



**SANTÉ MENTALE - NOUVELLE AQUITAINE**

Accompagner - Soigner - Entreprendre

175, bd Pdt Wilson 33200 Bordeaux

[santementalenouvelleaquitaine@gmail.com](mailto:santementalenouvelleaquitaine@gmail.com)

**Textes des interventions faites lors de la journée sur :**

**« Libre adhésion, attendre la demande ou aller-vers?  
Question d'éthique »**

***Le 8 janvier 2019***

***Au Rocher Palmer 33152 CENON***

**Dr Pierre GODART, Président de Santé Mentale Nouvelle Aquitaine**

**Mme Ana MARQUES, Sociologue chargée d'études pour l'EPS Ville-Evrard,  
Seine St Denis**

**M. Julien GIRAUD : Directeur adjoint de l'observatoire Régionale de la Santé  
de la Nouvelle Aquitaine (ORSNA)**

**SAMSAH Les roses, Association OGFA, Pyrénées Atlantique**

**Mme Doralice JOSEPH, Psychologue HJ Tosquelles, CH des Pyrénées (64)**

**SAMSAH Intervalle, Association ARI, Gironde**

**M. Philippe MAUGIRON, Médiateur de santé pair, CH Saint Anne, Paris**

**M. Jacques MARESCAUX, Président Santé Mentale France**

**CMP-EMPP, CH Jonzac, Charente Maritime**

**Dr Jean Marc DESTAILLATS, Chef de pôle CH Jonzac, Charente Maritime**

**SAMSAH, Association PRISM, Haute Vienne.**

**M. Michel LAFORCADE, Directeur Général ARS Nouvelle Aquitaine**

***Avec la participation de l'ARS  
Nouvelle Aquitaine***



# ARGUMENT

Les pratiques de soins et d'accompagnement des personnes en santé mentale ou en souffrance psychique dans les champs social, médico-social et sanitaire ont multiplié les services d'accompagnement et de soins (les SAMSAH, SAVS, les PASS, les EMPP etc.).

L'association Santé Mentale France Nouvelle Aquitaine (SMFNA) vous convie à une journée de réflexion sur les questions éthiques qui se posent dans ces types d'interventions.

Si beaucoup d'intervenants ont, dans un passé lointain, "attendu la demande" au nom du respect de la liberté et de l'autonomie des personnes accompagnées, ce positionnement questionne à présent.

Il est particulièrement difficile d'accompagner sur ce mode des patients psychotiques délirants ou dissociés. Il en va de même pour les personnes les plus précaires, en rupture de liens ou en situation d'auto-exclusion, si nous parlons comme Jean FURTOS.

D'autres accompagnants, d'autres soignants, ont pensé échapper au dilemme bienfaisance/autonomie (agir ou attendre) en prônant le principe "de la libre adhésion" tout en se disant : « l'éthique, c'est de ne pas passer à l'acte » !

Mais, comme l'écrivait en 2000 Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE : "La question de la prise en charge des personnes en situation de handicap offre un bel exemple de la nécessité de la mise à distance, parfois, du principe de " libre adhésion". Elles ne disposent pas du capital psychologique, culturel, et relationnel qui leurs permettraient d'atteindre une conscience claire de leurs besoins. L'égalité des droits est certes respectée puisque tout professionnel se doit à lui, mais l'égalité des chances n'existe plus."

C'est alors qu'on a commencé à parler de "l'aller-vers" comme une alternative.

L'impossibilité d'attendre l'implication de l'utilisateur, nous pousse à agir. Mais n'est-ce pas là le retour du "paternalisme" ancien. Alors, que penser ? Que faire ?

Dans l'accompagnement, plusieurs principes moraux sont susceptibles d'être convoqués dans des situations identiques sans qu'aucun n'apparaisse de façon évidente comme inapproprié. Ainsi, ce qui peut s'interpréter comme le respect de la liberté individuelle, apparaîtra à d'autres comme un défaut de sollicitude, un abandon, voire de la non-assistance à personne en danger.

- Bienveillance / non malveillance
- Respect / autonomie – liberté
- Liberté / survie
- Aller-vers / rétablissement/redonner le pouvoir d'agir

C'est pour échanger avec vous sur ces quelques oxymores et les tensions à l'intérieur d'un système de valeurs professionnelles, que nous vous convions et que nous puissions partager vos réflexions et vos actions.

# Introduction de la journée

« **Libre adhésion, attendre la demande ou aller-vers? Question d'éthique** »

Par Pierre Godart, président de SMF-NA

Nous sommes ravis de vous recevoir si nombreux aujourd'hui. Vous êtes, non seulement nombreux, mais très divers. Il y a dans la salle :

- Des travailleurs sociaux
- Des infirmières et des médecins
- Des cadres de santé et des chefs de service
- Des familles
- Des membre de GEM
- Des directeurs
- Des médecins

Il est nécessaire d'avoir de multiples compétences en synergie pour répondre aux besoins des personnes :

- En situation de handicap psychique
- Ou en situation de grande précarité

engagées dans un processus de rétablissement et d'inclusion. Nombreux pour favoriser les pratiques inclusives des professionnels.

Quand je dis nous, il s'agit de l'association santé mentale nouvelle Aquitaine (SM-NA) qui poursuit l'action d'une association historique appelée « croix marine » qui regroupait un certain nombre d'associations et d'établissements :

- À Bordeaux autour de la commission de réhabilitation longtemps animée par Francine Bourguinat,
- À Pau autour de l'association santé mentale pays de l'Adour
- Et en Dordogne avec croix marine Dordogne.

L'association santé mentale nouvelle Aquitaine est la branche régionale de santé mentale France dont le président, Jacques Marescaux, vous parlera tout à l'heure.

Votre nombre me réjouit et montre que le thème que nous avons choisi résonne avec les questions que vous vous posez dans le quotidien de vos pratiques.

Les controverses autour des mots « attendre la demande - libre adhésion - aller vers » sont récurrentes au sein des équipes dans le champ social, médico-social ou la santé psychique.

C'est un questionnement fait émerger les principes éthiques sous-jacents aux pratiques des professionnels.

C'est aussi un thème qui a une histoire que peut-être Ana Marquès reprendra tout à l'heure.

Pour ma part, je rappellerai :

Que la folie ou l'aliénation a longtemps été traitée par la réclusion, l'internement voire l'isolement et que c'est de façon récente (au regard de la longue durée), avec la sectorisation des années 70 (il y a à peine 50 ans) que les équipes psychiatriques ont commencé à « sortir des murs », comme on disait à l'époque, pour permettre la réinsertion dans la société, des personnes souffrant de maladies mentales.

Longtemps les soignants en psychiatrie sont restés entre eux, ne rencontrant le social que pour s'en plaindre (c'était réciproque, n'est-ce pas, mon cher Denis ?).

Les internements administratifs (ce que l'on appelait les hospitalisations d'office ou les hospitalisations à la demande d'un tiers) étaient la façon « d'aller vers ». Pour les autres, on attendait la demande car nous avions à l'époque de grandes préventions concernant la « psychiatrie du social ».

Cela a duré jusqu'à ce qu'un certain nombre d'interventions dans la sphère publique interroge les modes de fonctionnement de la psychiatrie.

Je pense au Professeur Lazarus et à Mme Strohl corédacteurs du rapport « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » en 1995 qui invitaient de façon urgente les équipes psychiatriques à travailler avec les travailleurs sociaux.

Je pense à un paragraphe du livre sur la qualité des soins dans les établissements sociaux et médico-sociaux écrit par M. Michel Laforcade et Philippe Ducallet en 2000 (il était à l'époque inspecteur à la DRASS de Bordeaux).

Ces deux auteurs affirmaient qu'il y a des personnes ne disposant pas du capital psychologique, culturel et relationnel leur permettant d'atteindre une conscience claire de leurs besoins. Ils

déclaraient que, si l'égalité des droits, pour ces patients, était respectée (chaque professionnel faisant ce qu'on lui « demandait »), l'égalité des chances, elle, n'existait plus.

Je pense aussi à l'article d'Éric Fiat en 2002 : « la négligence est-elle une violence ? »

Concrètement, les pratiques ou les partenariats ne se sont modifiés qu'à la marge et progressivement.

Les professionnels de santé ont parfois été plus intéressés par la neurobiologie, l'imagerie ou la génétique que par les pratiques collaboratives intégrant la dimension sociale de la souffrance ou de la maladie.

J'ai encore en tête les débats qui animaient la communauté psychiatrique parisienne, régionale ou paloise au moment de la sortie du rapport d'Eric Piel et Jean Luc Roelandt intitulé : « de la psychiatrie à la santé mentale » (en 2001).

Que de résistance sur l'objectif ou sur la rapidité du processus !

La loi du 11 février 2005, et surtout, dans les mêmes semaines, la présentation du plan de santé mentale a permis d'ouvrir des perspectives institutionnelles. C'est à ce moment-là qu'ont été créés ou généralisés :

- Les SAVS
- Les SAMSAH
- Les maisons relais
- Les résidences accueil

Les mentalités ont continué à évoluer lentement :

- Que ce soit dans les hôpitaux où les soignants avaient du mal à imaginer la vie des personnes en situation de handicap psychique dans la ville,
- Ou dans les services sociaux qui avaient du mal à penser l'intégration dans la cité des personnes en situation précaire de surcroît avec des troubles psychiatriques.

Il a fallu l'invention des équipes mobiles psychiatrie précarité à partir de la fin de 2005 pour formaliser de façon quasi obligatoire dans chacun des hôpitaux gérant des secteurs de psychiatrie, la coopération entre les acteurs du champ social et les équipes de santé mentale. Il a fallu également la création de PASS en santé mentale.

La clinique psychosociale inventée par Jean Furtos pouvait se généraliser... lentement.

D'après Alain Ehrenberg (en 2010, dans la société du malaise), c'est à partir de ces réflexions de clinique psychosociale que sont apparus les premiers balbutiements de l'empowerment à la française, c'est-à-dire la préoccupation d'aider à la restauration du pouvoir d'agir de ceux qui n'en n'ont plus beaucoup. Cette approche préconise qu'il faut d'abord s'appuyer sur les possibilités réelles qu'ont les individus de mobiliser des ressources en s'appuyant sur le triptyque d'Amartya Sen :

- Compétences individuelles,
- Opportunités
- Et moyens.

Julien Giraud, de l'observatoire régional de la santé, donnera des indications sur les difficultés des personnes pour mobiliser leurs ressources.

Pour terminer ce tour d'horizon, je voudrais évoquer, dans le même esprit, le mouvement de la réhabilitation psychosociale qui, à partir des années 2011, a posé des questions opportunes sur la transition entre maladies chroniques et rétablissement en proposant un certain nombre d'outils aux équipes soignantes pour penser les soins différemment. C'est-à-dire pour sortir d'une problématique neurobiologique ou relationnelle et s'interroger sur le fonctionnement spécifique de chaque personne dans son environnement.

J'aurais pu évoquer l'évolution de la notion de handicap avec le passage de la classification du handicap de Philippe WOOD (1980) à la classification internationale du fonctionnement (2000) avec les conséquences sur les pratiques des MDPH naissantes (2005), mais cela nous amènerait trop loin.

J'aurais dû également évoquer pour le saluer le travail insistant de l'agence de l'ARS Nouvelle Aquitaine et de sa direction de l'offre de soins et de l'autonomie, pour promouvoir le virage ambulatoire en psychiatrie dans notre région (2017) ou la performance en ambulatoire (2018).

Nous sommes donc devant un chantier commencé depuis de nombreuses années avec une représentation plus ou moins claire :

- Des objectifs (l'inclusion sociale, le rétablissement),
- Des moyens institutionnels,

- Et des outils sur lesquels nous pouvons nous appuyer.

Reste vraisemblablement le plus difficile : comment travailler ensemble ? Et avec quelles références ?

Je voudrais évoquer à titre d'exemple des situations rencontrées ces derniers mois dans ma pratique :

La première est celle d'une jeune femme travaillant dans un ESAT et vivant dans un appartement personnel accompagné par un SAVS. J'étais sollicité par la famille, par les professionnels et quelque fois par cette personne pour de nombreux soucis.

- Parfois pour des soucis de santé (anorexie, troubles du comportement alimentaire),
- Parfois sur son comportement (écriture de lettres anonyme de dénonciation calomnieuse)
- Parfois par la famille à qui elle volait de l'argent.

Nous ne comprenions pas ce qui ne fonctionnait pas dans l'ensemble des interventions (plutôt nombreuses) jusqu'à ce que la référente du SAVS nous donne plus de précisions sur les modalités de ses interventions et plus particulièrement sur le fait qu'elle n'entrait jamais dans le domicile puisque la personne en situation de handicap le refusait.

Cette travailleuse d'ESAT nous a expliqué qu'elle avait lu ses droits sur la plaquette accompagnant la proposition d'intervention du SAVS. Cela avait motivé sa position initiale de refus. Elle avait compris, par la suite, que c'était un échec, mais elle avait eu honte de le dire et elle avait persisté dans sa position qui la protégeait. Ça a duré pendant près de 10 ans...

Nous respectons son point de vue, certes ! Mais sa santé et sa situation se dégradaient sérieusement.

Nous avons modifié nos modalités d'intervention à son domicile avec son accord, après lui avoir expliqué la nécessité de ce changement.

Nous sommes passés de la libre adhésion à l'aller vers.

Depuis neuf mois, l'ensemble des problèmes, y compris les problèmes de santé, se sont bien améliorés. Elle se dit heureuse.

Nos modalités d'intervention changeront quand elle pourra se passer de celles-ci.

Plus récemment, entre Noël et le premier de l'an, j'ai été sollicité par un travailleur social concernant la demande d'une personne résidant dans un foyer et travaillant en ESAT car celle-ci l'avait sollicité pour partir en famille d'accueil.

Ce curateur, qui découvre une situation nouvelle, part du principe que toute demande d'une personne protégée doit conduire à une aide pour son aboutissement si la personne en a le droit et si elle a les moyens financiers pour le faire.

Le curateur lance donc la procédure d'orientation en famille d'accueil (passe à l'acte) avant de partir une quinzaine de jours en vacances.

Moi qui connais le patient, je sais qu'il « demande » tout et l'inverse de tout et que c'est son mode de relation avec les professionnels. Il me teste ainsi depuis 2004, venant chaque semaine me faire une demande différente.

Dans cette situation, le respect de la demande met en cause l'efficacité des professionnels.

Des situations comme celles-ci, nous en rencontrons tous régulièrement ...

Comment les dépasser ? Le travail en collaboration va interroger chacun des référentiels des services ou établissements, des secteurs professionnels, de chacun des métiers.

Bien sûr il faut des psychologues, des infirmiers ou des médecins ;

Bien évidemment, il faut des travailleurs sociaux ;

Il faut également des directions courageuses, des chefs de services ou des cadres au plus près de leurs équipes pour les amener à explorer des pratiques et des réflexions nouvelles.

Bien sûr, il faut trouver de meilleures modalités de collaboration avec les familles.

Il faut un autre regard sur les personnes malades ou en situation de handicap. Je pense que Philippe Maugiron nous aidera en ce sens.

Mais il faudra surtout des lieux pour confronter nos référentiels de travail.

Comme toujours concernant l'éthique, nous pouvons mobiliser des valeurs différentes dans le travail humain, devant un dilemme : que faire ?

Protéger ou favoriser l'autonomie



Liberté ou survie

Intervention pro-active ou attendre le rétablissement du pouvoir d'agir

Les professionnels sur le terrain sont parfois saisis par la complexité :

- Dans la mise en œuvre des pratiques et l'élaboration de réflexions éthiques qui prennent en compte les **compétences et les fragilités** des personnes qu'ils accompagnent
- Dans la prise en compte d'une **responsabilité** chez les personnes en situation de handicap au même titre que chaque personne humaine, mais également d'une part irrationnelle en lien avec des incapacités physiques, psychiques, mentales et relationnelles conduisant à des mises en danger.

**Pour favoriser le travail collaboratif, plusieurs instances ont été mis en place** ces derniers temps.

Je pense au **plan d'accompagnement global (PAG) des MDPH** dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT), mais surtout à l'élaboration des **projets territoriaux de santé mentale** qui conduit un certain nombre d'acteurs jusqu'à présent séparés à définir le diagnostic territorial partagé et des solutions à proposer. J'espère que les personnes en charge de ces PTSM auront la sagesse d'inclure des références éthiques adaptées à la diversité des situations rencontrées.

