE.	23
I. SUPERVISION ET REGULATION D'ÉQUIPES	24
II. LES CONSULTATIONS AVANCEES A REGAIN EN 2010	26
III. VALIDATION DU DIPLOME D'UNIVERSITE DE LA FACULE DE MARSEILLE :	27
IV. L'OUVERTURE SUR DES ATELIERS DE GROUPE	30
V. PARTICIPATION AUX ANALYSES DES ARTICULATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET INTER STRUCTURES.	31
EVALUATIONS ET PERSPECTIVES	33
I. LES POINTS FORTS:	33
II. LES POINTS PERFECTIBLES:	34
III. CONCLUSION	36
PROJETS 2011	38
ANNEXES	39

BILAN D'ACTIVITE 2010
DES CONSULTATIONS AVANCEES DE
SANTE GLOBALE
CHRS et Urgence sociale

Les consultations de santé globale ont permis en 2010 de rencontrer **718** personnes et de réaliser **1535** entretiens ou actes infirmiers et **1306** consultations médicales.

L'ÉQUIPE DU DISPOSITIF DE CONSULTATIONS AVANCÉES DE SANTÉ GLOBALE

Bilan d'activité de l'équipe de santé globale. Trois infirmières à mi-temps et un médecin psychanalyste à 0,31 ETP.

1. PRESENTATION DE L'EQUIPE DE SANTE GLOBALE

-WENZEL Caroline : Médecin psychanalyste intervenant en consultation auprès des résidents de Regain (LHSS, stabilisation, CHRS) pour de la médiation travailleurs sociaux-résidents, favorisant l'implication et la participation et effectuant des régulations d'équipe sur différentes associations du dispositif social de la ville (Avitarelle, Chauillac), animant des temps d'articulation inter-professionnelle et inter-institutionnelle dans le cadre du collectif Santé Précarité.

-GREDZINSKI Sophie : ° Stabilisation Hospitalet St Charles

° CHRS Chauillac Rauzy,

° CHRS Issue,

° DAU Regain

-DELEGLISE Gabrielle : ° CHRS Regain,

° Stabilisation Regain,

° SAO Corus,

° Résidence Acala

-PAOLI Lucie :

- ° SAO Corus,
- ° CHRS Oustal (Gestare)
- ° CHRS Femmes Madeleine Delbrel
- ° CHRS La Clairière

2. HISTORIQUE

Les consultations avancées de Santé Globale créées dans le cadre du PRAPS en décembre 1999 sont réalisées dans les différents CHRS et lieux d'accueil de l'urgence sociale de Montpellier.

Au fil des années, certains CHRS n'ont plus bénéficié de ces interventions du fait de la perte d'un temps plein infirmier et du médecin coordinateur.

Le dispositif, bénéfique dans l'accompagnement des publics en difficulté, généraliste et non stigmatisant, s'est toutefois maintenu grâce au soutien de la DDASS, du pôle social de Regain et du Collectif Santé Précarité rassemblant la majeure partie des partenaires sociaux, médicaux sociaux, médicaux et associatifs du terrain.

3. FILES ACTIVES ANNUELLES DES CONSULTATIONS AVANCEES DE SANTE GLOBALE DES INFIRMIERES

infirmier	Année	Personnes rencontrées	Entretiens
2 ETP	2002	531	
2 ETP	2003	670 dont 78 lits de soins	2015
2 ETP	2004	683 + 93 lds	1656
2 ETP	2005	633 + 81 lds	2653
2 ETP --> aout 1 ETP aout --> décembre 1 medecin coord.	2006	337 + 81 lds	1449
1 ETP mars --> décembre 1/2 ETP mars --> décembre	2007	509	2060
1 ETP	2008	479	1795
1 ETP	Janvier à juin 2009	497	1205
1 et 1/2 ETP	Juillet à Dec.2009		
1 et 1/2 ETP	2010	718	1535

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2010 DES INFIRMIERES

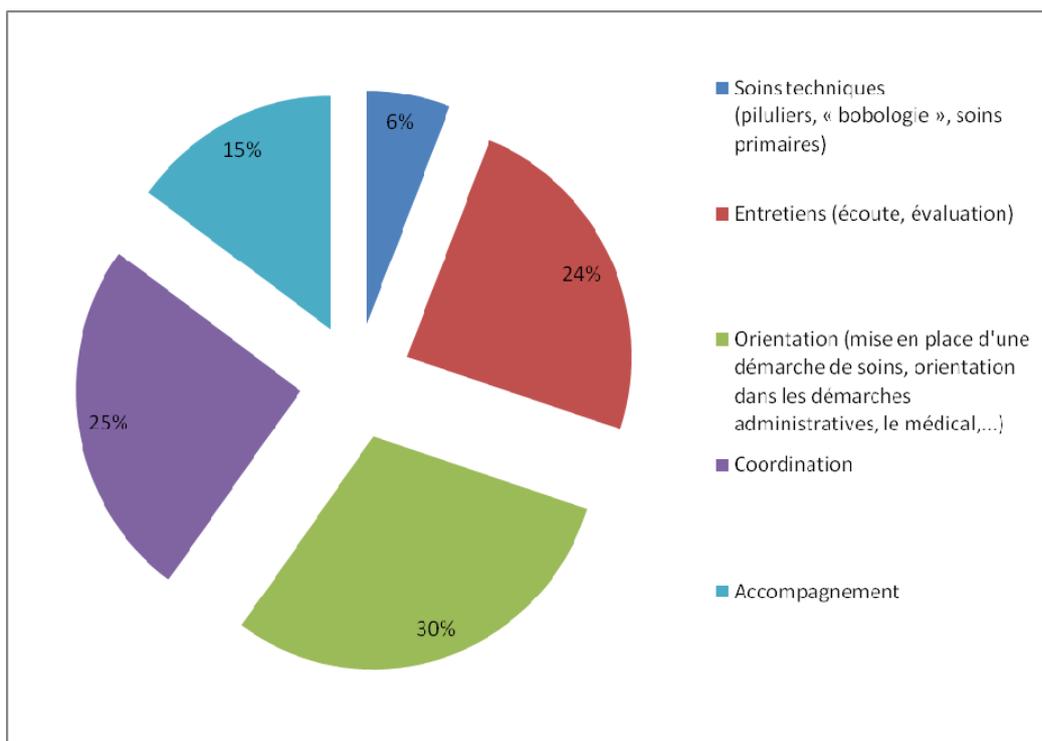
1. ACTIONS

Motiver, accompagner et soutenir les démarches de soins des personnes en situation de grande précarité en coordination avec les équipes éducatives.

Travail de repérage, de prévention et d'éducation à la santé.