Je pense également **aux conseils locaux de santé mentale (CLSM)** qui doivent permettre la rencontre :

- Des responsables politiques,
- Des services administratifs,
- Des services sociaux,
- De la justice ou de la police
- Et des services de santé bien évidemment.

Autour de situations complexes qui sont autant d'occasions pour évoquer :

- La confrontation des **référentiels de l'action**,
- Et de mieux comprendre **les représentations des acteurs professionnels**.

Santé mentale nouvelle Aquitaine se veut au cœur du changement avec ses références historiques au travail communautaire des acteurs du champ social, médico-social ou des travailleurs de santé.

Notre devise pourrait être de faciliter les liens entre les différents acteurs permettant l'inclusion sociale, la création d'espaces de réflexion éthique, et la promotion de nouvelles organisations.

Je vous invite à vous faire connaître si vous souhaitez travailler avec nous, nous ne voulons pas rester seuls, nous voulons au contraire essayer sur chacun des territoires de la nouvelle région.

J'espère que les propos échangés, les thèses avancées ou les questions posées feront écho aux situations rencontrées dans vos pratiques professionnelles et que cela vous conduira à vous investir dans le travail de réflexion que nous vous proposons.

Je vais maintenant laisser la parole à Jacques Marescaux qui est le président de santé mentale France qui va vous présenter le projet stratégique de la fédération.

Intervention de Jacques Marescaux 10' **(1300 mots)**

*Reprise de la parole par Pierre Godart : présentation des intervenants de la matinée :*

Merci, Jacques pour toutes ces précisions qui donnent le contexte national à notre rencontre.

Nous allons maintenant entrer dans le vif de la journée avec :

**Mme Ana MARQUES qui est une sociologue chargée d'études à l'établissement public de santé mentale Ville Evrard.**

Nous lui avons demandé d'introduire notre sujet car nous avons lu son article : « ne pas aller vers ceux qui ne demandent rien ? » avec le « point d'interrogation qui s'impose ».

Cet article nous semble au cœur des questions que nous nous posons.

Nous avons demandé à **M. Éric FIAT de nous parler d'éthique puisque c'est sa profession.** Il enseigne l'éthique médicale et la philosophie politique à l'université de Marne-la-Vallée.

Et c'est aussi parce que son article : « la négligence est-elle une violence ? », nous a paru au cœur de notre questionnement tout comme sa référence à Aristote qui fait de la vertu la juste mesure entre deux vices, l'un par défaut, l'autre par excès.

Par ailleurs j'ai toujours eu un grand plaisir à l'écouter et je tenais à vous faire partager ce plaisir.

**M. Julien Giraud est le directeur adjoint de l'observatoire régional de la santé de la nouvelle Aquitaine.** Il parlera d'une étude réalisée sur les facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité.

Cette étude, financée par l'ARS et la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, met en évidence beaucoup d'aspects personnels dans les renoncements aux soins.

C'est une étude que j'ai tenu à présenter à l'occasion de mes rencontres dans les divers départements car elle met en évidence les contraintes à la liberté pour ne pas dire l'aliénation dans le rapport aux soins.

Enfin nous terminerons la matinée avec **M. Philippe MAUGIRON qui est ce que l'on appelle un pair-aidant.** C'est-à-dire une personne qui, à partir de son expérience de la maladie et du rétablissement, va insuffler l'espoir ou la motivation à d'autres personnes en difficulté psychique.

Ce n'est pas tant son point de vue sur le concept de la paire-aidance que nous lui avons demandé de parler. Nous lui avons plutôt demandé de nous donner son point de vue sur nos questionnements : aller vers ? Attendre une libre adhésion ? Ou tout simplement attendre la demande ?

Il faut noter que si nous avons le temps nous prendrons quelques questions après l'intervention de M. Éric FIAT

Puis nous ferons une pause.

Il en ira de même après l'intervention de M. Philippe Maugiron.

Nous vous donnerons des précisions pour le repas à la fin de la matinée.

Cet après-midi, comme vous l'avez certainement noté il y aura, sous la forme d'une table ronde animée par Dorothée DUTOUR, directrice du centre de réadaptation de l'association Rénovation, quatre présentations du travail des équipes de la grande région nouvelle Aquitaine :

A la fin de la journée, M. Michel Laforcade viendra conclure notre journée et nous l'en remercions par avance.



**Ne pas aller vers « ceux  
qui ne demandent  
(plus) rien ».**

Ana Marques  
EPS Ville Evrard (93)  
SMF NA Bordeaux 2019

Tout d'abord je tiens à remercier l'opportunité d'être avec vous ce matin. Si je fais de la recherche, ce n'est pas juste pour alimenter des théories, échanger avec mes collègues chercheurs, mais pour que cela puisse éventuellement apporter des éléments pour faire avancer les pratiques professionnelles, donc très important pour moi de pouvoir échanger avec vous.

## Plan

- Légitimation des interventions par la demande
- Légitimation des interventions par la non-demande
- Légitimation des non-interventions

Je vous propose une réflexion sur la légitimité d'aller vers des personnes qui ne demandent pas notre intervention et en même temps, sur la légitimité à NE PAS aller vers ceux qui ne demandent plus rien. Et avant tout ça, il faudra se questionner pourquoi c'est la demande qui légitime les interventions et en plus quel type de demande. Je vais vous dire les choses telles que je les ai entendues sur le terrain puis comment je les ai élaborées au fil du temps dans ma tête mais surtout avec les acteurs du terrain, professionnels, usagers, chercheurs.

J'ai commencé ces réflexions dans le cadre de ma thèse réalisée au sein d'une EMPP (expliquer)

Mais vous verrez que je me suis nourrie d'autres contextes également, tels que celui de l'intervention auprès d'adolescents et à domicile auprès de personnes âgées, notamment celles souffrant de démences, qui sont des populations réputées avoir du mal à demander de l'aide.



## Ceux qui ne demandent (plus) rien?

- la question de la demande au cœur de la désignation d'une population
- « on ne peut pas laisser ça comme ça » versus « de quoi on se mêle »

On commence donc par le titre de ma communication, qui est quand même un cadeau pour le sociologue. En arrivant sur le champ de la psychiatrie-précarité, j'entendais ou lisais souvent cette désignation des personnes « en situation de grande exclusion » comme étant « ceux qui ne demandent plus rien ».

Ceci montrait bien que la question de la demande était au cœur de la définition d'une population : c'est pas qu'ils sont à la rue, c'est pas qu'ils n'ont pas d'argent, pas de maison, pas de réseau social, c'est qu'ils n'ont plus de demande. Pourquoi cela ? Parce que c'est ce qui posait problème pour l'intervention auprès des personnes à la rue. S'ils font le 115, c'est-à-dire, s'ils sont en demande, on leur attribue une place d'hébergement, si on en a, sinon, on leur dit, désolé. Mais s'ils sont juste là, dans la rue, que les riverains les signalent, surtout s'il fait froid, « on ne peut pas laisser ça comme ça » et pourtant de quel droit on va les voir ? Ils nous le disent d'ailleurs souvent : « dégage ! », « laissez-moi tranquille ? » ou plus gentiment : « c'est sympa d'être venu, mais je n'ai besoin de rien ». S'ils ne demandent pas et a fortiori s'ils refusent, de quel droit va-t-on insister ? D'autant plus qu'on n'arrive déjà pas à répondre à tous ceux qui demandent. A ce propos, j'étais étonnée des travaux qui commençaient à apparaître à l'époque (2005) sur la question du non recours (et comme par hasard le thème sera abordé tout à l'heure). Mais revenons à nos

moutons, ce qui posait pb était l'absence de demande qui empêche l'intervention. Car s'ils n'ont pas le logement mais ils le demandent, on sait faire. Mais s'ils ne demandent même pas, alors comment faire ? alors il faut les définir comme incapables de demander pour légitimer une intervention en l'absence de demande. On va y revenir. Pour l'instant on retient que la question de la demande est au cœur de la légitimation des interventions.



## La demande est la meilleure et la pire des choses



- La meilleure, comme antidote aux excès de l'ordre social
- La pire si son absence permet l'alibi théorique du retrait en toute bonne conscience.

J. Furtos et P. Morcelet (2000)

Alors pourquoi nous faut-il absolument une demande pour pouvoir intervenir ?  
La demande est la meilleure et la pire des choses

## La demande qui légitime l'intervention



- Qui demande? La personne? La famille? Les partenaires? L'Etat? Qui est le « client »?
- Où s'exprime la demande?
- La présence vaut demande?
- **Demande formulée en présence de la personne à soigner dans un lieu de soin**

Mais de quelle demande s'agit-il ? et tout d'abord, qui demande ? Est-ce qu'il suffit d'avoir une demande, de n'importe qui pour pouvoir intervenir légitimement ? (pause)

Le cas des personnes âgées démentes : quand ils signent leur contrat de prise en charge, peut-on considérer qu'ils sont en demande ? Seulement à chaque fois qu'on y revient, la personne ne sait plus ni qui on est ni pourquoi on est là. Est-ce qu'on ne peut pas dire que chaque fois qu'on y va il s'agit d'un aller vers en l'absence de demande ? Et si ce qu'elles demandent est le contraire de ce que la famille demande ? Quelle partie de la famille déjà ? Ou c'est notre avis qui compte ? C'est pour cela que la notion de travail politique ou micropolitique m'intéresse, parce qu'elle permet de comprendre comment l'interaction entre les différents acteurs aux pouvoirs différents permet de légitimer ou non d'une part les acteurs eux-mêmes et d'autre part telle intervention et non telle autre.

Là on dépasse un peu notre cadre, mais c'est pour vous montrer que la réflexion sur l'aller vers est en quelque sorte de même type que la réflexion sur « pour quoi y faire ? » Revenons de nouveau à nos moutons.

Et même si c'est la personne qui demande ? Est-ce qu'il suffit qu'elle demande depuis

chez elle ? Où cette demande a-t-elle été formulée ? La vraie demande comme on l'aime, est celle formulée par la personne à soigner (ou à défaut par quelqu'un d'autre mais en présence de la personne à soigner) dans un lieu de soin. Ex : la demande d'avis psychiatrique dans les hôpitaux généraux. La VAD pour personne connue.

Et puis comment on sait que la personne demande ? Le cas des SAMSAH : la personne a bien signé son dossier MDPH, où il doit être inscrit son projet de vie. Pour autant peut-on dire qu'elle demande l'intervention ?

Et on en vient à comprendre que ceux qui ne demandent pas et pour lesquels on tient à intervenir quand même ce sont les plus fragiles, d'où la désignation « ceux qui ne demandent plus rien ». Cette désignation légitime le fait d'aller vers eux en l'absence d'une demande de leur part par le fait que si on devait attendre une demande, il n'y en aurait pas, ils en sont incapables. On ne peut pas demander à une personne de faire une chose qu'elle ne peut pas faire, c'est inhumain, et surtout incohérent. C'est comme pour les personnes ANOSOGNOSIQUES, cad qui sont incapables d'identifier leur trouble, c'est absurde d'attendre une demande de leur part. Ou encore, pour les personnes qui ne peuvent pas marcher, on rend les bâtiments accessibles. Et pour ceux qui ne peuvent pas demander, comment se rendre accessible ?

Puis dans la demande, il y a deux aspects : le fait d'identifier un besoin ou un souhait et celui d'exprimer ce besoin ou ce souhait. Il y a même un troisième aspect, le fait de savoir à qui adresser sa demande. Ça nécessite pas mal de compétences que certaines personnes n'ont pas ou plus, et qu'il s'agit parfois de reconstituer. Non pas dans le sens de faire comme avant ou de faire comme tout le monde, mais de voir en quoi il est possible d'accompagner la personne dans ce processus d'identification et expression de besoins. Pour cela, faut y aller, même en l'absence de demande. Ainsi, la demande n'est plus le point de départ, mais l'objectif de l'intervention.

## La non demande



« AM : Quand ça ne va pas, est-ce que vous avez besoin de rencontrer quelqu'un, de parler à quelqu'un ?

Non, non, je reste sur moi-même et hop, je dis : ça va passer. Et puis c'est tout.

AM : Si vous avez le cafard, vous attendez que ça se passe ?

C'est pas souvent que j'ai le cafard, non. J'essaie de voir les choses autrement.

AM : Et les infirmiers du centre, ils peuvent vous aider ?

Oui, pourquoi pas. On a toujours besoin de quelqu'un, oui. Mais enfin, en principe, c'est rare quand je demande ou n'importe. Si ça va pas, hop, j'essaie de faire autrement.

Mais je buttais à une autre contradiction. Si l'utilisateur doit être au centre du dispositif, si la demande signale bien que la personne a un assez bon niveau d'autonomie, qu'elle sait ce qu'elle veut pour elle (la sacrosainte autonomie, objectif de toutes nos interventions) comment comprendre la revendication de la part des usagers de ne pas avoir demandé ce qu'ils avaient reçu : « je n'ai pas demandé à venir au centre d'hébergement. Ce sont eux qui me l'ont proposé et j'ai dit : si vous voulez ». De très nombreux usagers me l'ont dit et je ne comprenais pas : ils revendiquent une position de soumission ? Ils revendiquent la non demande qui s'exprime comme vous le voyez dans l'extrait d'entretien qui s'affiche.

AM : Tout seul ?

Oui

AM : (...) En partant d'ici, vous allez où ?

Je suis pas encore parti. Si, je pense partir un jour, mais j'ai l'hôtel ou alors une pension de vieillards. Y en a, ça existe.

AM : Vous avez rencontré quelqu'un pour mettre en place ce projet ?

Non, pas encore. J'ai pas cherché disons.

AM : Vous n'avez pas parlé aux personnes du centre de ce projet ?

Non, pour le moment je suis ici, ça va.

AM : Vous ne rencontrez pas l'assistante sociale d'ici ?

Si elle me demande, j'y vais, mais c'est rare que j'aille la voir.

AM : Vos papiers, vous les avez ?

Euh oui, une partie a été faite par ici. Quand je suis arrivé ici, j'avais mon permis, carte d'identité je l'avais pas, ça a été refait je crois.

AM : Avec qui vous avez fait votre carte d'identité ?

Avec ici, là.

AM : L'assistante sociale, elle a été vous accompagner ?

Oui, à la préfecture de police. »





## La non demande

- Active ou passive?
- Faire le professionnel proposer ce que je veux.
- Le pouvoir de demander X le pouvoir de ne pas demander ou de refuser

(le pouvoir de la non-demande active) Eh bien non, contrairement à une notion forte de la demande (je choisis, je demande, j'achète, j'ai le droit) pour certains publics fragilisés, la demande est une honte, ressemblant à tendre la main, nécessitant reconnaître ses fragilités, et une forme de dépendance de l'autre. Car quand je demande, c'est l'autre qui a le pouvoir de dire oui ou non. Si je ne demande pas, si c'est l'autre qui vient me voir et me le propose, c'est à moi d'avoir le pouvoir de dire oui ou non. Ce pouvoir inversé, on le voit à l'œuvre quand les professionnels discutent de ce qu'il faut faire pour la situation telle ou telle personne et on entend : « faut aller doucement sinon il se braque », « je lui en ai parlé mais comme elle avait l'air contrarié, j'ai pas insisté »

Ainsi, contrairement à nos idées habituelles, ne pas demander peut être une façon pour les personnes de garder un pouvoir sur leurs vies. Et parfois, le seul pouvoir qui leur reste est celui de refuser.

Mais alors quand on dit qu'on n'intervient qu'à partir d'une demande, c'est qu'on imagine que les choses sont bien claires, noires ou blanches, pas de gris : soit la personne a une demande, soit elle n'en a pas. Et bien, malheureusement ce n'est pas

le cas, et vous le savez bien.

# Demande, non demande et refus

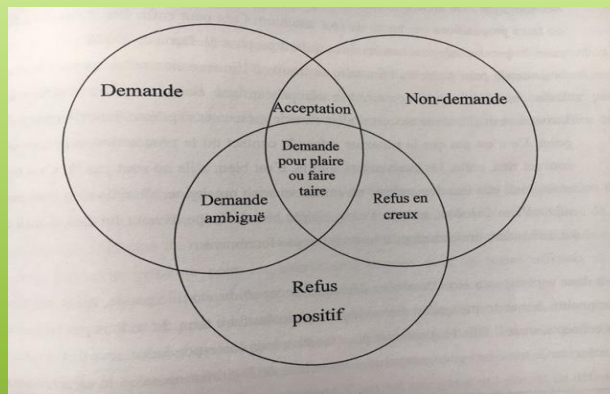
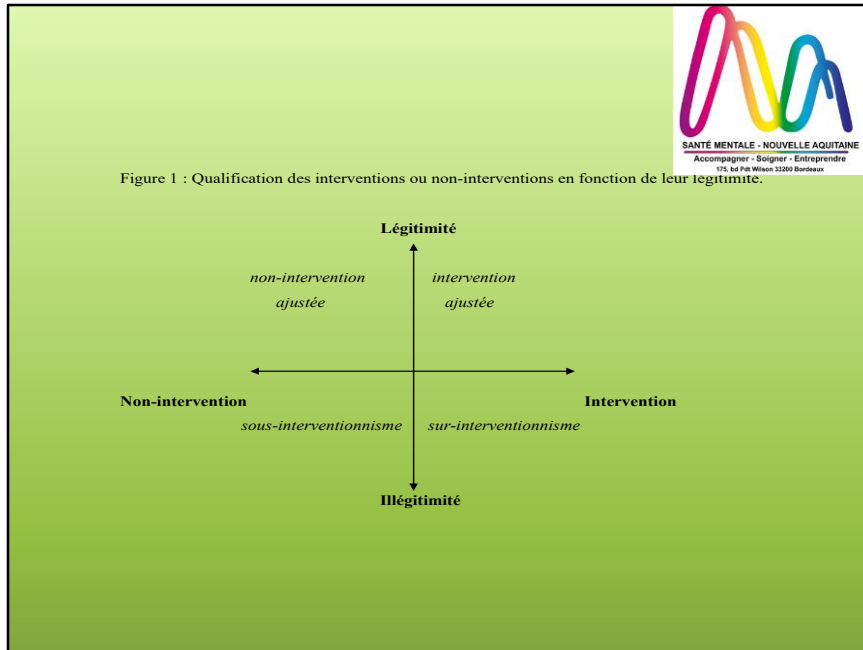




Figure 1 : Qualification des interventions ou non-interventions en fonction de leur légitimité.



Mais si l'on se met à réaliser ce travail pour faire émerger une demande, on revient à la question initiale, est-ce une intervention légitime ou est-ce qu'on n'est pas en train de se mêler de ce qui relève de la vie privée, au-delà de notre sphère légitime d'intervention ? (sur-interventionnisme). Ou au contraire, lorsqu'on considère que « c'est pas mon boulot », est-ce une non intervention légitime ou du sous-interventionnisme ? Comment le savoir ?

Alors pas de recette bien sûr, mais on l'a dit plus haut, la réponse est donnée en fonction du travail politique des acteurs (service de psy, services partenaires, usager, entourage, etc.) dans un contexte donné, auquel s'ajoute notamment d'une forme d'apprentissage collective lié aux situations précédentes et sur du assez long terme.

Seulement, pour éviter de passer de l'autre côté du miroir, de passer d'une exigence de demande à un aller-vers à tout va, certains points semblent limiter les excès

## Aller vers

- Avec le demandeur
- Qui aura préparé la visite
- Obtenir l'accord pour la prochaine visite (créer une demande ou faire accepter)
- Intervenir en l'absence de demande pour faire émerger une demande ou une acceptation
- Aller vers pour faire venir





Merci pour votre  
attention!

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine



Approche qualitative – Octobre 2017

- *Journée Santé mentale France N-A du 8 janvier 2019*



- Plan de l'intervention

- **Éléments de contexte**
- **Concepts et méthode**
- **Résultats et préconisations**
- **Principaux enseignements de l'étude**

- Éléments de contexte

- Un double constat dans la littérature

- Non-recours aux soins qui augmente avec la précarité
- Détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe

- En ce qui concerne les personnes en situation d'exclusion

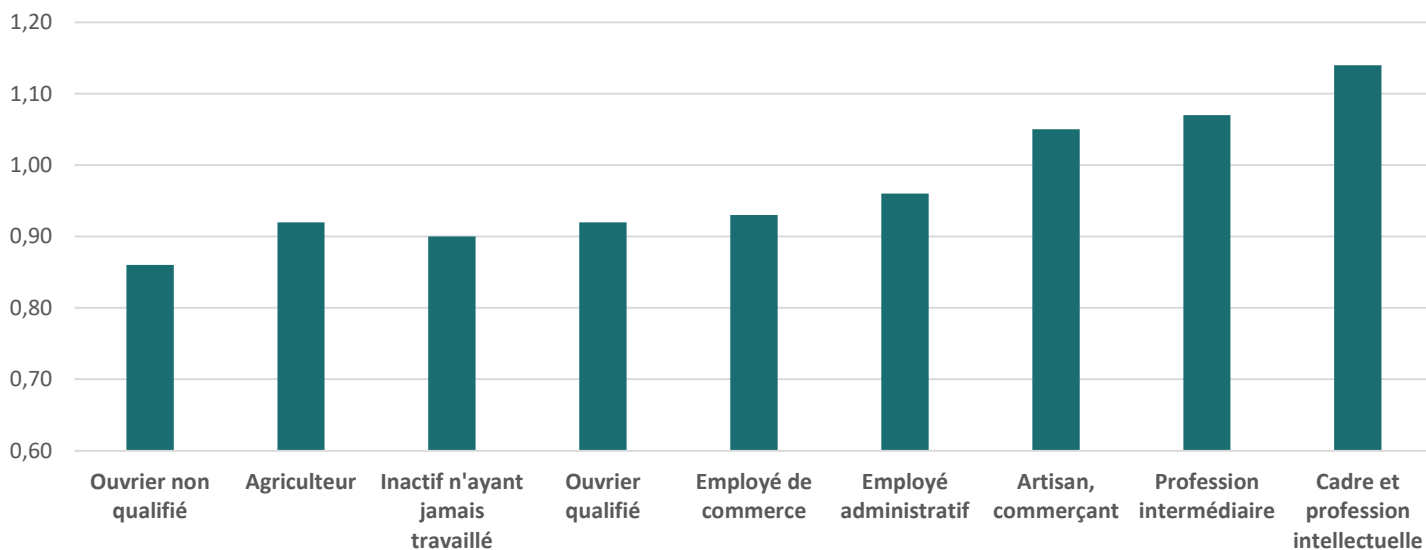
- Plus exposées à la maladie
- Moindre recours aux système de soins
- Moindre adhésion aux messages de prévention

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Éléments de contexte

- Le gradient social du RECOURS aux soins...

Personnes de 15 ans ou plus ayant eu recours à un dentiste au cours des douze derniers mois : Indice à âge et sexe comparable



Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes

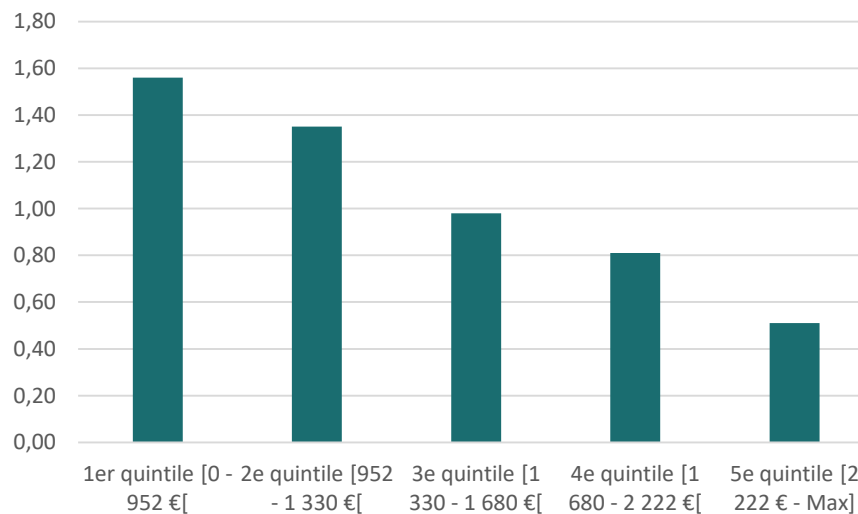
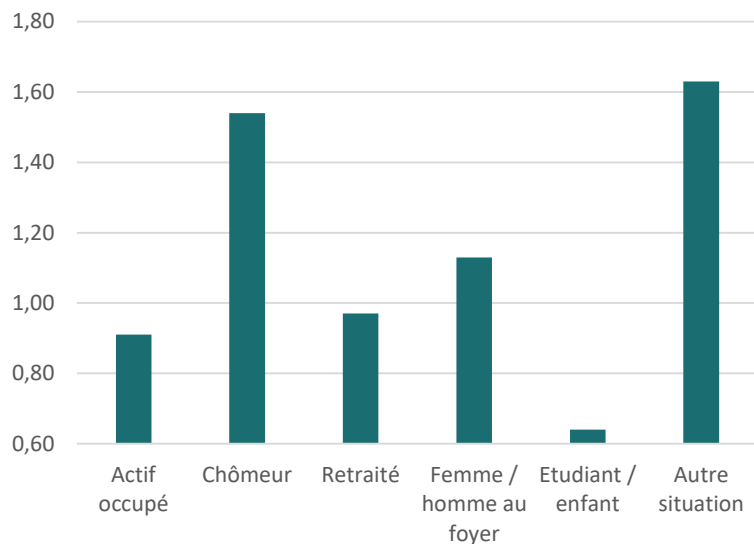
Réalisation : ORS N-A

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- **Éléments de contexte**

- **Le renoncement aux soins pour raison financière...**

Personnes de 15 ans ou plus ayant renoncé à au moins un soins pour raison financière au cours des douze derniers mois : Indice à âge et sexe comparable



Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes

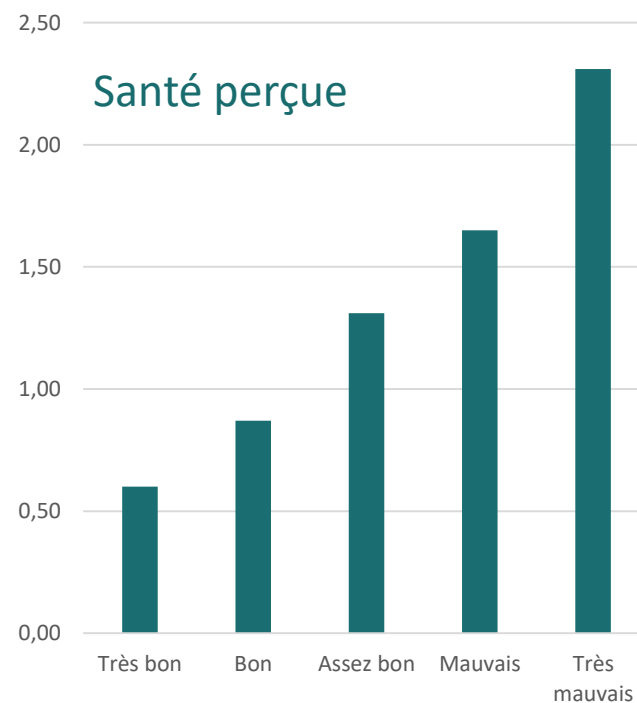
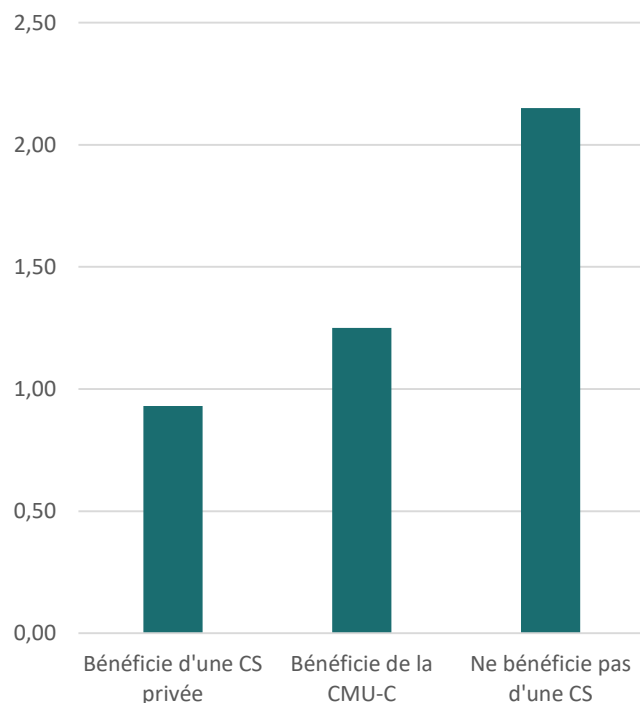
Réalisation : ORS N-A



# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- **Éléments de contexte**

- **Le renoncement aux soins pour raison financière...**



Source : EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes

Réalisation : ORS N-A

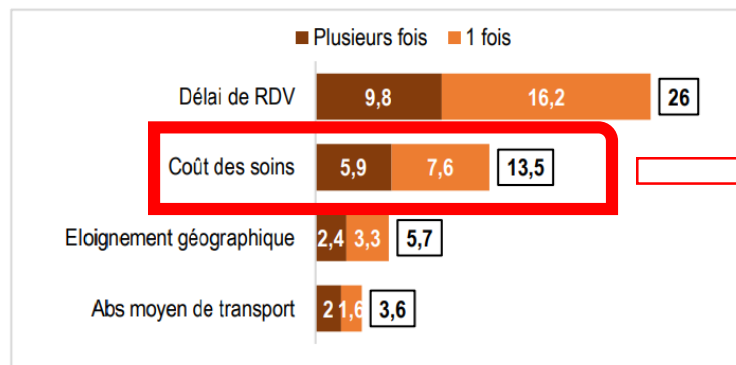
# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

## • Éléments de contexte

### • Les obstacles à l'accès aux soins : Quelques données locales...

#### ➤ Ex-Limousin (Population générale, mars 2017)

% de foyers dont un membre a dû renoncer à une consultation ou des soins au cours des 2 dernières années selon le motif



- Plus de 30 % chez les personnes sans activité professionnelle
- 40 % chez les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME

#### ➤ Ex-Poitou-Charentes (Population générale, 2015)

- 36 % des personnes avaient renoncé à au moins un soins en 2015
- 22 % pour des soins dentaires...
- ...IMPACT ++ des déterminants sociaux individuels et des délais d'attente pour un rdv

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Éléments de contexte

- Le PRAPS

- Note d'information du ministère des solidarités et de la santé de 2017...Incite à mettre en place des **démarches « d'aller-vers »** pour les populations les plus vulnérables par le développement de PASS mobiles et d'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) en développant des partenariat avec les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI)....
- PRAPS 2018-2028 Nouvelle-Aquitaine se donne pour objectifs, la transformation des PASS en PASS mobiles, de consolider les médiations sanitaires, de favoriser les pratiques professionnelles « d'allers-vers »

- **L'action des CPAM**

- Les Plans locaux d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des ruptures
- La plateforme d'Intervention Départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS)

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

## • Éléments de contexte

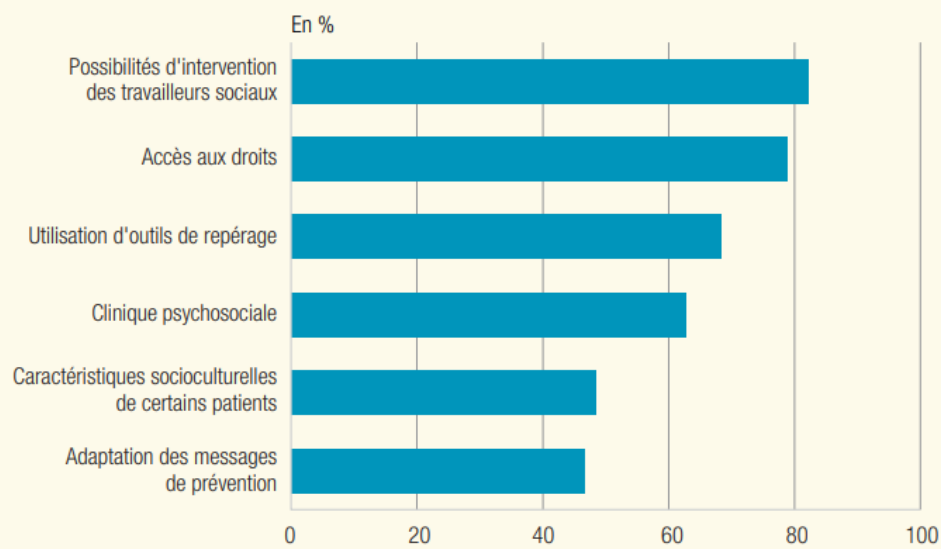
### • La place / le rôle du médecin traitant



➤ 9/10 médecins généralistes estiment de leur rôle d'adapter la relation avec un patient en situation de vulnérabilité sociale...