L'équipe mobile de santé globale a pour mission d'aller vers les personnes en situation d'urgence sociale et ou de difficulté de santé (accueil de jour, hébergement d'urgence...) mais aussi de personnes déjà hébergées en centre d'hébergement de stabilisation ou d'insertion en difficulté de santé nécessitant une médiation pour reprendre ou entamer une démarche de soin soit par une aide et un accompagnement spécialisé, soit à partir d'une information et d'une animation de groupe ciblées sur des thèmes récurrent de santé publique.

Les prestations sont nombreuses et variées, avec des interventions ponctuelles ou au long cours, à partir d'une première approche non stigmatisante et généraliste, avec une évaluation des difficultés, une écoute attentive de la plainte, de la demande suscitée ou directement formulée (et ou de la demande implicite qu'elle sous tend), avec la création d'un lien de confiance, l'accompagnement dans la demande de mise à l'abri, la réalisation de soins primaires infirmiers, l'information, des conseils, un soutien psychologique, un maintien du contact, l'organisation d'atelier santé (santé publique : les comportements à risque, les épidémies, les pandémies, les infections virales, la prévention, la vaccination, les règles d'hygiène corporelle, alimentaire...), le travail en partenariat avec les équipes sociales des structures visitées, les infirmières mobiles de l'UMIPPP, de l'ANPAA.



A. LES ENTRETIENS :

IL S'AGIT PARFOIS DE PARLER DE TOUT ET DE RIEN, ET SOUVENT, PAS DE SANTE.

De partir d'un entretien vaste, d'en repérer les mots clefs, d'en identifier les étapes principales du récit de vie et de l'anamnèse médicale. C'est un peu comme une pelote de laine dont on tire les fils, un à un pour identifier des souffrances vécues dans le silence et des maladies peu évoquées car « secondaires ».

* Formels ou informels, quelques soient le premier symptôme annoncé. Ils permettent l'émergence d'une démarche de soin ou soutiennent les démarches en cours.

* Ils servent à déterminer les problématiques de santé dominantes, les priorités pour la personne, ses capacités à se soigner.

* Cibler les résistances au soin. Comprendre d'où ces résistances peuvent venir, les respecter.

B. LE SUIVI :

Régulier, par le biais d'entretiens individuels, il permet l'étayage du patient. Il favorise la mise en confiance, la dédramatisation d'éventuelles pathologies, l'explication des termes, des mécanismes physiologiques.

Il permet d'éviter deux écueils :

* la surconsommation et le nomadisme médical : douleurs multiples, diffuses, syndromes anxieux (insomnies, angoisses, tachycardie, vomissements), qui amplifient ce sentiment de mal être et d'avoir « tout le temps mal quelque part »

* l'absence de soins

C. LES ORIENTATIONS :

Il peut y avoir une réelle difficulté à renouer avec le système de soins, une pudeur, une réserve. On trouve souvent un public « cassé » par la vie, physiquement marqué, dont le parcours de vie peut se lire sur un visage creusé, une peau moins élastique, des dents abîmées.

Avec l'accord de la personne, elles sont faites en fonction des priorités de santé. Il peut s'agir d'une simple mise en contact avec un médecin traitant jusqu'à la prise en charge, en urgence, d'un sida déclaré.

*les orientations sont le fruit d'une réflexion et d'un travail d'évaluation important

*elles sont personnalisées et adaptées à la demande et à la psychologie du patient : orientation vers des médecins ou auxiliaires de soins réceptifs à la difficulté de ce public.

Des orientations croisées découlent des entretiens et prise en charge santé, ils se réalisent vers les médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers spécialisés, associations...

- ✓ 55% Vers un service hospitalier du CHU en médecine interne, orthopédie, endocrinologie, neurologie, cardiologie, grands brûlés, dermatologie.,UTTD (unité traitement toxico-dépendance),service de psychiatrie ,urgences. A la demande des patients, les orientations vers le CHU ont diminué. Beaucoup d'entre eux, en effet, souhaitent plutôt être suivis en ville par une médecine qu'ils jugent plus personnalisée et moins stigmatisante
- ✓ 60 % vers des médecins libéraux en ville soit pour un premier contact soit suite à une reprise des soins dont 5% de spécialistes (dentistes, gynécologues, neurologues.) Le partenariat avec la médecine de ville s'est renforcé, notamment à travers les accompagnements. Nous véhiculons les patients et profitons des visites chez le médecin pour présenter les structures dont nous dépendons, laisser nos coordonnées et parler de nos fonctions. Notre travail de lien fonctionne de mieux en mieux et nous sommes maintenant régulièrement sollicités par les médecins pour une orientation ou une réflexion autour du patient en CHRS.
- ✓ 9 % vers la PASS de l'hôpital st Eloi pour problème d'accès aux soins et nécessité de réaliser des examens ou de prendre un traitement médicamenteux

- ✓ 3 % vers les lits halte soins santé du CHRS REGAIN
- ✓ 6 % vers les infirmiers spécialisés de l'UMIPPP (psychiatrie précarité) et de l'ANPAA (centre cure ambulatoire en alcoologie), ou infirmiers des CAARRUD (centre accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) Axess et Reduire les Risques (femmes).
- ✓ Ces infirmiers spécialisés bénéficient également d'orientations directes par les travailleurs sociaux.
- ✓ 10% vers les associations (Médecin du monde, Halte solidarité, Arc en Ciel ,PMI , ADIAV,AXESS,CIDAG.....)
- ✓ Autres (refus ou déni souvent lié à des échecs antérieurs de parcours de soins), entretiens d'aide, maintien du lien ,suivi infirmier.

Les orientations permettent ainsi la mise en place d'une démarche de soin et favorisent l'accès au droit à la santé: orientation dans les démarches administratives, vers le médical. Chaque professionnelle dispose d'un réseau avec un carnet d'adresses qui permet d'orienter au mieux les personnes bénéficiant de la CMU, de l'AME.

D. L'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE :

Il est le garant d'une bonne accroche aux soins. Il permet de créer du lien, une réassurance et de garantir l'effectivité de la démarche de soins. C'est passer le relais dans des structures de droit commun. L'accompagnement rassure les équipes médicales, paramédicales, peu habituées à un public précarisé.

E. LA COORDINATION :

Avec les équipes de travailleurs sociaux, les équipes paramédicales et coordination administrative : prise de rendez-vous, demande de comptes rendus, transferts de dossiers.

La coordination assure la cohérence entre le projet de soins et d'insertion.

La coordination entre équipes mobiles infirmières.

La coordination administrative : câler les rendez-vous, récupérer les compte rendus, transferts de dossiers...

F. LES SOINS TECHNIQUES :

Préparation des piluliers, pansements, premiers soins d'urgence (crises d'épilepsie, pré-délirium...)

G. LES ACTIONS DE PREVENTION :

Elles font partie du rôle propre de l'infirmière. Elles intègrent l'ensemble des actions en transversalité. Elles s'apparentent à de l'éducation à la santé.

Chaque entretien représente une forme de prévention dans le souci de hiérarchiser la problématique de santé et d'éviter les aggravations grâce à la mise en place des soins

Cependant, ces actions devraient pouvoir se renforcer du fait des problématiques santé, des conduites à risque des personnes rencontrées.