➤ Mais ½ ne se sent pas assez formé à sa prise en charge

### Besoins de formation exprimés par les médecins généralistes pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



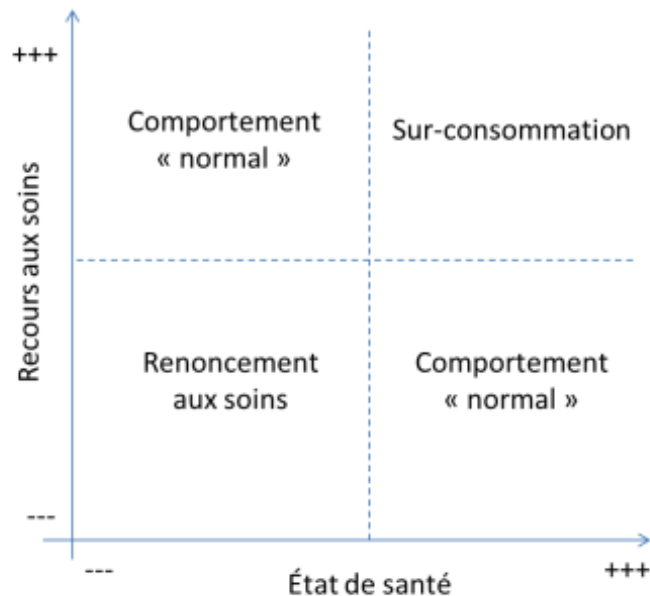
**Note** • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.  
**Lecture** • Parmi les médecins généralistes qui déclarent un besoin de formation, 82 % se sentent insuffisamment formés concernant les possibilités d'intervention des travailleurs sociaux.  
**Champ** • Médecins généralistes déclarant un besoin de formation, France métropolitaine.  
**Sources** • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

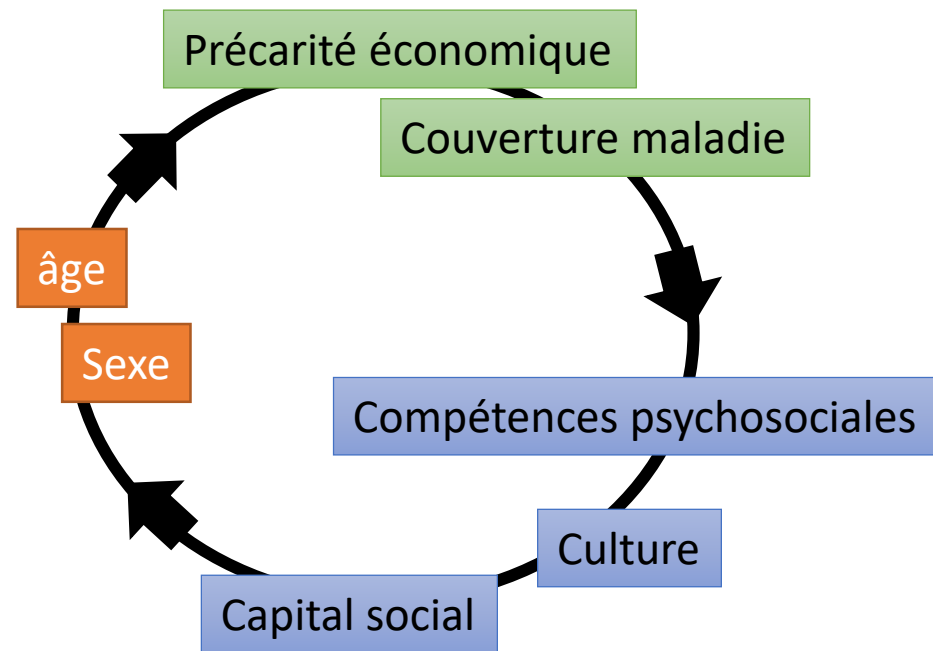
- Éléments de contexte

- Les déterminants du renoncement/non recours aux soins

Figure 1 : Typologie des comportements de santé



Source : *Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE* Olivier Bouba-Olga, Magalie Vigé



Gratuité ≠ recours

- Éléments de contexte

- Le Renoncement

Besoin de santé connu mais auquel l'individu renonce à y chercher une réponse

*« Le renoncement est fondé sur une délibération, ce qui suppose que le sujet a identifié un plusieurs signes ou symptômes qui lui posent problèmes » (Caroline Despres, 2013)*

- Le non recours

Besoin de santé connu ou non qui ne donne pas lieu au soin auquel il pourrait prétendre (non connaissance, non intention ou impossibilité)

*« La question du non-recours renvoie à toute situation où une personne ne reçoit pas – qu'elle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » (ODENORE)*

- Objectifs

Disposer d'une analyse partagée en matière d'accès à la santé des personnes accueillies en structure d'hébergement et de logement temporaire :

- **Etudier les représentations de la santé et du système de santé**
- **Apporter des éléments de compréhension des causes liées au renoncement et/ou au non-recours aux soins**
- **Apporter des éclairages quant aux types de soins particulièrement concernés par le non-recours et le renoncement**
- **Elaborer des préconisations**

## Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Public cible et territoire

- Personnes accueillies dans les structures d'hébergement et de logements temporaires en Nouvelle-Aquitaine
- Champ des structures enquêtées : CHRS, Maisons relais, Centre d'Hébergement d'Urgence



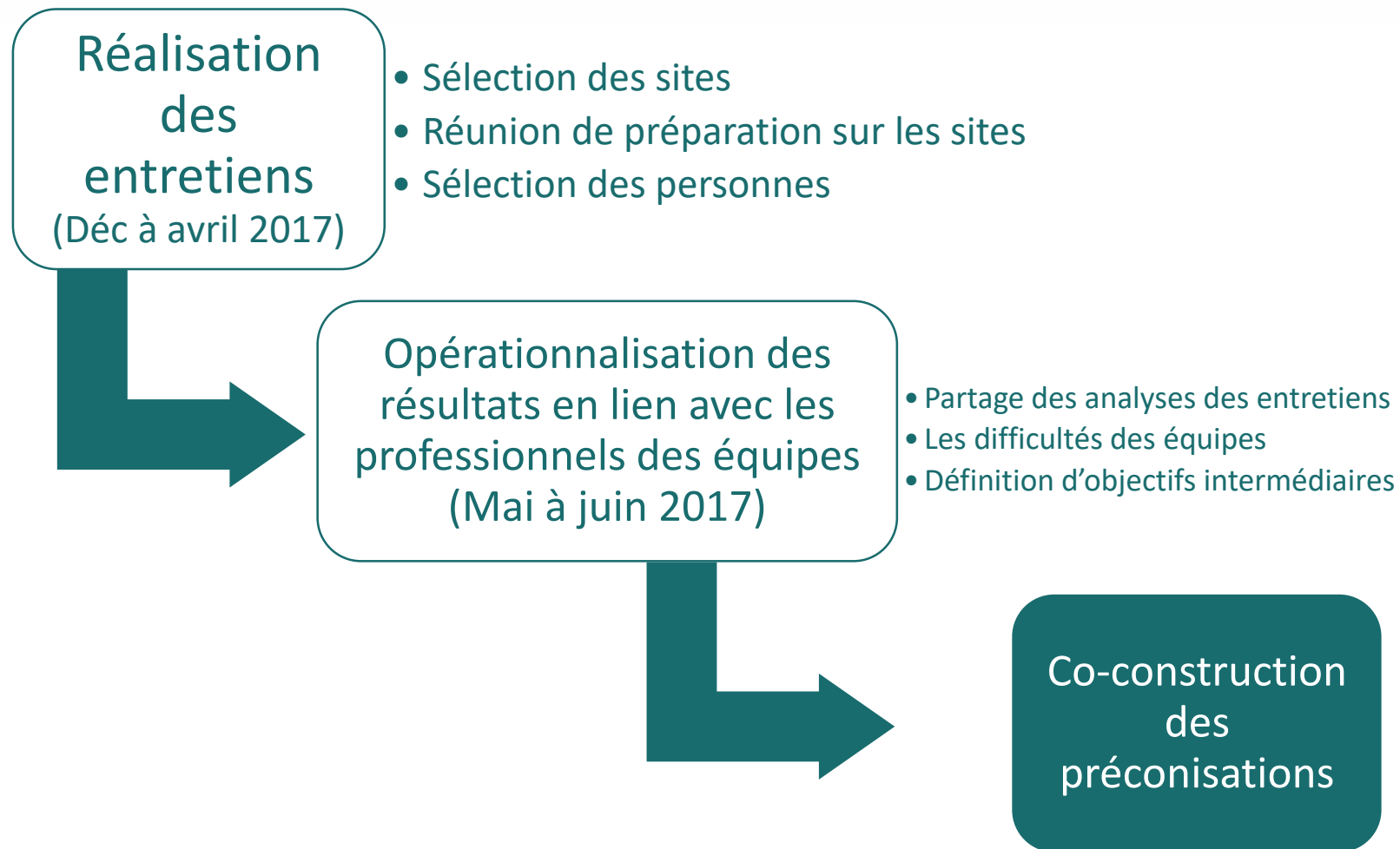
## Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Public cible et territoire

- **Enquête qualitative** par entretiens individuels semi-directifs face-à-face
- Repérage des **facteurs qui expliquent le non-recours** aux soins, et inversement, qui facilitent le recours aux soins
- Exploration des **freins et leviers** :
  - Relevant de l'histoire personnelle de la personne ;
  - De son parcours de socialisation autour du soin ;
  - Du système de santé et de protection sociale ;
  - De l'accompagnement proposé par la structure d'accueil.

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

## • Démarche et méthode



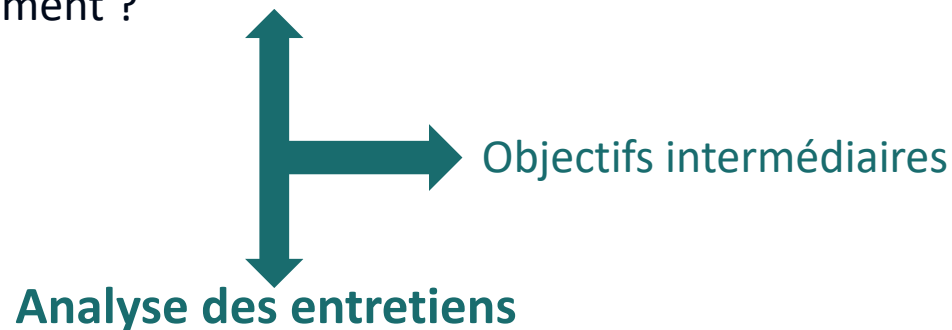
# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Démarche et méthode

## Le travail avec les équipes

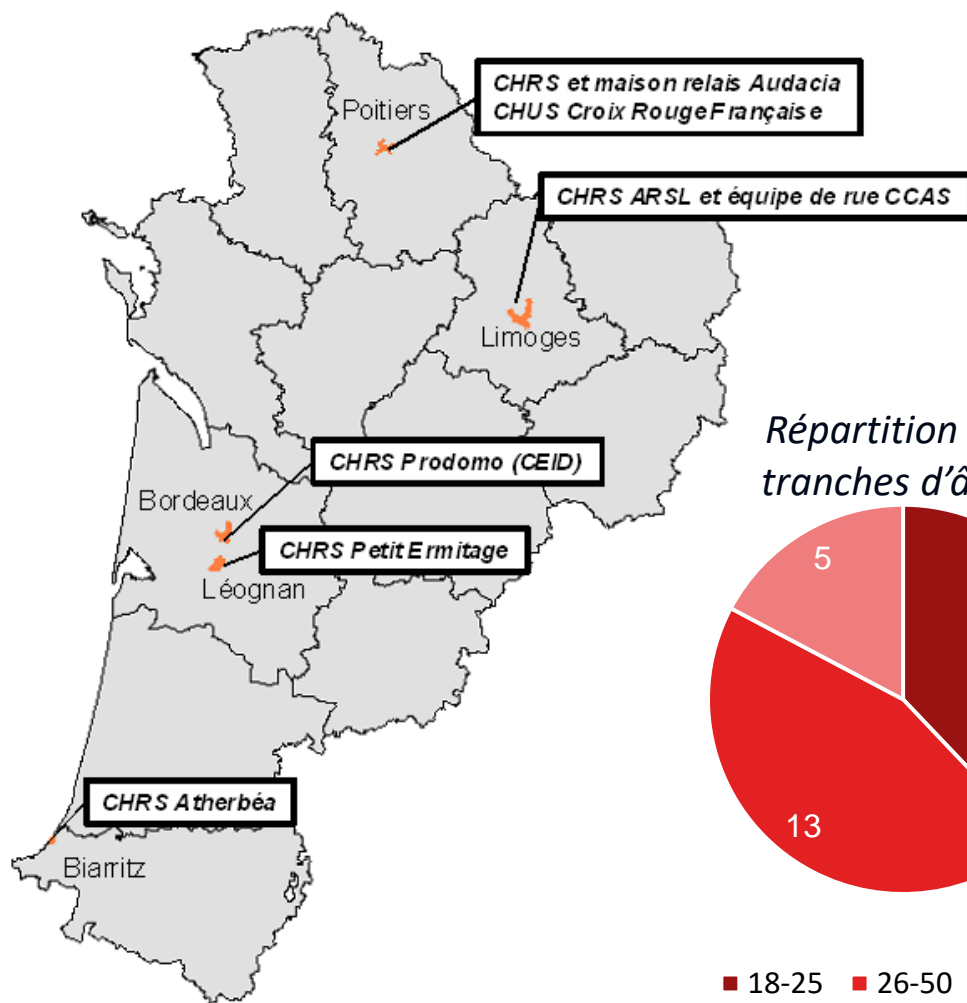
Sites	Composition	Nb de participants	Date
Bordeaux et Léognan	CEID - CHRS Prodomo CHRS Petit Ermitage	4	18 mai
Poitiers	Audacia - Pôle Migrants Audacia - Pôle Autonomie Croix-Rouge Française - CHUS	9	19 mai
Limoges	ARSL - CHRS Augustin Gartempe CCAS – Equipe de rue	7	24 mai

**Les difficultés rencontrées par les équipes** (Méthode des post it pour travailler sur 2 questions) : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement vers les soins (recours et continuité) ? Quels sont les éléments qui facilitent cet accompagnement ?

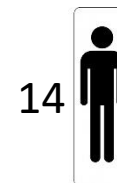
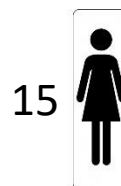


# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

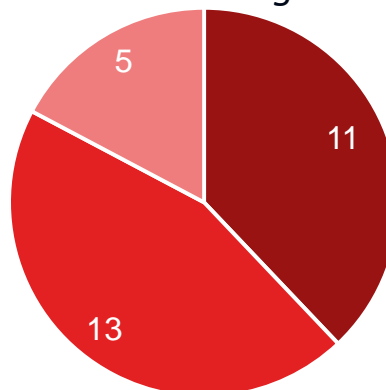
## • Les entretiens : l'échantillon



Trente et un entretiens réalisés, 29 analysés



Répartition par tranches d'âges



■ 18-25 ■ 26-50 ■ 50 et +

Majoritairement...

- peu ou pas diplômés
- Vivant seuls (divorcé, séparé ou célibataire)
- Sans emploi ou retraités
- Bénéficiaires de la CMU/CMUc ou AME

- Les entretiens :

## Proposition d'une typologie du non-recours aux soins

P. Warin propose une typologie du non-recours :

- Non-connaissance
- Non-demande
- Non-réception

Proposition d'adaptation aux non-recours aux soins :

- Non-perception du besoin de soin
- Absence d'intention de consulter
- Renoncement (intention de consulter qui n'aboutit pas)

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Les entretiens :

## Type de non-recours aux soins

Non perception du besoin de soin	Déni Addictions
Absence d'intention de consulter malgré le constat d'un désordre physique ou psychique	Normes sociales et familiales « Brouillage des pistes » Craintes des conséquences de la consultation Mise à distance des situations difficiles Appréhension à se montrer faible Défiance envers le système de santé
Intention de consulter qui n'aboutit pas	Non-recours aux droits Freins financiers Refus de CMU Difficulté à se mobiliser Fragilité des démarches Difficulté à se projeter, à s'organiser, à planifier Temporalité

- Les entretiens :

## La non-perception du besoin de soins

- Le déni
- Les addictions démobilisent les personnes

- Les entretiens :

## L'absence d'intention de consulter

- Les normes familiales et sociales influent sur le rapport au corps, à la douleur et à la plainte
- L'absence d'intention de consulter peut relever d'un « brouillage des pistes »
- La crainte des conséquences de la consultation
- La mise à distance des situations difficiles
- L'appréhension à se montrer faible
- La défiance globale envers les institutions et le système sanitaire et social



- Les entretiens :

## Le renoncement : l'intention de consulter qui n'aboutit pas

- Les freins liés au système de santé et de protection sociale
  - Non-recours aux droits : non demande et difficultés administratives
  - Freins financiers : ++ personnes soumises à l'effet de seuil
  - Le refus de CMU
- Les freins liés à l'individu
  - Un isolement social qui renforce la difficulté à se mobiliser sur sa santé et la fragilité des démarches
  - Des facteurs constitutifs de la précarité : la difficulté à se projeter, à s'organiser, à planifier et l'« impossible » attente

- Les entretiens :

## Quelques spécificités en fonction du type de soin

- Les soins dentaires : un non-recours relativement important
- Les soins de santé mentale : vers une normalisation, en partie du fait des structures sociales qui intègrent des professionnels de santé mentale
- Le suivi gynécologique rendu possible grâce aux dispositifs permettant une prise en charge globale
- Les soins préventifs : un recours aux bilans de santé gratuit proposé par les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie

- Les entretiens :

## Quelques spécificités en fonction du type de public

- Les publics migrants : des parcours induisant des problèmes de santé mentale
- Les enfants : leur santé au cœur des préoccupations parentales

- Les entretiens :

## Les principaux enseignements des rencontres avec les équipes :

- L'importance d'un référent santé en interne
- Les difficultés d'articulation entre les secteurs social et médical (représentations mutuelles, connaissance du réseau...)
- La nécessité d'une meilleure prise en compte des spécificités culturelles et de la barrière de la langue
- Le sentiment d'un accueil parfois non adapté par des professionnels de santé
- Le besoin d'outils et de partenariats pour « Amener la santé dans les structures sociales »

# Le non-recours aux soins des personnes prises en charge dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

- Les entretiens :

## La définition d'objectifs intermédiaires

**Finalité** : Contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

**Objectif global** : Améliorer le recours aux soins des personnes hébergées ou logées temporairement

**Objectif inter 1**  
Mieux se comprendre pour mieux travailler ensemble

**Objectif Int. 2**  
Renforcer l'accompagnement des personnes par rapport à leur santé

**Objectif Int. 3**  
Permettre une prise en charge intégrée des problèmes de santé

**Objectif Int. 4**  
Mieux comprendre les représentations et pratiques médicales face à la précarité et la pauvreté

 *A décliner en objectifs opérationnels en comité de pilotage élargi*

- Les Préconisations :

## Composition

DR D JSCS (Pôle cohésion sociale et MOSTRA), ARS (Direction de la santé publique et délégations départementales de la Vienne et de la Charente), PASS du CHU de Bordeaux, Union nationale des centres communaux d'action sociale, structures sociales (Croix-Rouge Française, Atherbéa, Audacia), délégation régionale du Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées.

## Objectifs

- Partager les résultats de l'analyse des entretiens
- Valider les objectifs intermédiaires proposés
- Elaborer des préconisations d'actions au sein de chaque objectif intermédiaire

- Les entretiens :

## Les préconisations

**Objectif intermédiaire 1**  
Mieux se comprendre pour  
mieux travailler ensemble



### Préconisations

- Structurer des réseaux locaux interdisciplinaires autour de la résolution des situations complexes, en lien avec les plateformes territoriales d'appui
- Organiser des formations et temps d'échanges associant les secteurs sanitaire et social
- Formaliser le rôle et la place de chacun dans l'accès à la santé
- Faciliter les démarches administratives

- Les entretiens :

## Les préconisations

**Objectif intermédiaire 2**  
Renforcer  
l'accompagnement des  
personnes par rapport à  
leur santé



### Préconisations

- Développer la prévention santé dans les structures sociales
- Organiser le « Aller vers » des acteurs de santé vers les structures sociales
- Renforcer les compétences des travailleurs sociaux sur l'accès à la santé
- Organiser des ateliers pour travailler le rapport au corps, la prise de conscience du besoin de soin



- Les entretiens :

## Les préconisations

**Objectif intermédiaire 3**  
Permettre une prise en charge intégrée des problèmes de santé



### Préconisations

- Formaliser une fonction de coordination des parcours de santé au sein des équipes éducatives et sociales
- Promouvoir les centres de santé polyvalents proposant des soins à domicile
- Organiser des permanences de professionnels de santé au sein des structures sociales

- Les entretiens :

## Les préconisations

**Objectif intermédiaire 4**  
Mieux comprendre les représentations et pratiques médicales face à la précarité et à l'interculturel



### Préconisations

- Mobiliser les instances de représentations des professionnels de santé hospitaliers et libéraux
- Etudier les représentations et pratiques des professionnels de santé

- Discussion :

## Des limites

- Biais de sélection, de représentation, de désirabilité sociale
- N'a pas permis d'explorer l'ensemble des mécanismes du non-recours aux soins, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé et les personnes non francophones

## Les principaux enseignements

- Les personnes en situation de précarité sont attentives à leur santé
- L'accompagnement social est le premier levier du recours aux soins et de l'accès à la santé
- L'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social est fortement interrogé lorsqu'il s'agit de travailler sur les leviers de l'accès aux soins

- Conclusion :

## **Des résultats cohérents avec d'autres études régionales ou nationales**

### **Des préconisations qui interpellent fortement :**

- l'articulation entre secteur social et médical
- Les représentations mutuelles
- Le renforcement de la prévention
- Le renforcement de l'accompagnement santé au sein des structures



Observatoire Régional de la Santé

**NOUVELLE-AQUITAINE**

 [contact@ors-na.org](mailto:contact@ors-na.org)

 [www.ors-na.org](http://www.ors-na.org)

- **SIÈGE**



102 Bd Maréchal Juin  
33000 BORDEAUX



05.56.56.99.60

- Antenne de LIMOGES

4 Avenue de la Révolution  
87000 LIMOGES

05.55.32.03.01

- Antenne de POITIERS

203 Route de Gençay  
86280 SAINTE BENOÎT

05.49.38.33.12

## « Aller-vers », « Attendre la demande » ou « la libre adhésion »

SAMSAH des Roses (OGFA – Jurançon)

Lyber Larralde chef de service

Marie Casty-Rigal infirmière

Doralice Joseph, Psychologue, CHP Pau

Bonjour

Je m'appelle Marie Casty et je vais, au titre du SAMSAH « Les roses » (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), avec ma cheffe de service Mme Lyber Larralde et l'appui de Doralice Joseph qui est psychologue au CH des Pyrénées, vous faire part de notre questionnement dans l'accompagnement d'un certain nombre de personnes dans leur vie quotidienne et leurs projet.

Le SAMSAH « Les Roses » est un service de l'OGFA, organisme de gestion des foyers amitiés. Cette association, à visée humaniste, créée depuis une soixantaine d'années s'est occupée initialement de jeunes filles en difficulté, puis de personnes en situation précaire, de migrants, et depuis 2009, de personnes en situation de handicap psychique.



## Une clientèle singulière

- Des personnes longtemps hospitalisées
- souhaitant vivre à leur domicile et non en établissement
- Très dépendantes :
  - Sur le plan psychologique
  - Pour les actes de la vie quotidienne
  - Et pour l'observance des traitements
- Le pouvoir d'agir étant initialement très limité

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

3

Notre clientèle est assez singulière puisqu'elle est composée essentiellement :

- De personnes longtemps hospitalisées, parfois pendant plus de 20 ans ;
- Des personnes qui **ont choisi** de vivre dans un domicile et non en établissement
- Des personnes très dépendantes :
  - Sur le plan psychologique :
    - Elles ressentent un fort sentiment de solitude,
    - Elles ont **des** difficultés à se faire des relations et des amis
    - Et généralement, elles n'ont pas de famille mobilisable
  - Malgré le travail de réhabilitation, pour les actes de la vie quotidienne :
    - Peu ont des compétences importantes concernant les actes de la vie quotidienne
    - Et l'entretien personnel nécessite une supervision régulière
  - En ce qui concerne la prise des traitements :



- Une supervision est un minimum
- Et souvent il est nécessaire de mettre en place une distribution des médicaments

Le pouvoir d'agir étant initialement très limité

## L'accompagnement par le SAMSAH

Dans la vie  
quotidienne

Pour le suivi médical

Pour la vie sociale, culturelle  
ou professionnelle

Aide Humaine :  
TISF

Approche clinique :  
Aide soignants  
Infirmières  
Médecin

Médecin psychiatre  
Infirmières  
Aide soignants  
AMP

Assistantes sociales  
TISF  
AS - AMP

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion,  
libre adhésion ou aller vers

4

Le SAMSAH « Les roses » accompagne le projet de vie des personnes :

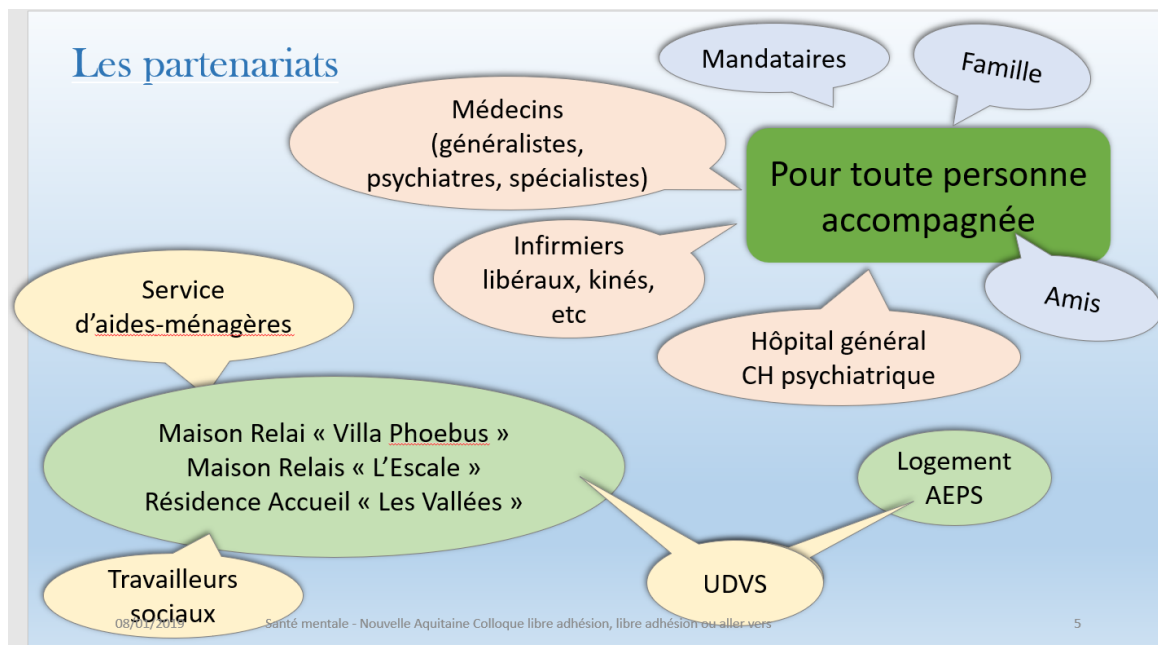
1. Dans la vie quotidienne :

- a) Les TISF : les techniciens d'intervention sociale et familiale de l'équipe interviennent de façon privilégiée **pour assurer** ce que l'on appelle l'aide humaine c'est-à-dire les actes de la vie quotidienne et les soins personnels.
- b) Par l'approche clinique, les infirmières, AMP et aides-soignantes, permettent le décodage des difficultés de la personne au regard de sa pathologie. Ce qui favorise la mise en lien de la personne avec la réalité.

2. Le suivi médical est assuré par les infirmières, les aides-soignants et les AMP :

1. L'infirmière référente du SAMSAH coordonne l'ensemble des acteurs de la santé c'est-à-dire :
2. Les médecins généralistes, spécialistes, hospitaliers ou libéraux
3. Les soins infirmiers libéraux et les soins au CMP

3. Enfin l'insertion dans la vie sociale et culturelle ainsi que l'insertion **professionnelle sont** assurées par les assistantes sociales, les TISF, les AMP et les aides-soignants.



Notre travail ne peut se concevoir sans des liens privilégiés et des partenariats avec :

Les familles lorsqu'il y en a ou lorsqu'elles sont mobilisables

Les amis ou les relations (par exemple les groupes d'entraides mutuelles, les bars associatifs)

Avec les mandataires judiciaires

Et l'ensemble des personnels soignants :

- Les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, infirmiers libéraux
- Les psychiatres du Centre Hospitalier des Pyrénées
- Et les équipes ambulatoires

L'accompagnement se déclinera également en fonction du type de logement

- S'il s'agit d'un logement personnel individuel
- Ou d'un logement collectif géré par une association
- Ou d'une Maison Relais / Résidence Accueil

En fonction des besoins de la personne, différents services d'aide à domicile peuvent intervenir :

- Les services d'aide ménagère
- Les bailleurs divers : AEPS (association d'entraide psychosociale), bailleurs sociaux, résidence accueil, maison relais
- Ou les autres équipes de soins (UDVS – unité de vie sociale du centre hospitalier des Pyrénées) ou des services sociaux (SDSEI – service départemental de la solidarité et de l'insertion)

## Quelques exemples cliniques

Nous allons commencer par quelques exemples cliniques pris ça et là dans notre vie quotidienne au travail.

## Françoise, une erreur médicale

- Françoise est une personne qui a du mal à sortir de son appartement, elle a même du mal à sortir de son lit,
- Si nous attendions la demande elle se retrouverait en SPDT à l'hôpital.
- Il nous a fallu aller vers elle
- Actuellement, il n'y a pas de libre adhésion
- Cependant, elle accepte de sortir de temps en temps



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

## Françoise, une erreur médicale

- Françoise est une personne qui a du mal à sortir de son appartement, elle a même du mal à sortir de son lit car elle pense qu'elle est enceinte.
- Elle pense d'ailleurs qu'elle n'est pas malade et que son hospitalisation pendant près de 20 ans est une erreur médicale,
- Elle présente un diabète auquel elle ne croit pas, **car selon elle ce sont** plutôt les soignants qui la rendent malade.
- Elle s'oppose à nous régulièrement.
- Si nous attendions la demande, comme ce fut le cas autrefois, elle se retrouverait en soins psychiatriques à la demande d'un tiers pour mise en danger d'elle-même.
- Le travail a consisté à aller vers elle et ce fut long.
- Actuellement, il n'y a pas de libre adhésion, mais elle accepte les contrôles de glycémie, les traitements psychotropes (plus ou moins) et les suivis médicaux.
- Elle accepte aussi de sortir de temps en temps de son lit pour subvenir aux besoins du quotidien (courses, vestiaires, mais aussi

aller prendre un thé et une pâtisserie avec l'une d'entre nous).



## Florence, pas trop près

- Florence est en demande, en demande pour être aidée dans sa vie quotidienne,
- Mais chaque rencontre est marquée par une réticence.
- Tout l'art consiste à élaborer un lien de confiance.
- Maintenant elle accepte d'être accompagnée.
- Nous avons utilisé sa demande pour nous rapprocher d'elle.
- Aujourd'hui, nous avons son adhésion pour aller plus loin..., peut-être ? !



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

8

## Florence, pas trop près

- Florence est en demande, en demande pour être aidée dans sa vie quotidienne,
- Mais chaque rencontre est marquée par une réticence initiale, **et** lorsqu'elle est trop sollicitée, elle montre son opposition.
- Tout l'art consiste, avec elle, à élaborer un lien de confiance, **ce qui a pu se faire avec le temps.**
- C'est ainsi qu'elle accepte maintenant d'être accompagnée pour son suivi médical et surtout pour son hygiène alimentaire.
  
- Nous avons utilisé sa demande pour nous rapprocher d'elle, pour tisser des liens.
- Aujourd'hui, nous avons son adhésion pour aller plus loin..., peut-être ? !

## Isabelle, la peur au ventre

- Isabelle est une « survivante » des établissements médico-sociaux et de l'hôpital psychiatrique où elle a passé plus de 20 ans.
- Elle souhaite vivre en ville, elle n'en est pas moins incurique et très résistante aux soins d'hygiène.
- Elle ne comprend pas ce que cela implique.
- Chaque rencontre nécessite de la diplomatie et même de l'approivoisement.
- Nous sommes obligés d'aller vers elle pour l'alimentation, le ménage et surtout les soins d'hygiène

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers



### Isabelle, la peur au ventre

- Isabelle est une « survivante » des établissements médico-sociaux et de l'hôpital psychiatrique où elle a passé plus de 20 ans.
- Tout en souhaitant vivre en ville avec son ami, elle n'en est pas moins incurique et très résistante aux soins d'hygiène.
- Son ami a fini par la quitter, pour autant elle se refuse à intégrer un établissement médico-social.
- Chaque rencontre nécessite de la diplomatie et même de l'approivoisement.
- Elle a des difficultés à se mouvoir. Au niveau de l'hygiène corporelle, Isabelle use de différentes stratégies afin d'éviter la douche ou bien ne répond pas à la sonnette.