H. LIEUX ET TEMPS D'INTERVENTION PAR SEMAINE :

SAO CORUS	8 heures
Residence Acala	6 heures
CHRSMadeleine Delbrel	4 heures
CHRS Regain	4 heures 30
CHRS OUSTAL	4 heures
CHRS Chauillac Rauzy	4 heures
CHRS ISSUE	4 heures
CHRS La Clairière	4 heures
Lits de stabilisation Regain	4 heures
Lits de stabilisation Hospitalet Saint Charles	5 heures
Administratif :	5 heures

Ne sont pas comptabilisés tous les entretiens informels, rencontres, mise à disposition du soignant auprès des personnes sur les lieux d'accueil (Foyer d'urgence, Corus, Pause..), interventions en cas de malaise, de demande de conseils, échanges....

2. ANALYSE DE L'ACTIVITE

L'année fut marquée par la restructuration des temps de consultations avancées au sein de chaque établissement et le repérage par les équipes et les personnes accueillies des créneaux horaires de présence infirmière, tout autant que son individualité propre.

Le temps de « mise en confiance » de notre public (relativement sur la défensive dans ce qui leur reste d'intimité) dans la qualité des réponses données et accompagnements personnalisés, permet ensuite la continuité des relations et l'orientation de nouvelles personnes « de bouche à oreille ».

3. PROBLÉMATIQUES SANTÉ

44% dentaire

40% gynécologie

21% neurologie

65% hépato/digestif

14% des plaies et abcès

10% infectieux

85% souffrance psychique

10% pathologie psychiatrique avérée

23% troubles du comportement liés aux addictions

Généralement le recours aux soins reste tardif, les consultations diagnostiquent des problèmes de santé s'ouvrant sur trois types de prise en charge :

66% à moyen ou long terme, orientation en médecine interne et CHU (hypertension, diabète, hépatologie, cardiopathie, asthme, psychose, épilepsie, douleurs diffuses, altération de l'état général..)

La PASS accueille les personnes sans couvertures sociales et nécessitant évaluation et investigations médicales.

32 % court terme (viral, plaies, abcès dentaires.) orientation sur cabinets libéraux ou association spécifique : MdM, Pastorale Santé, et Pass éventuelle pour certains pansements médicamenteux

12 % des cas (orientation urgences, urgences psychiatrique, Samu...)

Mais la priorité reste axée sur la mise en place systématique d'un médecin traitant lorsque c'est possible. Partenaire et interlocuteur privilégié dans notre travail et auprès de la personne, il devient garant de la continuité de l'accompagnement santé lorsque l'étayage infirmier se distance progressivement du fait du retour du patient au droit commun et à son autonomie propre...

Malgré nos interventions transversales sur les dispositifs sociaux, la précarité sociale sans accès à un hébergement stable rend l'accès aux soins et leur réalisation difficile, impossible ou chaotique.

Aussi, le fait d'inscrire la démarche de soins dans un cadre de CHRS ou de stabilisation permet non seulement d'élaborer la démarche ou l'émergence d'une demande mais de la poursuivre dans le temps, dans de bonnes conditions grâce à l'hébergement et à l'accompagnement personnalisé.

A. SOUFFRANCES PSYCHIQUES :

Au quotidien de l'exclusion et la précarité, les personnes accueillies présentent un effondrement de « l'estime de soi », une souffrance psychique intense et une extrême méfiance dans la relation à l'Autre... L'abus de substances psycho-actives et des conduites additives anesthésiques et

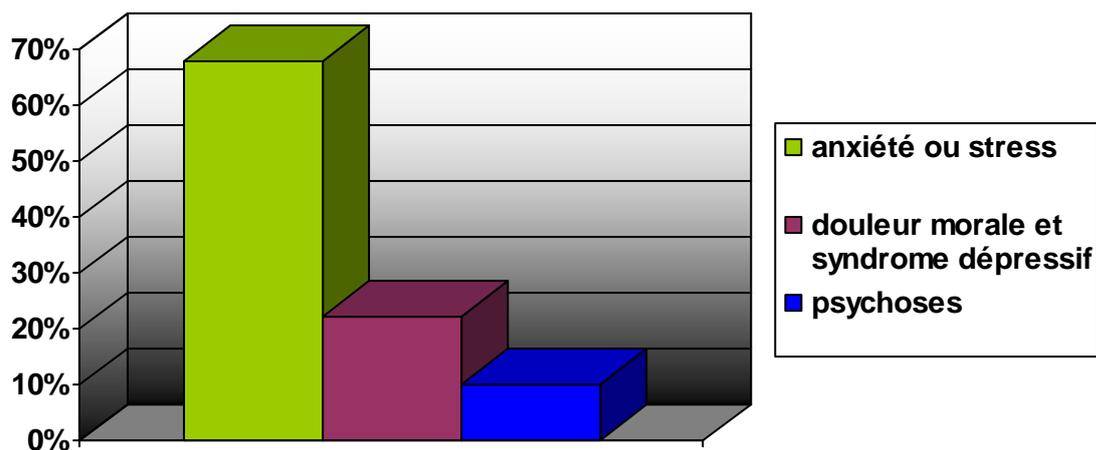
euphorisantes majeure ensuite les syndromes dépressifs, fluctuations de l'humeur, anxiété, violences et abattement.

70% souffrent de troubles psychologiques et altération de l'état général du au stress quotidien de recherche de satisfaction des besoins primaires (sommeil, hygiène et élimination, alimentation....) perte de l'élan vital, découragement.

10% présentent des symptômes de psychoses (manifestations délirantes récurrentes et rarement inaugurales), du fait de la non observance de traitement adapté, ou la rupture de soin dans la rue...

Dans les structures de première ligne, les personnes présentant des troubles avérés sont le plus possible directement orientées sur l'équipe de l'UMIPPP.

Les pathologies psychiatriques avérées sur les CHRS nécessitent la mise en place rigoureuse de pilulier à la semaine et des entretiens réguliers pour un meilleur accompagnement et une prise régulière de leur traitement.



B. PARASIToses :

Nette amélioration des problèmes de parasitoses, gérés par les associations suite aux précédentes concertations (Pause, Médecin du Monde, Réduire les Risques, Axess, Samu Social, FHU, Croix rouge, Pastorale Santé et la PASS fournissant gratuitement des produits adaptés.

C. HEPATITES ET HIV

21% des personnes ont connaissances d'une sérologie positive (VHC) anciennement connue. Certaines attendent un hébergement pour mettre en place un traitement, d'autres l'ont débuté lors d'un précédent hébergement adapté ou incarcération et sont maintenant en rupture du fait des contraintes et des effets secondaires (hébergement en hôtel social, en appartement diffus, squat, rue... = isolement, asthénie, douleur, non adaptés à une vie quotidienne sans hébergement et à la recherche quotidienne de tout Soins de base (alimentation, hygiène ...). L'orientation de ces personnes en appartement thérapeutique, lieu adapté à l'Accompagnement de ces personnes, reste difficile du fait d'un réseau saturé.

Les rares personnes présentant une co-infection VHC/VIH sont en général déjà suivies adéquatement par les services des MIT au CHU et les associations de soutien spécialisé.

60 % des personnes rencontrées ont effectuées au moins un dépistage (VHC, VHB, HIV) dans leur vie et ont eu connaissance de leur résultat. Mais pour certaines, les conduites à risques liées au mode de vie dans un contexte difficile (promiscuité, addictions, pratiques sexuelles) nécessiteraient un dépistage plus fréquent, pour les autres l'accès direct à cet examen leur permettrait de connaître leur statut sérologique plus rapidement (et ainsi faciliter une éventuelle orientation vers du soins éventuel ou travailler la prévention personnalisée).

Aussi, en partenariat avec les structures concernées travaillant sur la prévention, l'éducation et la prévention des risques (CAARRUD, CSAPA, Planning familial, réseau hépatite du CHU...); la mise en place d'un

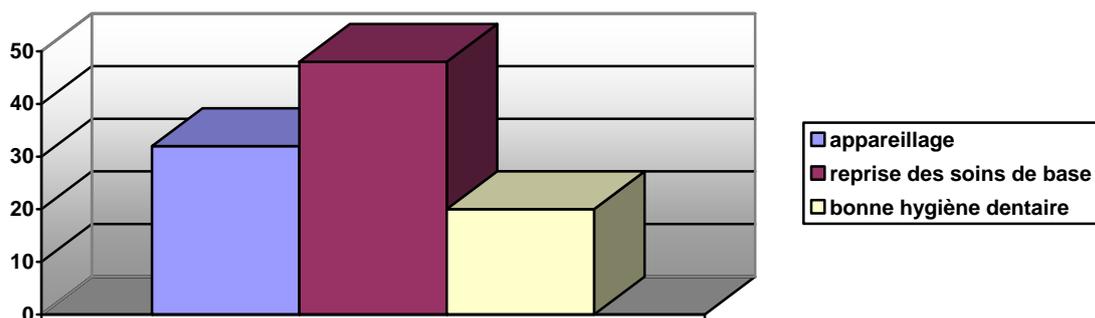
dépistage direct par microprélevement sur buvard se met en place progressivement sur les structures d'accueil.

D. GASTRO-ENTEROLOGIE :

65% des personnes rencontrées se plaignent de troubles gastriques, lié à la malnutrition, au stress, aux carences vitaminiques, aux déficits d'hygiène bucco-dentaire, le tout accentué par l'alcoolisme et ses complications et/ou associé aux conduites toxicomaniaques

E. ETAT DENTAIRE :

Souvent déplorable pour une majorité de personnes (soins non faits, hygiène, prise de toxiques, d'alcool ou de méthadone.) Agées pour la plupart de 25-35 ans et + 45 ans, 32% des patients nécessitent prioritairement un appareillage, 48% une reprise de soins de base et 20% présentent un état dentaire satisfaisant.



La consommation et dépendance à l'alcool prédomine puisque 40 % des personnes sont concernées.

Chez les femmes, l'absence d'enfants à charge semble être un facteur aggravant l'alcoolisation massive. La prise d'alcools forts, mélangés au vin, est particulièrement redoutable. Elle est vécue dans une grande solitude mais rarement dans le déni. Une orientation vers les CSAPA est régulièrement proposée mais le suivi difficile.

Pour les plus marginalisées, le soin n'est pas prioritaire. Ce n'est qu'une fois posée, installée, rassurée, que le temps du soin arrive. C'est à ce moment là que les problématiques santé apparaissent et s'autorisent à émerger.

Depuis bien longtemps, en effet, la santé n'a pas été une priorité tant la « survie » sociale a été prédominante. Il s'agit d'abord de « sauver sa peau »: fuir un conjoint violent, un environnement incestueux, une famille maltraitante, un environnement social toxique et trouver un logement ou sortir de la rue et du squatt.

Les personnes substituées (subutex ou méthadone) sont généralement également touchées par cette consommation.

Nous rencontrons 25% de personnes en toxicomanie active sur produits illicites ou consommation excessive ou détournée de médicaments prescrits. Pour certains, malgré une substitution en cours

Suivant les lieux de consultations (CHRS, Stabilisation, SAO ou FHU), les personnes sont plus ou moins adhérentes aux soins.

Peu d'entre elles dénie la réalité de leur état de santé, ou restent dans le refus de soin souvent lié à leur addiction...

Le travail porté sur l'identité, la restauration de l'image de soi à travers le plaisir d'activités partagées, le soin Bien-Etre :

-Ostéopathie (Regain, Croix Rouge)

-Séjours de ruptures : stab et chrs Regain, associations diverses (Réduire les Risques, la Cordée, Halte Solidarité, Aides)

- Sorties (Culture du cœur)
- Sport Solidaire
- Ateliers créatifs ou esthétique à Pause, Via Voltaire

et l'accompagnement physique personnalisé sur les premiers rendez-vous médicaux participent à un étayage infirmier générateur de dynamique personnelle.

4. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP :

La population rencontrée dans les centres d'hébergement en 2009 était vieillissante, ce constat perdure en 2010. La prise en charge de ces personnes sur ces lieux suivant le degré de santé est complexe. Le nombre de personnes de plus de 45 ans a augmenté avec toutes les problématiques santé liées à leur âge, leur condition de vie, leur addiction.

De plus ces personnes en situation de précarité sont davantage en mauvaise santé avec notamment une fréquence élevée des risques cardiovasculaires, diabète, cancer, ... dont la nutrition est l'un des déterminants majeurs.

L'éducation à la santé alimentaire se met en place progressivement à travers quelques ateliers en associations, en CHRS, dans une dynamique de plaisir du goût souvent difficile à mettre en place du fait de l'état de délabrement dentaire de nos patients, ne leur permettant plus de se nourrir d'une manière équilibrée.

En 2010, trois personnes handicapées hébergées en CHRS ou relais ont bénéficiées de l'accompagnement des IDE de Santé Globale.

Cela a conforté le développement de notre réseau et le travail avec de nouveaux partenaires comme le GIHP, l'APF, FAM ou le centre Propara.

La mutualisation de nos compétences a impulsé une réflexion commune sur l'ergonomie des lieux de vie, l'organisation des soins et l'accompagnement personnalisé de ces personnes dans ce type d'hébergement..

5. LES JEUNES, LA DESHINIBITION :

Nous remarquons un net rajeunissement de la population accueillie. Malgré leur jeune âge, ils sont souvent en rupture familiale, dans une errance et un refus des règles et de l'autorité.