Il y a quelques mois son refus et sa stratégie **d'évitement pour ne pas** aller à la douche étaient basés sur la peur de monter dans cette dernière. Ce qui avait entraîné la chute d'une soignante avec elle. Isabelle était tellement en panique qu'elle sautait dans la douche pour y accéder. Chaque intervention était source de conflit et de peur.

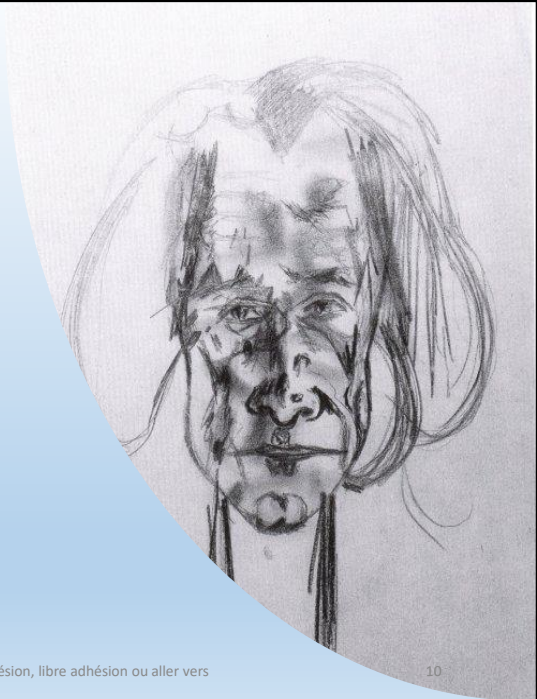
## Sylvain, un syndicaliste convaincu

- Il revendique son droit au libre arbitre,
- Mais, lorsqu'il l'exerce, Il se retrouve à la rue ou à l'hôpital,
- Alors, doit-on respecter sa liberté ou intervenir ?
- Attendre sa demande est illusoire.
- Une adhésion superficielle peut être obtenue car il aime beaucoup les échanges et surtout avoir raison.

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

10



## Sylvain, un syndicaliste convaincu

- Il revendique son droit au libre arbitre,
- Mais, lorsqu'il l'exerce, Il se retrouve à la rue ou à l'hôpital,
- C'est ainsi qu'il est handicapé suite à un AVC (il était libre de ne pas prendre son antihypertenseur),
- Alors, doit-on respecter sa liberté ou intervenir ?
- Attendre sa demande est illusoire.
- Une adhésion superficielle peut être obtenue car il aime beaucoup les échanges et surtout avoir raison.
- Dans la réalité, nous allons vers lui de façon régulière et quand nous le faisons, il le vit bien.
- Aujourd'hui il est davantage dans le plaisir de la joute verbale que dans une réelle opposition
- Il s'intéresse même à nous et se montre attentionné ... Il s'humanise.

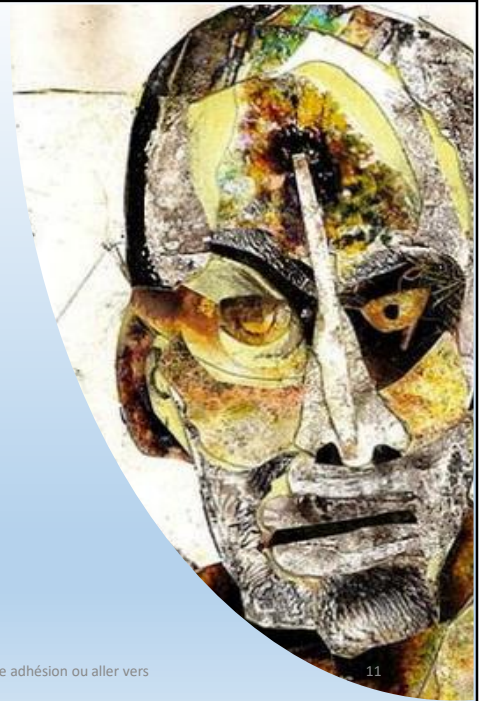
## Ibrahim ressuscité

- Un mal-être avec de nombreuses tentatives de suicide,
- Des conséquences physiques graves,
- Un ultimatum de son hébergeur.
- Mais, il a adhéré au processus,
- Nous l'avons accompagné et il a complètement changé
- Il a repris son travail de musicien

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

11



- C'est un jeune homme qui présente un mal-être avec de nombreuses tentatives de suicide depuis son exil et surtout le décès de sa fille.
- De ses tentatives, il garde des séquelles physiques graves.
- Mais, sa mise en danger **s'accompagne** de la mise en danger du voisinage lorsqu'il a mis le feu au logement.
- Cela a occasionné un ultimatum de son hébergeur : il ne pouvait rester dans son domicile que s'il intégrait un programme de sevrage. Notre rôle a consisté à l'accompagner dans le processus.
- Cette démarche n'était pas la sienne initialement, Il n'avait pas de demande.
- Mais, il a adhéré au processus. **Était-ce une libre adhésion?**
- Nous l'avons accompagné et il a complètement changé
- Il a pu reprendre son insertion sociale et culturelle

## Myriam, entrouvre la porte

- Elle souffre d'un cancer métastasé
- Elle est dans le déni de la maladie
- Son parcours de soins est chaotique,
- Sa demande : avoir de la compagnie !
- Myriam n'adhère pas vraiment,
- Nous allons vers elle de façon intrusive jusqu'à ce qu'elle entrouvre la porte et nous permette de l'accompagner.



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

12

### Myriam, entrouvre la porte

- Elle souffre d'un cancer métastasé avec une évolution défavorable,
- Elle est dans une forme de déni de la maladie et de ses besoins d'assistance,
- Son parcours de soins est chaotique,
- Mais, ce qu'elle souhaite c'est avoir de la compagnie !
  
- La demande de soins vient de sa mère, pour que nous fassions la même chose qu'elle,
- Myriam n'adhère pas vraiment,
- Nous allons vers elle, progressivement, imposant notre présence « l'air de rien » jusqu'à ce qu'elle entrouvre la porte et nous permette de l'accompagner.

# De quoi parle-t-on ?

De quoi parle-t-on

## Attendre la demande

- **C'est un positionnement qui consiste à attendre la demande**, il s'agit de laisser les patients venir à notre rencontre (et par conséquent également ne pas aller vers eux).



### ATTENDRE LA DEMANDE

C'est un positionnement qui consiste à attendre la demande, il s'agit de laisser les patients venir à notre rencontre (et par conséquent également ne pas venir).

Le pouvoir d'agir est considéré comme suffisant pour mobiliser la personne

## Libre adhésion

- **Libre adhésion** : il s'agit d'aller vers le patient
- MAIS avec une offre précise dans laquelle la personne a la possibilité (la liberté) d'adhérer ou non.
- Cela peut ressembler à ce que nous faisons parfois dans les offres de soins même si la clinique **nous rappelle la nécessité de s'adapter.**



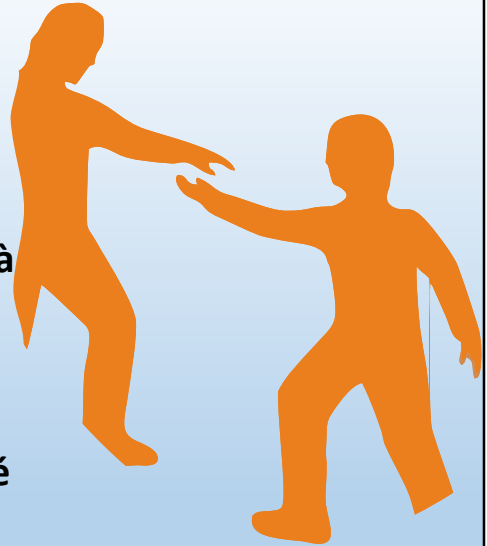
### LIBRE ADHESION

Dans la libre adhésion il s'agit d'aller vers le patient MAIS avec une offre précise où la personne a la possibilité (la liberté) d'adhérer ou non. Cela peut ressembler à ce que nous faisons parfois dans les différents accompagnements même si la clinique nous rappelle la nécessité de s'adapter.



## Aller-vers

- La posture « d'aller vers » signifie aller à la rencontre de la personne
- Un pouvoir d'agir limité
- Le principe d'adaptation et de créativité en est un principe essentiel.



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

16

### ALLER VERS

La posture « d'aller vers » est différente car elle signifie aller à la rencontre de la personne, en créant les conditions pour que cette rencontre ouvre sur une accroche et un accompagnement. Le principe d'adaptation et de créativité en est un principe essentiel. L'expérience au CMP, en équipe mobile, au SAMSAH peut être une bonne illustration de la nécessité d'aller vers par moments.

## Les enjeux de la demande

- **La question de la demande**
- **Quand nous sommes dans « l'attente de la demande » : le patient est acteur du soin.**
- **La « libre adhésion » confronte le patient à sa demande.**
- **Enfin, aller vers ou travailler l'émergence de la demande est une posture préalable à la libre adhésion.**



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

### LES ENJEUX DE LA DEMANDE

« Aller vers », « Libre adhésion », « Attente de la demande » ont un dénominateur commun qui est la question de la demande.

Dans le cas de l'« attente de la demande » : le patient est acteur du soin et le professionnel l'accueille dans sa demande.

Cette posture est celle qui était historiquement adoptée dans le soin.

La « libre adhésion » confronte le patient à sa demande. Il est donc nécessaire qu'il puisse se formuler à lui-même ses besoins et qu'il ait une représentation claire de l'offre de soins et d'accompagnement.

Enfin, aller vers ou travailler l'émergence de la demande est une posture préalable à la libre adhésion. Cela doit permettre au patient, grâce à des « conditions » adaptées à lui, de se découvrir une capacité à avoir des demandes et à les formuler.

L'articulation de ces trois postures est fondamentale : une fois que les conditions ont pu être mises en place, que la demande peut émerger, le cadre des rencontres pourra prendre forme, nécessitera alors la libre adhésion et pourra permettre d'attendre des demandes que la personne

se sera appropriées.

## Vincent, l'homme énigmatique

- Il se présente comme fermé,
- Il a beaucoup investi une psychologue auparavant
- Il est opposant à la reprise d'un nouveau suivi depuis qu'elle est partie
- Il est très interprétatif et agressé par le monde extérieur mais donne à voir une profonde souffrance
- Que faire ? Aller vers lui ou le laisser en souffrance dans son rejet ?

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers



### **Voici une observation tirée de ma pratique de psychologue**

« *Vincent l'homme énigmatique* »

Vincent, patient de l'HDJ, est une personne très fermée, aux traits contractés et qui ne me salue jamais quand je le rencontre dans les couloirs de l'HDJ. Peu de temps après mon arrivée, j'apprends par l'équipe qu'il avait un suivi avec l'ancienne psychologue. Après quelques tentatives, je comprends assez vite qu'aller vers lui n'est pas une posture adaptée voire que cela peut lui faire violence. Malgré l'évidente nécessité d'un suivi psychologique, j'ai choisi d'attendre la demande, pour permettre la libre adhésion. Gabriel a laissé passer beaucoup de temps avant de venir un jour frapper à la porte de mon bureau pour envisager de me rencontrer.

Attendre sa demande a permis de ne pas l'envahir avec la mienne ni avec ma proposition de soin, et a amené ainsi à construire une relation thérapeutique de confiance chez cette personne très sensitive, interprétative et rapidement envahie par son environnement.

## L'évaluation clinique de la demande

- Des personnes vulnérables
- Des personnes qui n'ont pas conscience de leurs besoins
- Une évaluation qui prend en compte le discours de la personne
- Des réponses singulières et adaptées

### « L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DEMANDE »

La vulnérabilité (psychique) des personnes que nous rencontrons peut rendre complexe, la formulation d'une demande et/ou d'une demande adaptée aux dispositifs proposés.

L'évaluation clinique de la demande concerne donc tous les professionnels du secteur médico-social même si elle est différente selon la fonction et les objectifs de l'évaluation.

L'évaluation consiste à se questionner autour des possibilités (« des potentiels » comme dirait Winnicott) dont dispose la personne et ne peut se concevoir en dehors de la relation à celle-ci :

Au fil des rencontres ou des absences, des moments « entre deux », le professionnel va chercher à percevoir si la personne a conscience de ses besoins et de ses désirs et si elle est en mesure de formuler une demande. Il s'interrogera également sur le sens que cette demande ou cette « non-demande » peut avoir pour elle ?

L'évaluation clinique prend en compte le discours de la personne, son vécu et son histoire. En effet, la possibilité pour la personne de percevoir ses désirs et ses besoins, et de se percevoir comme « demandeuse » a du sens au regard de son vécu. Considérer ce sens revient en fait à se demander :

- si au fil de son histoire la personne a pu être entendue dans ses demandes ?
- si elle pu avoir la place pour demander ?
- et quelles réactions ont pu recevoir ses demandes ?

Dans tous les cas, la demande ou l'absence de demande sont toujours à penser en fonction de la personne, c'est à dire qu'il est très important de ne pas être dans des réponses « automatiques » et de pouvoir s'adapter d'après l'évaluation clinique qui aura été faite.

Parfois, nous constatons aussi que nos interventions ne correspondent pas aux personnes que nous rencontrons et pour lesquelles elles ont pourtant été mises en place (ils n'adhèrent pas, sont dans l'évitement, attaquent le cadre...)

Dans ce contexte que nous reste-t-il à faire ? Est-il éthique de se placer du côté de l'attente de la demande ? D'imposer d'emblée la libre adhésion ?

Ce sont ces situations, me semble-t-il qui ont amené à réfléchir à une autre posture qui est celle de « l'aller-vers » et qui implique de faire preuve de créativité

## La créativité

- Nécessité d'être imaginatif, d'être créatif quand nous sommes dans des impasses,
- Invention des conditions d'une rencontre,
- Se décaler, innover,
- Apprivoiser, respecter les difficultés de la personne,
- Un pont que l'utilisateur pourra traverser pour nous rencontrer.

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

20

### « LA CREATIVITE »

En effet, la créativité se pose comme une nécessité face aux difficultés dans lesquelles nous pouvons parfois nous trouver dans l'accompagnement : pas d'accroche, aucune alliance, peu ou pas de demande...

Face à ce que j'ai appelé les « impasses de la rencontre », il semble alors primordial de repenser sa pratique de manière créative.

Alors, être créatif dans le travail d'accompagnement **et** de soin cela consiste en quoi ?

- tout d'abord il s'agit de pouvoir constater l'impasse dans laquelle la relation se trouve : le patient n'adhère pas.

Sa résistance doit alors pouvoir nous sortir de nos postures préétablies pour nous pousser à inventer des conditions qui pourront permettre à la rencontre d'avoir lieu et d'ouvrir sur un accompagnement **ou** sur un suivi.

Tenter, innover, se décaler de sa pratique habituelle, être dans une dynamique inventive, c'est tout cela être créatif dans

l'accompagnement. Cette créativité est d'ailleurs comme le disait Winnicott du côté de la pulsion de vie, de la santé et du mouvement. La créativité est donc une posture qui va à la rencontre, qui permet de prendre en compte la singularité de la personne et de lui renvoyer l'effet qu'elle a sur le monde qui l'entoure. Finalement, faire preuve de créativité c'est construire un pont vers l'utilisateur qu'il pourra traverser pour nous rencontrer.



## La créativité au service de la rencontre

Une jeune femme de 40 ans qui a la certitude que personne ne peut l'aider,

Une alliance ambivalente,

Utiliser le « scrap » comme objet de relations pour une meilleure alliance,

Un travail de thérapie de remise en question commence.