Ils cumulent les prises de risques, avec une levée particulière des inhibitions les mettant clairement dans des situations à risques : alcool, drogues multiples, IVG à répétition..

6. LES FEMMES ET LES CONDUITES A RISQUES :

Chez les femmes, l'absence d'enfants à charge semble être un facteur aggravant l'alcoolisation massive. La prise d'alcools forts, mélangés au vin, est particulièrement redoutable. Elle est vécue dans une grande solitude mais rarement dans le déni. Une orientation vers les CSAPA est régulièrement proposée mais le suivi difficile.

Pour les plus marginalisées, le soin n'est pas prioritaire. Ce n'est qu'une fois posée, installée, rassurée, que le temps du soin arrive. C'est à ce moment là que les problématiques santé apparaissent et s'autorisent à émerger.

Depuis bien longtemps, en effet, la santé n'a pas été une priorité tant la 'survie' sociale a été prédominante. Il s'agit d'abord de sauver sa peau : fuir un conjoint violent, un environnement incestueux, une famille maltraitante, un environnement social toxique et trouver un logement ou sortir de la rue et du squat.

7. LES DROITS ET ACCES A LA SANTE

Les personnes vues ont la couverture sociale suivante :

6% ALD

60% CMU-CMUC

25% AME

10% CMU

4.2% sans couverture sociale

0.8% SS + mutuelle

RAPPORT D'ACTIVITES 2010 POSTE DE MEDECIN PSYCHANALYSTE DU DISPOSITIF SANTE GLOBALE.

Dr. C. BALMES-WENZEL.

- I. Supervision et régulation d'équipes.
- II. Les consultations avancées en CHRS.
- III. La validation d'un Diplôme d'Université.
- IV. L'ouverture sur des ateliers de groupe.
- V. La participation aux analyses des articulations interprofessionnelles et inter structures.

P.J. : diaporama de présentation du mémoire (soutenance D.U. Marseille)

I. SUPERVISION ET REGULATION D'EQUIPES

Au cours de cette année 2010, j'ai poursuivi ce travail auprès des équipes du CHRS de la Villa Hommes, du Foyer d'Urgence et du CHRS Madeleine Delbrel : trois services de l'association l'AVITARELLE ; ainsi qu'auprès du CHRS Chauliac Rauzy et du Pôle Logement de l'association AERS.

Ainsi, une fois par mois en réunion d'équipe, les professionnels peuvent revenir sur les situations qui leur ont posé problème ou question, tenter de réfléchir ensemble sur les aspects théoriques suscités par une prise en charge ou par une évolution des personnes au sein du collectif des usagers ou par une dynamique à l'œuvre dans l'établissement .

Il s'agit de travailler la cohérence dans l'approche pluridisciplinaire comprenant des professionnels du champ du sanitaire et du social. Il s'agit aussi de favoriser une bonne adaptation de la dynamique d'équipe au projet d'établissement et de veiller à la place de chaque professionnel au sein de son équipe.

Parfois il est nécessaire d'étudier de près quelles peuvent être les attentes, les demandes de la personne accompagnée, quel doit être le rôle du ou des professionnels impliqués ?

Pouvoir aborder la question de la place de chaque professionnel vis-à-vis de la personne à accompagner, de son état de santé, de son éventuelle pathologie psychiatrique, de sa demande ou même au contraire, de sa non-demande.

Veiller à permettre à chaque intervenant de se positionner de façon professionnelle, quand des difficultés entravent le fonctionnement au quotidien, au niveau du collectif ou des personnes.

Tenter d'élaborer ensemble des éléments de compréhension sur les événements marquants de la vie dans l'établissement, d'autant plus qu'il

s'agit d'un temps pris à distance de l'actualité immédiate, intérêt du travail dans l'après-coup.

Durant cette année, deux services au sein de l'Avitarelle ont été restructurés du fait de l'ouverture d'un nouveau bâtiment réunissant sur un même lieu, le Foyer d'Urgence et le CHRS Hommes. Evidemment, cette évolution a introduit de multiples changements au niveau de l'accueil des personnes, (possibilités d'hébergement de couples, de personnes avec des animaux de compagnie, cohabitation de deux publics différents) de l'équipe de professionnels (réunion de deux équipes en une seule) et bien sûr l'adaptation à de nouvelles conditions, dans un quartier différent avec un collectif plus grand.

Ainsi des questionnements et des angoisses ont pu être abordés pendant la période de préparation de ce changement, puis ceux dus au déménagement et à l'installation.

Ensuite est venu le temps de stabilisation et d'adaptation, il s'agit de trouver de nouveaux repères sécurisants et fonctionnels.

Pour les services de l'AERS aussi, les professionnels ont dû s'adapter à de nouvelles conditions de travail liées à l'arrivée récente d'une équipe de direction et à l'évolution du projet d'établissement (spécificités dues au secteur judiciaire). Cette structure s'oriente vers un chantier de réhabilitation de ses services comprenant des travaux et des réaménagements importants. Ainsi les équipes doivent faire face à cette dynamique de changement et participer à l'adaptation de leurs pratiques à leur nouvel outil de travail en tenant compte de l'évolution du public particulier dont ils sont en charge.

II. LES CONSULTATIONS AVANCEES A REGAIN EN 2010

Durant l'année 2010, en tant que médecin psychanalyste consultant, j'ai poursuivi mon activité de thérapeute au sein du foyer de Regain, structure d'hébergement et de réinsertion sociale de l'association ADAGES.

Je suis présente, toutes les semaines, une à deux matinées et je reçois en entretien individuel, sur rendez-vous, les personnes qui sont orientées soit par un travailleur social, soit par une infirmière ou un médecin intervenants sur le foyer, soit par la direction de l'établissement soit par un usager qui a parlé de cet espace de parole.

En effet, il est précisé à ces personnes qu'il s'agit pour eux d'aborder sur un plan psychologique leurs difficultés et leur parcours afin de les accompagner dans leur démarche de soins et prendre en compte leur singularité.

Sur cette période, j'ai assuré 200 consultations concernant 25 personnes au total. Pour 12 personnes cela représente un suivi très régulier et prolongé pendant leur séjour sur la structure ; et pour les autres quelques rencontres seulement. Au total sur la population concernée une quinzaine de personnes étaient accueillies sur les LHSS (lits halte soins santé), et les autres étaient principalement en CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), certains en lit de stabilisation et 2 en foyer diffus (appartement éclaté).

Il est intéressant de remarquer que ceux qui arrivent à s'inscrire dans un travail de psychothérapie profitent de cet espace pour, à la fois, poser quelques éléments de leurs problématiques actuelles, et aborder petit à petit leur histoire et leurs souffrances passées. Ainsi cet éclairage leur permet de comprendre parfois ce qui peut les amener à répéter certains comportements ou quelques conduites délétères pour eux. Quelquefois, il

est alors possible d'être plus au clair avec leurs symptômes et de travailler comment les vivre ou comment se mobiliser pour en réduire certaines conséquences trop néfastes.