Pour moi, il s'agit d'aller vers son univers



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

21

### LA CREATIVITE AU SERVICE DE LA RENCONTRE

**Valérie**, jeune femme de 40 ans, est connue du CHP depuis de nombreuses années, notamment pour ses mises en danger et ses mises en échec. Je la rencontre au CMP après un changement de psychologue. Valérie vient sans conviction, et la demande reste floue. **Elle** est dans la plainte sans aucune possibilité de questionnement, souhaitant régulièrement changer de professionnel. Sa résistance et sa certitude que personne ne peut l'aider m'ont obligée à sortir d'une pratique de CMP « traditionnelle », et à chercher le moyen de créer de l'alliance et de l'aider à s'approprier une demande. Valérie est passionnée de Scrapbooking et j'ai vite perçu que cela pourrait permettre de créer du lien. J'ai donc accepté qu'elle me montre sur son téléphone des photos de ses créations, de sa « décoration d'intérieur », j'ai accueilli les différents cadeaux créés par cette patiente et les longs échanges autour de ses créations. Une fois l'alliance créée, le travail de thérapie, de réflexion, de remise en question (impossible jusqu'alors) a pu se mettre en place. Le scrapbooking est resté un objet de médiation pour

maintenir le transfert et l'alliance : par ex, lorsque je pouvais renvoyer des choses compliquées à Valérie (de l'ordre de ses répétitions), je m'attachais à consacrer les dix dernières minutes à parler de ses créations, de son plaisir à créer... comme pour apaiser la violence des évocations. C'est de Valérie que j'ai appris ça, en allant vers elle et en comprenant que le moyen de l'aider à se penser/panser se trouvait dans la solution qu'elle avait elle-même trouvée pour survivre à sa mélancolie. La rencontre de nos créativité a permis d'instaurer une relation thérapeutique au sein de laquelle a pu émerger une demande de soin à laquelle **elle** adhère.

Cette posture adoptée dans la rencontre avec Valérie est une posture qui peut se retrouver dans toute forme d'accompagnement.

## La problématique de la distance

- **La question la « distance suffisamment bonne » à adopter**
- **Attendre la demande ou être dans la libre adhésion, c'est être dans une perspective d'émergence du sujet**
- **Le mouvement d'aller vers doit être pensé comme la rencontre et la création d'une relation thérapeutique.**
- **Il faut s'interroger sur notre positionnement « à une distance suffisamment bonne »**



### « LA PROBLEMATIQUE DE LA DISTANCE »

Que le professionnel attende la demande, qu'il attende la libre adhésion, ou qu'il prenne le parti « d'aller vers »..., cela questionne sur la « distance suffisamment bonne » à adopter.

Selon la posture la question va se poser différemment :

En effet, attendre la demande ou être dans la libre adhésion implique de ne pas être dans une distance infranchissable mais permet de soutenir le patient tout en restaurant son pouvoir d'agir.

Le mouvement d'aller vers, lui, peut créer une certaine forme de proximité et doit donc toujours être pensé comme visant la création d'une relation d'accompagnement à bonne distance. Cela doit faire l'objet d'une ré-évaluation régulière.

-





# S'interroger sur le positionnement éthique

Le positionnement clinico-éthique  
Les lieux pour le questionnement

## Positionnement clinico-éthique



- **La nécessité de questionner notre positionnement et notre éthique**
- **Se demander si chaque posture exclue les autres ?**
- **Jusqu'à quel point doit-on / peut-on maintenir la même posture ?**

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

24

### « POSITIONNEMENT CLINICO-ETHIQUE »

Nos pratiques auprès des personnes en situation de handicap psychique nous rappellent la nécessité de se questionner sur notre positionnement et sur notre éthique.

Il s'agit alors de se demander si chaque posture adoptée exclue l'autre et jusqu'à quel point doit-on/peut-on tenir la posture pour laquelle nous avons d'emblée opté ?

Il faut également pouvoir s'interroger, comme nous l'avons déjà évoqué, sur la manière dont les postures s'articulent entre elles.

## Le travail d'équipe

- **L'éthique professionnelle : se questionner**
- **Alterner entre aller vers, libre adhésion et attente de la demande**
- **En fonction de la singularité de chaque personne**
- **Ce questionnement dans des lieux de soins est un travail qui doit pouvoir se faire en équipe**



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

25

## Le travail d'équipe

- Questionner la relation à la personne ainsi que sa posture professionnelle permet de pouvoir alterner entre aller vers, libre adhésion et attente de la demande et de passer ainsi d'un problème à une problématique singulière.
- Ce questionnement dans des lieux de soins est un travail qui doit pouvoir se faire en équipe

## Quels lieux pour le questionnement ?

- **Les réunions de synthèse**
- **Le point de 13:30**
- **L'analyse des pratiques**
- **La réunion théorico-clinique**

08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

26

### Quels lieux pour le questionnement ?

Les réunions de synthèse sont des lieux d'échanges pluri-professionnels autour de la personne et de sa prise en charge. Le point de 13:30, temps de débriefing qui maintient les professionnels dans une dynamique de questionnement et de réflexion sur nos postures professionnelles.

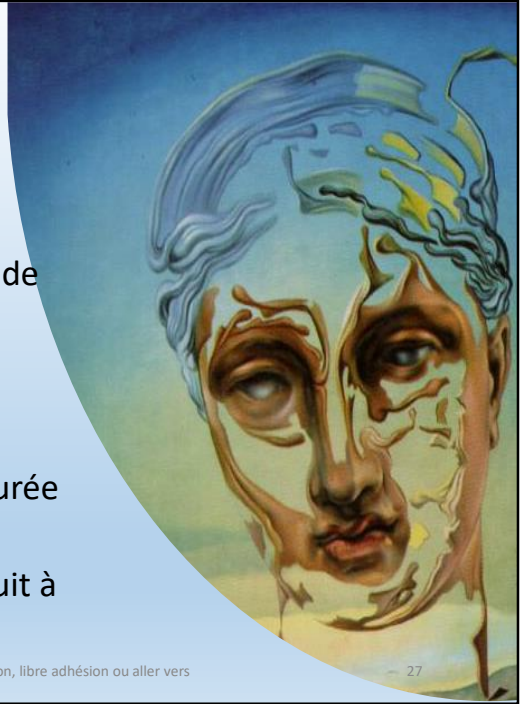
L'analyse de la pratique, comme son nom l'indique, est un espace de réflexion qui permet au professionnel de se questionner sur sa pratique et sur sa posture, mais également qui met en lumière et en lien le positionnement de chacun des membres de l'équipe dans les différentes prise en charge.

Un temps de réunion « théorico-clinique » comme je le nomme peut aussi être un moment de questionnement où l'intermédiaire de la théorie (via un texte par exemple) amène à réfléchir sur l'expérience clinique de terrain, et a un effet dans le réel de l'accompagnement.



## Conclusions autour de la situation d'une personne

- Pandore peut mettre à mal toutes les équipes.
- Pandore pour qui nous avons exploré beaucoup de positionnements.
- Pandore pour qui nous avons exploré toutes les distances.
- Pandore qui se met moins en danger
- Mais aussi Pandore qui risque une mort prématurée
  
- C'est certainement la personne qui nous a conduit à nous questionner le plus.



08/01/2019

Santé mentale - Nouvelle Aquitaine Colloque libre adhésion, libre adhésion ou aller vers

- 27

Nous allons conclure autour d'une personne qui nous a conduit à balayer toutes les postures

Pandore est une personne de 55 ans qui connaît la psychiatrie depuis l'âge de 18 ans.

Depuis une vingtaine d'année, elle présente également un diabète insulino-dépendant.

Longtemps, les équipes **sont allées vers elle** et ont anticipé tous ses besoins, du moins ses besoins de sécurité.

Elle a été hospitalisée dans de nombreuses institutions et hôpitaux le plus souvent en HDT (puis en SPDT).

Elle a transformé les services de ces hôpitaux pour rejouer les tensions qu'elle avait connu dans sa famille, dans ce que l'on appelait la compulsion de répétition.

Pandore était la reine des clivages, des oppositions entre le médecin paternaliste et les équipes qui jouaient le rôle de la mère.

Après un certain temps, Pandore a souhaité vivre « libre » dans la cité.

C'était vraisemblablement le mieux pour « commencer » des soins efficaces. Mais ce fut au prix de grandes souffrances car elle s'aperçut que les équipes de soin étaient plus lointaine et le médecin moins présent. Assumer son pouvoir d'agir ou s'essayer au rétablissement n'est pas si facile.

Elle fit tout pour qu'on aille vers elle et surtout pour que nous la conduisions à nouveau à l'hôpital.

Quelle que soit la posture que nous prenions, quelle que soit la distance à laquelle nous nous placions, les résultats étaient assez médiocres : elle n'avait jamais assez de présence et mettait à mal les liens qui se nouaient.

Elle continuait à opposer les équipes entre elles.

On lui fixa des contrats auxquels on lui demanda d'adhérer. Sa libre adhésion était superficielle. Elle finissait toujours par transgresser, parfois très vite..

Le résultat fut assez catastrophique, les glycémies montaient à 5 g et la mettaient en danger tout comme les hypoglycémies. Il en allait de même pour les prises d'alcool. Quelques chutes lui valurent des séjours à l'hôpital général et en rééducation.

Pour autant, nous savions et elle savait que l'hospitalisation n'était pas une solution.

Au gré des crises, nous nous sommes régulièrement posés beaucoup de questions, lors de staffs cliniques et nous avons interrogé régulièrement nos réactions à ses mises en tension pour éviter un désinvestissement..

Il n'y a jamais eu de bonne posture qui aurait été LA solution : soit nous allions vers elle et elle faisait tout pour nous remettre à distance et en échec, soit nous attendions ses demandes pour réinstaurer un pouvoir d'agir. Cet éloignement a parfois été positif, elle a pu se sevrer un peu des soignants, parfois elle a théâtralisé une souffrance réelle qui nous conduisait à revenir plus près. Elle a joué aussi avec la mort, avec les infirmières à domicile ou avec les services hospitaliers généraux.

Pourtant, elle vit maintenant depuis 10 ans en ville dans une maison

relais. Nous avons passé un accord avec elle pour quelques séjours en psychiatrie, des séjours que nous appelons « hospitalisations séquentielles » (environ 4 semaines par an réparties en 3 séjours). La dernière crise a eu lieu il y a un mois et demi, mais nous avons tenu ensemble le cap.

Il faut pouvoir tenir compte du pouvoir d'agir destructif autant que du pouvoir d'agir constructif.

Il nous a fallu travailler ensemble, mais différemment avec une équipe du champ social (le personnel de la maison relais), l'équipe d'accompagnement médico-social (nous !) et les équipes de soins (Centre hospitalier général et psychiatrique).

Quant au rétablissement, c'est un objectif qui doit nous servir de guide avec les personnes que nous accompagnons, mais sans jamais perdre de vue l'histoire du sujet et les risques des répétitions.

Cela nous conduit à persévérer dans la recherche de la meilleure posture à un moment donné et ne jamais nous reposer sur nos acquis. Cela nous conduit à travailler en synergie entre plusieurs établissements ou services pour sortir de la toute puissance mise en échec.

**Merci pour votre attention**



## *Intervention du SAMSAH Inter*

*Association pour la Réadaptation et l'Intégration (ARI)*



### *Intervention de Marie-Ange Bégué Rouzié, directrice adjointe*

Le SAMSAH Intervalle est né de la réflexion conjointe de l'association ARI, de l'Agence Régionale de Santé et du Département de la Gironde, sur la base d'une étude de besoins réalisée à l'initiative d'un service d'insertion professionnelle spécialisé dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique (ARI Insertion).

Cette étude mettait en évidence des besoins non couverts en accompagnements médico-sociaux d'un public en refus de soin, en rupture sociale et en grande précarité.

Le dispositif SAMSAH qui venait d'être créé par la loi du 11 février 2005 a été retenu pour ce nouveau service car il permettait la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire avec des modalités d'intervention souples et variées et en particulier avec des professionnels pouvant aller vers.

Et en effet, ce dispositif correspond aux besoins des personnes que nous recevons aujourd'hui qui sont souvent réticentes ou en difficulté dans la mise en œuvre de soins psychiques comme somatiques, très isolées socialement et en situation précaire (problèmes d'accès aux droits, logement précaire ou insalubre, situations administratives et financières difficiles).

La mission du SAMSAH Intervalle est de proposer un accompagnement médico-social visant à faciliter, ou à maintenir la santé, le logement, l'inclusion sociale et l'insertion, de personnes souffrant de troubles psychiques et de contribuer à la réalisation de leurs projets à plus ou moins long terme grâce à des interventions coordonnées.

L'accompagnement proposé se construit avec chaque personne, en fonction de ses demandes, des retentissements de son handicap, de ses besoins et aspirations et des ressources présentes dans son environnement, avec une attention particulière portée à la prévention des ruptures, de quelque nature qu'elles soient (santé, social, logement, emploi, famille, etc.).

Pour répondre à sa mission, le service propose aux personnes des accompagnements médicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux.

La personne est accompagnée dans une approche globale, considérant que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie. Elle bénéficie d'attentions portées à ses conditions de vie et d'espaces d'expression renforçant sa participation citoyenne, tant au sein du service qu'au-delà.

Les professionnels travaillent tous en étroite collaboration, tous sont mobiles et connaissent l'ensemble des personnes accompagnées (entretiens préalables, temps de permanence, réunion d'équipe).

Le service est amené à intervenir sur la Métropole Bordelaise et le Libournais, dans les locaux, chez les personnes accompagnées et dans tous les lieux que les personnes identifient comme possible pour la rencontre.

Le projet du service s'inscrit dans le cadre du projet associatif de l'ARI c'est-à-dire à la fois :

- dans ses valeurs qu'il porte : l'humanisme, la solidarité, la démocratie et la laïcité.
- et dans la défense des intérêts des personnes accompagnées avec « *un engagement résolu et militant* ».

Voilà pour notre mission et notre cadre d'intervention.

## Mais concrètement comment procédons nous ?

Il est très rare qu'une personne arrive avec sa liste d'objectifs et son projet de vie bien défini... sauf à vouloir coller à nos supposées attentes à nous... ou celles de ceux qui l'accompagnent parfois (mandataire, instructeur RSA, proches)

Ce qui nous anime, c'est notre souhait d'offrir une possibilité de lien, un lieu d'accueil, de rencontre possible dans un respect inconditionnel.

*Accueillir, se soucier de, porter attention à, aller vers là où en est la personne,...*

Nous considérons que c'est là que commence la dimension soignante d'Intervalle.

*Intervalle est un lieu d'arrimage parfois physique, mais surtout psychique*

Certaines personnes accompagnées sont adressés au SAMSAH alors qu'elles sortent d'une institution et sont en demande d'autonomisation. Ces personnes se trouvent très fréquemment en situation d'isolement relationnel et le service leur offre un point d'ancrage, un repère de lieux, de personnes et d'horaires qui remplissent une fonction de réassurance et de structuration.

Pour d'autres, les murs et les bureaux sont trop loin, trop effrayants, trop connotés. **La rencontre ne sera possible que là où elles sont « chez elles » ou à l'extérieur (dans un parc un café, une voiture, un supermarché,...) et ce n'est alors plus la pertinence du lieu mais bien celle du lien seul qui va compter. L'aller vers devient dès lors le seul moyen de se rencontrer.**

Nous proposons d'expérimenter un lien suffisamment sécuritaire, stable et solide avec les professionnels puis dans des espaces collectifs. Nous faisons l'hypothèse que l'estime de soi et la confiance ainsi soutenues pourront permettre à ceux qui le souhaitent de créer de nouveaux liens personnels et sociaux bien au-delà de l'accompagnement proposé.

*Intervalle est un espace d'accueil, de connaissance de soi au-delà de la libre adhésion*

Notre travail essentiel est de recueillir, de contenir et de traduire ce qui nous est adressé que cela soit dit, ou montré faute de pouvoir être verbalisé.

Nous accueillons certes parfois des demandes, des envies mais très souvent, surtout dans les premiers temps des rencontres, des silences, des errements, des doutes parfois aussi des soupçons, des reproches, de l'agressivité...

Nous tentons alors d'accompagner une parole, d'aider à une traduction des émotions, de faire vivre et survivre le lien lorsqu'il est mis à l'épreuve, d'ouvrir des champs de possible.

**Nous souhaitons que cet accompagnement transforme l'acceptation, la résignation ou l'opposition à ce qui survient en véritable choix pour la personne qui se réapproprie ainsi petit à petit différents aspects de sa vie personnelle et sociale.**

### *Intervalle est un interlocuteur et un facilitateur*

Intervalle est un point d'appui, un soutien à l'émergence de demandes. Il offre un espace d'expression des projets et de réception des rêves et aspirations trop souvent méprisés ou auto-censurés.

Nous devons d'ailleurs pour cela être très prudent à ne pas induire, devancer des demandes qui relèveraient de nos propres souhaits ou d'une norme sociale, poussé comme nous pouvons l'être parfois à l'agir ou au réagir.