Mais aussi il arrive que la pathologie soit fort invalidante et source de difficultés au sein du foyer, il est alors juste possible d'accompagner ces personnes pour éviter une trop grande solitude ou un éventuel rejet, d'où l'importance d'établir au mieux une relation thérapeutique tentant d'être déagée du jugement de valeur, trop souvent source d'expériences d'échec.

III. VALIDATION DU DIPLOME D'UNIVERSITE DE LA FACULE DE MARSEILLE :

« PSYCHIATRIE PUBLIQUE, PRATIQUES DE SOINS ET LIENS SOCIAUX. »

Afin de mener une action de formation qui correspond à ma pratique dans le champ de la souffrance des personnes en situation de grande précarité et des personnes travaillant à l'accompagnement de ces publics, j'ai sollicité l'ADAGES pour me permettre de suivre ce diplôme d'université à Marseille.

Les cours étaient répartis sur trois semaines.

Le thème de la première était : « D'un savoir médical institué à une approche compréhensive de l'existence des personnes "malades" ».

Le sujet de la deuxième semaine était consacré aux « systèmes de soins et les expériences de la personne ».

Et la dernière semaine de formation a traité de « La "pratique" psychiatrique collective. Maladie mentale et société ».

Cette approche particulière de la psychiatrie m'a ouvert des horizons nouveaux tellement la place du sujet ne peut se limiter à celle, classique, du patient qui subit un soin ou un traitement. Il s'agit de considérer le « malade » comme une personne qui sait ce qu'elle ressent, ce qui lui arrive

et fait l'expérience du soin. Les savoirs peuvent se rejoindre, se compléter et s'enrichir.

Des intervenants américains sont venus développer la notion de « rétablissement » en psychiatrie, ce qui permet d'envisager pour la personne, qui à un moment présente des troubles, une évolution favorable de ses symptômes. A propos de chaque pathologie psychiatrique, la présentation du tableau clinique et des prises en charges possibles a été faite par un professionnel accompagné d'une personne ayant connu ces troubles et pouvant témoigner du vécu des soins proposés.

Ainsi j'ai pu rencontrer plusieurs représentants d'usagers de la psychiatrie participant à des associations actives et reconnues. De même, un patient est actuellement salarié de l'hôpital en tant que « médiateur de santé », il fait le lien entre l'administration, les professionnels et les malades qui le sollicitent pour les aider à se faire entendre et comprendre dans leur démarche de soins. Ce monsieur était d'ailleurs inscrit au diplôme d'université en question !

Nous avons abordé la notion de Santé Communautaire, de Travailleur Pair et d'Associations d'usagers Autogérées (groupe d'entraide mutuelle) .

Nous avons pu participer à certaines réunions de mise en place sur Marseille d'une expérimentation d'Housing First (le logement d'abord) à partir de l'expérience canadienne.

Cette formation aura été déterminante pour ma pratique, en plus de toutes les rencontres dont j'ai pu m'enrichir. Par ailleurs, elle a été pour moi l'occasion de rédiger un mémoire à partir d'une enquête que j'ai menée, auprès du public que je cotoie, dans mon cadre professionnel sur Montpellier.

Ainsi j'ai exploré comment améliorer l'adéquation entre les interventions que je propose au sein d'un CHRS, et les attentes des personnes accueillies sur ce type de structure.

En pièce jointe, je transmets la présentation succincte préparée pour la soutenance du mémoire à Marseille.

A partir de cette expérience, il m'a semblé intéressant de poursuivre mon travail auprès des personnes démunies et présentant des troubles

psychologiques et psychiatriques, en veillant à respecter au mieux leur parole, leur savoir et leurs attentes.

Ainsi, tenter d'animer un espace de parole basé sur le partage des expériences où tout participant (professionnel ou pas) a quelque chose à apporter aux autres et peut être entendu en tant que tel.

Par ailleurs, poursuivre le travail d'Analyse des Articulations Interprofessionnelles et Inter Structures, en y associant les personnes non professionnelles, usagers des dispositifs.

IV. L'OUVERTURE SUR DES ATELIERS DE GROUPE

A partir du travail thérapeutique en individuel, il est intéressant de proposer un espace de paroles en groupe, au sein du foyer.

Il s'agit d'essayer de redonner à chaque personne l'initiative du contact aux autres, ainsi ensemble des professionnels et des non professionnels vont tenter de partager leurs expériences.

C'est un moment de réunion où chacun tente d'écouter l'autre et d'échanger sur certains sujets, une heure en fin de journée toutes les deux semaines. En effet, au début de chaque rencontre, ensemble nous choisissons un thème parmi ceux qui sont proposés par les participants présents. L'objectif est d'animer un temps de paroles pour favoriser la rencontre des personnes afin qu'elles se connaissent mieux et qu'elles essayent un peu de se comprendre et de s'épauler mutuellement.

Il est question de faire vivre des espaces et des temps de regroupement et de partage, entre les personnes accueillies et les professionnels, afin que l'échange soit le plus respectueux et humanisé possible, avec le moins de prise de pouvoir possible. Redonner aux personnes qui ont connu l'expérience de la rue, de l'errance et de l'urgence une certaine confiance en eux et en l'avenir, en leur faisant partager des moments où leurs avis et leurs savoirs sont pris en considération par d'autres (parmi eux, ceux qui sont en place de professionnels).

Cette orientation pourrait conduire chaque lieu à multiplier les initiatives pour impliquer le plus souvent possible les usagers dans le quotidien de l'établissement, du quartier ou de la ville. Combien il peut être intéressant de favoriser les rencontres entre ces publics et d'autres (professionnels, citoyens, voisins...), quel que soit l'objet autour duquel peut s'organiser une activité (atelier cuisine, atelier écriture, activités sportives, événements culturels...).

Ainsi, il est important de réfléchir plus avant sur l'articulation à mettre en place entre la dynamique communautaire, la prise en charge individuelle de chaque personne et le recours indispensable aux moyens relevant du Droit Commun.

V. PARTICIPATION AUX ANALYSES DES ARTICULATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET INTER STRUCTURES.

Depuis cinq ans, au sein du Collectif Santé Précarité de Montpellier, des séances de rencontre entre professionnels du secteur sanitaire et des travailleurs sociaux sont organisées pour revenir ensemble sur des situations précises et réfléchir ensemble sur nos pratiques communes et croisées, auprès de ces publics.

Il s'agit d'améliorer les articulations entre structures et entre professionnels différents et complémentaires dans l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement de personnes en grande difficulté. C'est l'occasion de mieux se connaître et d'échanger sur nos pratiques et nos représentations.

Durant l'année 2010, nous avons associé des usagers de divers dispositifs à nos séances de travail et ensemble, professionnels et non professionnels, nous avons partagé nos expériences et nos vécus depuis la place que chacun occupe. Ainsi nous avons essayé de dégager des hypothèses, des constats et des axes de progrès à partir des situations présentées et travaillées ensemble.

Ce travail, réunissant les personnes utilisant les dispositifs d'accompagnement social et d'accès aux soins et des professionnels, a été très enrichissant pour chacun et pour tous.

En 2010, il y a donc eu 6 séances animées par les trois mêmes intervenantes (dont je fais partie) depuis l'origine de ces groupes de travail en 2005. Au total cette année, 16 professionnels et 9 usagers invités ont participé à ces temps de rencontre.

Nous pouvons constater l'insuffisance de diagnostic psycho-médico-social partagé, en amont de l'organisation des accompagnements alors qu'il y a intrication des problèmes rencontrés. Les difficultés essentielles sont l'hébergement et la santé. Les offres ne sont pas toujours adaptées aux besoins et au parcours des publics. Il y a des décalages entre les attentes des publics, l'évaluation des situations par les professionnels et les offres. La temporalité de l'utilisateur, celle du professionnel et celle de l'institution ne sont pas souvent en phase. La multiplicité des acteurs de l'accompagnement et l'insuffisance de liens entre eux pour ajuster et adapter leurs prises en charge. Ces constats ont été élaborés ensemble et mériteraient d'être repris dans différentes instances avec les propositions d'axes de progrès afin de faire évoluer nos pratiques et nos objectifs.

Pour la suite, les participants souhaiteraient poursuivre ces séances d'Analyse des Articulations interprofessionnelles et inter structures à partir du Collectif Santé Précarité de Montpellier. Bien sûr, il est dorénavant incontournable que ce travail soit mené en collaboration avec les usagers des dispositifs pour continuer d'enrichir notre réflexion sur nos pratiques.

EVALUATIONS ET PERSPECTIVES

I. LES POINTS FORTS:

Reconnaissance auprès des professionnels sociaux et médicaux ainsi que des usagers en situation de précarité du fait de notre expérience de terrain.

-Nécessité de continuation de formation et d'information sur les nouvelles structures, législation, soins, dans cette articulation médico-psycho-sociale

-Participations aux réunions élargies à l'ensemble des partenaires qui traitent des situations complexes, des difficultés rencontrées ou de plan d'action à mettre en place pour les personnes les plus vulnérables (du fait de notre expérience actualisée sans cesse sur des dispositifs et organisation en place). Réunion du Samu social..

-L'accès aux soins pour tous paraît fonctionner, mis à part les éléments décrits dans les points faibles (chapitre suivant) toute personne rencontrée, désireuse de se soigner ou nécessitant des soins a pu y avoir accès (PASS, Médecin du Monde, Médecins Halte solidarité ,Dentiste, Médecin du monde, Pharmacie Humanitaire...),un délai a pu être nécessaire mais l'accès aux soins possible (dans les situations les plus difficiles :lien avec les urgences et AS des urgences)

-L'augmentation des places en maison relais, les places de stabilisation dans le cadre du PARSA, l'ouverture de places en appartement de coordination thérapeutique ouvert à toute pathologie lourde permet des orientations adaptées pour nombre de personnes que nous décrivions sans réponse à l'hébergement dans les années précédentes

Le travail se poursuit au sein du Collectif santé précarité, par ses réunions de travail, d'échange et d'analyses des articulations. Nous participons aux réunions santé du GRS, traitons d'analyses interinstitutionnelles. Cela permet des rencontres avec l'ensemble des partenaires, un lieu d'information et d'observatoire de terrain

Grâce au soutien de la DDASS, ce dispositif de santé globale est toujours en place et peut peut-être même s'étoffer avec l'ARS pour permettre aux structures qui en bénéficient d'augmenter le temps d'interventions et d'ouvrir à d'autres structures demandeuses (Halte solidarité, refuge, La Babotte, Bouissonade).

II. LES POINTS PERFECTIBLES:

- Nécessité de disposer d'une plaquette et tampons santé globale, clarifiant nos missions, nos interventions et améliorant la reconnaissance du dispositif
- L'absence de médecin coordinateur pour le dispositif depuis quelques années ne permet pas de soutenir les infirmières de santé globale en place. Un tel médecin permettrait de mieux coordonner leurs actions et d'aider à l'évaluation médicale rapide des personnes accueillies.
- Le travail de mise en place et d'orientation sur des médecins adaptés est parfois laborieux en terme de disponibilité.
- Les orientations sur un lieu hébergement sont souvent longues et encore plus difficiles pour bénéficier d'une place en CHRS ou dans autre dispositif.
- Nous repérons que de plus en plus de personnes bénéficiant de l'AAH avec ou sans protection juridique (tutelles.) se retrouvent toutefois sans hébergement, souvent sans mutuelle et en rupture de soins. Leurs conditions de vie accroissent leur vulnérabilité et l'exposition aux risques morbides

- Nous constatons l'effet pervers de la baisse de prise en charge à 100% de certains soins, le déremboursement de certains médicaments et l'augmentation du forfait journalier et des dépassements d'honoraires.

- En ce qui concerne la CMU ou l'AME, certains spécialistes les refusent encore prétextant des rdv complets (dentistes, gynécologues.) Et nombre de pharmacies ou laboratoires acceptent difficilement les CMU hors département. La récente réforme de l'AME risque d'impacter sur l'accès aux soins pour des personnes en grande précarité et avec des problématiques santé graves et éventuellement contaminantes.

- Nous repérons une vraie difficulté d'accès aux lunettes et prothèses auditives pour les personnes bénéficiant de l'Aide Médicale Etat. Nous devons pour eux et pour les personnes bénéficiant de l'AAH s'adresser par courrier à une association du Nord de la France.

- Nous manquons de temps pour effectuer les accompagnements individualisés nécessaires, le travail administratif lié à notre fonction, la coordination entre nous et certaines équipes.

III. CONCLUSION

La qualité essentielle de l'approche globale telle qu'elle est mise en œuvre dans ce dispositif est d'être efficace dans l'approche des publics les plus en souffrance. De ce fait, ils ne sont pas en mesure d'engager des soins spécialisés : refus de soins, déni de l'état de santé. L'approche pluridisciplinaire est celle qui garantit que la multitude des problématiques rencontrées seront abordées et traitées **quelle que soit la première problématique avancée.**

Nos interventions transversales (lieux et réseaux) est d'un grand intérêt dans la coordination qu'elle apporte aux personnes et aux équipes.

Notre travail dans les différents lieux d'hébergement ou d'accueil de populations en situation d'exclusion nous place dans une position d'observatoire, permettant d'effectuer des états des lieux, des diagnostics populationnels.

Le fonctionnement de certaines structures d'insertion ne permet pas l'accueil de personnes en toxicomanie active ou malades d'alcool dépendant. Soit elles ne sont pas accueillies soit leur séjour est mis en péril par leur comportement et leur mode de vie (squat, deal, violences...). Leur présence est également un facteur de risques pour les autres résidents sevrés et fragilisés.

Les personnes souffrant de troubles neuro-psychiatriques suite à des complications de conduites addictives ou d'AVC ou d'épilepsie au long cours et qui restent dépendantes semblent ne relever d'aucun dispositif, malgré leur grande vulnérabilité (désorientation, troubles cognitifs..)

Grâce aux conseils de la vie sociale, aux initiatives telles les groupes de paroles, les ateliers Santé Précarité, la parole est donnée aux usagers, des travaux sont en cours pour qu'ils puissent prendre leur place dans les instances décisionnelles et de proposition, mais leur participation effective reste encore très discrète dans les instances, à nous de les accompagner aussi dans ce sens pour une véritable lisibilité. Le développement de la participation des personnes est un axe de travail important, permettant de les sensibiliser et mobiliser davantage.

PROJETS 2011

Mise en place d'ateliers Santé dans certains CHRS :

- a. Education et prévention Gynécologie, obstétrique et sexualité, violences : Planning familial, Sage femmes Spé Addictions CHU
- b. Sensibilisation à la notion de dépistage (VHC,VHB, VIH) : buvard de microprélevement avec le Réseau Hépatite du CHU, développer l'accès aux soins, éviter les dégradations de santé dûes aux pathologies chroniques
- c. Addictions : Présentation des centres de soins : rencontres avec équipe CSAPA (AeC/ UTTD/Entracte/ ANPAA) + Réseau spécifiques Alcool ,
- d. Alimentation, développer le concept « prendre soin de soi »

Actualisation des plaquettes et tampons pour meilleure identification auprès des partenaires.

Amélioration de la qualité de travail par la prise de données directement par informatique (ordinateurs portables sécurisés) afin d'éviter la multiplication et le transport de multiples dossiers papiers.

ANNEXES

*Mémoire du D. U. :
Psychiatrie, pratiques de soins et
liens sociaux.*

*« Espace-Temps et Espace-Tiers
pour un lieu de parole »*

Dr. E. WEISS

9 sept 2010

OBJECTIFS DE CETTE ETUDE

Aborder la pratique d'un médecin thérapeute dans un CHRS, soumettre un questionnaire à un échantillon

- de 10 personnes bénéficiant de ces consultations avancées*
- de 10 personnes ne bénéficiant pas de ces consultations.*

Evaluer par le passage du M.F.N.F. l'état psychiatrique de ces 20 personnes.

Tenter de dégager comment mieux mettre en adéquation cette offre de soin avec l'attente des usagers rencontrés.

*REFLEXIONS SUR LA PLACE D'UN
MEDecin PSYCHANALYSTE DANS UN
FOYER*

A) Reconnaissance du besoin d'un espace spécifique où la parole est à entendre, à respecter et à accompagner.

B) La question du tiers est peut-être sous-entendue?

C) La notion de temps est elle en question?

RESULTATS DE L'ENQUETE

DONNEES GENERALES SUR CE GROUPE DE 20 PERSONNES

- Une majorité d'hommes célibataires dont la moyenne d'âge est autour de la quarantaine.
- Plus de 3/4 des personnes sont accueillies sur la structure depuis moins d'un an.
- Les moyens de subsistance de ces personnes sont répartis d'abord vers l'AAH puis le RSA et quelques personnes n'ont aucun revenu. 4 personnes perçoivent un salaire dû au CIVA.
- Au niveau du parcours de vie: 15 personnes ont déjà connu la vie en foyer et 12 ont déjà vécu à la rue.

DONNÉES CONCERNANT LA SANTÉ

Nous constatons que sur la population rencontrée 3/4 des personnes sont en fait concernées par un accompagnement psychologique dans et hors de la structure d'accueil.

Avec l'évaluation du M.I.N.I. :

nous notons que 8 personnes sur les 20 présentent un trouble psychiatrique.

dont 5 personnes qui sont suivies :

3 par le thérapeute intervenant sur le foyer, et

2 sont traités ailleurs et

1 en fait alors la demande;

ce qui ferait 6 patients suivis sur les 8 diagnostiqués.

Nous notons que

5 personnes présentent un trouble psychotique vie entière

7 personnes présentent un état dépressif majeur actuel.

Grâce au passage du test 1 personne a révélé certains de ces symptômes non explicités jusque là.

*FACTEURS QUI INFLUENCENT LA
RENCONTRE
ENTRE UN USAGER ET UN
PSYCHOTHÉRAPEUTE*

- *Les personnes s'appuient sur les recommandations d'un professionnel pour entamer ce genre de démarche, même si après bon nombre reprennent cela à leur compte.*
- *Sans connaître le détail de la vie du thérapeute, 1/3 des personnes pensent qu'un partage d'expérience pourrait être intéressant si le thérapeute avait lui-même traversé des épreuves.*
- *Presque à l'unanimité les usagers considèrent que le contact avec l'utilisateur serait facilité si le thérapeute participait à la vie quotidienne au sein du foyer.*
- *L'importance du respect du secret professionnel mais aussi l'intérêt d'une collaboration entre professionnels : partage et discrétion !!*
- *Travail centré sur l'histoire personnelle du sujet.*

LA NOTION DE TEMPS

*Partage au quotidien, le temps présent au fur et à mesure,
pour se connaître et établir un lien.*

*Partage des expériences passées pour se livrer, se dévoiler,
et se confronter à l'autre.*

*Partage d'un projet, mené pour chacun, mais aussi avec
d'autres pour construire un nouvel espace.*

LA NOTION DE TIERS

- Le travail sur l'histoire personnelle du sujet comme fil conducteur aux entretiens et à la relation thérapeutique.

Faire tiers entre le sujet et son histoire de vie.

- La demande d'une intervention au sein d'un groupe de parole, pour un partage d'expériences et/ou de savoirs.

Faire tiers entre les usagers.

- Proposition d'un groupe de parole pour revenir entre hébergés et professionnels sur les difficultés de vie au sein du foyer, même si cela est d'emblée perçu comme une initiative délicate, complexe et peut-être peu convaincante.

Faire tiers entre les usagers et l'institution.

*QUELQUES POINTS FORTS APPORTÉS
PAR CE D. U.*

- La notion de « rétablissement » en psychiatrie. Les Associations de Patients et le Médiateur de Santé. La notion de Santé Communautaire, de Travailleur Pair et d'Association d'Usagers.

- « Le logement d'abord » : l'expérience canadienne, l'application et l'expérience marseillaises.

Questions sur ce qui semble se profiler ailleurs (place des usagers, des professionnels pas trop en confiance, et l'accompagnement pluridisciplinaire?)

- Dans ma pratique, intérêt de reprendre un travail en groupe au sein du foyer, la participation des usagers aux AAI à MONTPELLIER.

- Grande satisfaction sur l'expérience du groupe des inscrits au D. U.: grande diversité, grande ouverture et enrichissement réciproque .