**Lorsqu'une demande authentique parvient à émerger, il convient de l'accueillir comme une marque de confiance et de la reconnaître comme l'expression même de la volonté de la personne d'être présente au monde qui l'entoure.**

La verbalisation de demandes et leur reconnaissance comme légitime sont des étapes importantes du processus de rétablissement.

Je vais maintenant laisser la parole à deux professionnels du SAMSAH tout d'abord Cyril BADET qui est éducateur dans l'équipe d'Intervalle Libourne puis à Jean-Philippe MOUTTE qui est psychologue clinicien à Intervalle Bordeaux Métropole. Ils vont partager avec vous quelques réflexions et situations qui loin d'être des illustrations exhaustives de nos pratiques viennent éclairer les questions que nous nous posons ensemble aujourd'hui.



## *Intervention de Cyril Badet, éducateur spécialisé*

### *Quel cheminement pour aller vers ?*

#### *1 - Point de départ entre la personne et le service du SAMSAH*

Etre accompagné par un SAMSAH ou un SAVS induit des démarches préalables : montage dossier, rdv avec un médecin pour le certificat médical, prise de contact avec le service...

Ce premier élan vers le SAMSAH n'est pas facile, n'est pas toujours incarné, « habité » par la personne. D'où vient alors la demande ? Elle est la plupart du temps portée par un autre professionnel, un service, la famille, un proche, un aidant professionnel....

De même qu'entre le temps de ces premières démarches et le temps d'une première rencontre avec les professionnels du SAMSAH, il peut s'écouler plusieurs mois (délais MDPH). La position de la personne peut aussi avoir évolué quant à une possible adhésion.

Peut s'ajouter à cela un délai d'attente du service ne permettant pas toujours une admission immédiate (liste d'attente).

Autant de paramètres qui peuvent rendre difficile l'appréciation de l'adhésion de la personne à l'instant d'un « début d'accompagnement ».

Nous considérons alors que se rencontrer constitue en soi un point de départ mais pour autant, cela n'engage pas toujours un travail d'accompagnement.

Nous prenons acte que la personne adhère au fait que l'on puisse se parler, comme une forme de libre-adhésion à se rencontrer.

Comme dit Anna MARQUES : « pourquoi avoir besoin d'une demande pour intervenir ? »

Il n'est pas toujours question d'une « demande » au sens où nous pourrions l'entendre (comme débouchant sur un axe d'accompagnement, une demande de « faire », « d'agir »), mais il peut s'agir dans un premier temps d'une acceptation de présence et de rencontre avec l'autre.

Nous considérons alors que notre posture consiste déjà à être là ! Sans demande, sans attendre rien, parfois sans mise en action à proprement parler.

#### *2- Quid de la demande*

Il nous semblait intéressant de nous attarder un peu sur la question de la « demande ».

Lors des premiers rendez-vous, nous questionnons les personnes sur leur motivation à venir nous voir.

- Pour certaines personnes, il peut être compliqué d'en dire quelque chose. Cette première rencontre peut être chargée d'émotion (rencontre avec de nouvelles personnes dans un lieu parfois inconnu), les idées peuvent être parfois confuses, voire délirantes
- D'autres vont formuler de multiples demandes très « conformes » aux missions du service qui leur ont été présentées au préalable, ou encore des demandes qui vont être le reflet des attendus de normalité de notre société
- D'autres enfin vont relayer le projet porté par d'autres, pour eux.

Le discours que nous accueillons en première intention peut laisser supposer que ces demandes, lorsqu'elles sont formulées, expriment un désir intime, subjectif de la personne.

Mais il nous arrive alors souvent d'observer un décalage entre ce qui a pu être exprimé et ce vers quoi la personne souhaite réellement aller. Pour mieux comprendre le chemin à emprunter, il faut alors du temps pour se rencontrer, s'accrocher, apprendre à se faire confiance si tant est que cela soit possible. Nous considérons alors que notre rôle est d'être là, dans un lien continu, pour tenter d'aider à traduire ce qui nous est montré ou explorer ce qui nous est exprimé, ouvrir les champs des possibles, accompagner l'émergence d'une parole singulière et subjective, et peut-être d'une demande de changement pour aller vers un mieux-être.

Je vais évoquer deux situations qui illustrent cela, montrant le décalage qu'il peut y avoir entre la demande exprimée au départ et l'accompagnement qui peut se dessiner ensuite :

- D'abord Mr X., 52 ans, qui est orienté vers notre service par sa curatrice. Depuis plusieurs mois, M. X multiplie les absences au travail en ESAT, malgré plusieurs aménagements de poste ou du temps de travail. Le projet annoncé lorsqu'il est orienté vers le SAMSAH est d'accompagner Mr dans une démarche de soin qui lui permettrait ensuite de reprendre son activité professionnelle. Nous serions alors garant ou porteur de ce projet de retour vers l'emploi. Lors de nos premières rencontres, ce Mr nous dit combien il souhaite reprendre son poste, combien il est performant au travail, dans un discours très mégalomane. Mais, de semaine en semaine, il multiplie les arrêts maladie pour des problèmes somatiques divers : mal à la tête, mal au ventre, mal au dos, etc. Il nous faudra plusieurs mois pour réussir à

nous décaler de la place à laquelle nous avons été convoqués : c'est-à-dire un service missionné pour l'aider à reprendre sa place à l'ESAT (donc porteur de la demande des partenaires, et non foncièrement de la sienne). Au fil des mois, d'une relation de confiance qui se sera instaurée, Mr pourra exprimer le mal-être qu'il ressent vis-à-vis de cette convocation à aller au travail (sentiment de persécution), et son désir intime de s'épargner le coût énorme que génère pour lui la situation d'emploi. Notre accompagnement consistera à permettre une sortie d'ESAT, couplé à la mise en place d'un suivi psychiatrique de secteur.

- Puis, Mr F. : démarrage d'accompagnement sur la base des demandes qu'il a énoncées au départ : déménager, engager un suivi santé concernant le diabète, s'inscrire dans une activité artistique (chant ou théâtre). Puis au fur et mesure des premiers rendez-vous nous prenons la mesure d'un refus de toute mise en action que ce soit. Monsieur formulant des impossibles à toutes les propositions d'accompagnement qui lui sont faites (proposition d'accompagnement physique vers les soins, proposition d'engagement de démarches sociales ou culturelles), sans compter certains rdv manqués. Alors que faire ? Attendre qu'il re-demande ? Pousser à l'agir ? Ou accepter pour commencer d'être juste là, dans une découverte progressive réciproque... Nous avons fait le choix de continuer à le voir en prenant soin, lors de nos rencontres, de ne formuler aucune proposition d'agir. Nous nous inscrivons ainsi dans un aller-vers sous forme de présence, faisant baisser son sentiment de pression à agir, et permettant qu'un lien puisse en premier lieu se construire.

### *3 - Illustration et questionnement professionnel sur ce qu'est « être là »*

Nous accompagnons depuis environ 4 ans un homme d'une trentaine d'années, souffrant de schizophrénie et présentant des conduites addictives importantes (addictions au cannabis, à l'héroïne). Il vit dans un logement au centre de Libourne, repéré par bon nombre de marginaux, notamment comme d'un lieu par lequel transitent pas mal de produits stupéfiants en tous genres.

C'est un monsieur avec qui nous avons défini un rythme de rencontres hebdomadaires, en binôme ES/psy, au domicile. Le choix de ce binôme s'explique pour plusieurs raisons, notamment :

- Ses demandes de départ qui étaient : suivi psychologique et projet de formation professionnelle

- Son discours souvent délirant et très projectif, notamment en direction du psychologue (son père étant lui-même psychologue)
- L'environnement dans lequel nous étions amenés à le rencontrer (sécurité)
- Sa relation affective très chaotique avec une femme dont il a rapidement exprimé qu'il se ferait un plaisir de la rendre jalouse en ayant des rendez-vous avec l'une des professionnelles du service : deux hommes nous semblaient alors mieux indiqués

Le rythme de nos rencontres a pu varier pour différentes raisons, notamment du fait de 2 hospitalisations de sa part (l'une en hôpital général pour un problème pulmonaire, l'autre en service de psychiatrie) et d'une période d'incarcération à Gradignan. Mais, chaque date que nous nous fixons, nous sommes là ! Nous tentons ainsi de proposer une continuité du lien (qui se traduit par une permanence de nos rdv, de notre présence à intervalle régulier) à quelqu'un dont le fonctionnement psychique renvoie à une certaine discontinuité (discontinuité du corps, de la pensée, du discours...).

Donc, chaque date que nous nous fixons, nous sommes là, au risque que lui n'y soit pas, ou qu'il dorme et ne nous entende pas frapper... Malgré tout, cela fait presque 4 ans que nous continuons à aller chez lui ou ailleurs, là où il se trouve (chez sa copine, au centre pénitentiaire de Gradignan). Nécessité de souplesse/flexibilité de notre part, même parfois à la dernière minute, lorsqu'il nous demande si on peut le rejoindre ailleurs que là où nous avions prévu. 4 ans au cours desquels il n'aura pas manqué de nous surprendre (de nous inquiéter parfois ?) :

- Comme la fois où au bout de plusieurs minutes d'entretien avec lui, quelqu'un apparaît de la pièce d'à côté, un copain de fête et de conso, alors que rien ne nous avait indiqué que nous n'étions pas seuls
- La fois où un scooter trône au milieu du salon et qu'une partie de ses affaires a été vendue (TV, ordinateur)
- Installés autour d'une table sur laquelle nous repérons parmi objets divers et nourriture, des couteaux artisanaux, des restes des consommations de toxiques de la nuit
- La fois où je me rends chez lui, il n'est pas seul, 2 autres hommes, dont l'un, commence à me tutoyer, Mr lui indique que je ne suis pas un « collègue », mais son

éducateur, et qu'il doit me vouvoyer. Et voilà cet homme qui se met à me raconter des éléments de son histoire le temps que Mr se prépare, le traumatisme du décès de sa copine en moto, etc. concluant par « il est super ton éduc ».

- Des entretiens où le délire est si prégnant qu'il ne nous est pas facile de tout saisir, notamment lorsqu'il déplie très largement toutes ses connaissances en programmes informatiques et autres processeurs, dans un discours très mégalomane de prise de pouvoir sur le monde et sur les puissants de ce monde

Selon les rendez-vous, Mr est plus ou moins disponible psychiquement à nous rencontrer (ex : pendant une certaine période, il pouvait parfois être très absorbé par un jeu en ligne auquel il s'adonnait de nombreuses heures). Parfois, il nous reçoit en disant : « bon, je sais pas ce que je peux vous dire... » et il comble pour honorer notre venue.

Bien souvent, nous nous sommes interrogés : à quoi ça sert ? Quel bénéfice ? Faut-il continuer ?

En effet, de premier abord, il s'est amaigri (hygiène de vie), son logement n'est pas mieux rangé, ni plus propre, et il n'engage pas de démarche de soin à la mesure de ce qu'on évaluerait nécessaire pour lui.

Mais en étant attentif, nous avons pu faire le constat que nos rencontres produisaient bien des effets :

- Point de repère dans le chaos qui l'habite. Nous l'aidons à se restituer dans le temps (quel jour sommes-nous ?). Le service fait office de point de repère, comme lorsqu'il nous appelle récemment suite à un changement de numéro de téléphone, afin que l'on puisse lui redonner les coordonnées des consultations externes en psychiatrie pour les en informer.
- Raccroche avec la réalité de son environnement : appel à sa curatrice pour un renouvellement de sa carte vitale, programmation de son injection avec l'IDE libérale, appel au référent SPIP pour confirmer le rdv auquel il est convoqué, etc. Tout cela, parfois, après avoir déversé sa colère/violence en nous l'exprimant, où voire en la mimant.
- Raccroche avec son corps/besoins primaires : ex : cette fois où nous le récupérons chez sa copine, il n'a pas mangé depuis 3 jours passés sous cocaïne, il se rappelle qu'il n'a rien mangé et nous demande si on peut l'accompagner chercher ses courses

- Soutien de ses rdv avec son médecin psychiatre, vers laquelle il a accepté que nous l'orientons. Il est entendu que nous lui rappelons son rendez-vous à l'approche de la date et que l'éducateur l'accompagne à l'aller
- Accompagnement de certains rdv majeurs : audience Juge des tutelles, Tribunal suite à des violences sur son amie

Ces éléments objectifs nous laissent penser que le simple fait « d'être là » a du sens, car cela a permis, soit d'amorcer une mise en action de certaines démarches de sa part, soit de mettre en œuvre des accompagnements avec l'éducateur. Comme une forme d'« aller-vers » faisant peut-être (nous l'espérons) fonction de soin par une permanence du lien et une dimension structurante de nos rencontres...

Cette posture rejoint les principes de rétablissement. Nous sommes là, la personne est libre de choisir de s'appuyer sur la présence que nous lui proposons. Nous tentons de faire preuve d'adaptation et de souplesse pour aller à la rencontre de l'autre.

- *L'importance de la continuité du lien pour les personnes que nous accompagnons*

Leurs parcours de vie témoignent le plus souvent d'expériences de rupture du lien, d'abandons ? Etre là, en continu, même si eux ne sont pas là, ou ne sont pas là en continu, accepter la possibilité de rendez-vous manqués, accepter de faire avec eux ou juste d'être là en fonction de chacun, en fonction des moments... c'est aussi ça, créer du lien, de la confiance et permettre l'émergence d'une demande, ou une forme d'adhésion aux propositions que nous pouvons faire.

## *Intervention de Jean-Philippe Moutte, psychologue clinicien*

Pour les hommes et les femmes que nous accompagnons et que nous avons parfois du mal à rencontrer tant ils sont retranchés dans leur solitude, il semblerait que le fait de tendre la main, de demander quelque chose, de se mêler à la vie, se soit céder à la tentation de saisir la promesse fugace que nous offre la réalité. Ce serait donc prendre le risque d'une énième déception, potentiellement celle de trop. Il semble pourtant qu'ils cherchent à communiquer, qu'ils acceptent de nous demander quelque chose puisqu'ils se sont prêtés à toutes les démarches que suppose le fait d'être orientés puis admis dans un Samsah.

Quel sens, donc, donner à leur refus, si ce n'est, peut-être, l'attente d'une consolation ? Et puis, pourquoi chercher à les rencontrer quand c'est le contraire qu'ils revendiquent : le refus le plus profond, le retrait protecteur, toujours plus ou moins organisé, parfois même jusque dans le délire ou le repli autistique, jusque dans tout ce qui repousse les uns et exclut les autres ?

Il en va ainsi de François, un homme âgé de 58 ans que nous accompagnons depuis un peu plus d'un an au moment où il rompt tant avec nous qu'avec l'équipe du Centre de soins de suite et de réadaptation qui nous l'avait adressé et où il est hospitalisé une semaine par mois depuis trois ans.

Etant le seul membre de l'équipe qu'il n'ait pas encore éconduit, je me présente un jour à son domicile après lui avoir laissé un message téléphonique le prévenant de ma venue. Sitôt que nous sommes assis, il se met à éructer, à se plaindre rageusement de tout le mal que lui ont fait ses parents, ses frères et sœurs, les enseignants, les médecins et les éducateurs qui se sont occupés de lui dans l'enfance, puis ses anciens employeurs, ses ex-compagnes, sa psychiatre et enfin mes collègues du Samsah... Il termine sa litanie de reproches en se levant, furieux, et me demande de m'en aller. C'était assez effrayant de le voir dans cet état et d'entendre une telle colère s'abattre sur moi, mais je l'avais écouté et j'avais pu distinguer ce qu'il disait et donc, au moment où il se lève et me demande de partir, je lui dis : « C'est pas mal ce que vous avez dit, c'est intéressant ». Il hésite et me regarde fixement pendant quelques instants, et je lui répète alors tout ce qu'il vient de dire.

En soi, ce n'est pas grand-chose, mais l'hypothèse que j'ai faite à ce moment-là c'est qu'il criait parce qu'il n'arrivait pas à faire en sorte que ce qu'il avait à dire s'inscrive quelque part ou soit écouté par quelqu'un. Je crois d'ailleurs que c'est Jean Oury qui disait : « la violence vient de la non-inscription d'une parole ». Mon hypothèse n'avait rien de très

élaboré, mais elle a permis que François s'assoie de nouveau et que nous discussions ensuite de pas mal de choses, et qu'il accepte assez aisément que je revienne la semaine suivante.

Ce n'était peut-être pas si compliqué - après tout, François avait quand même accepté de me laisser entrer chez lui, et il privilégiait encore l'usage du langage, fût-ce de façon violente -, mais le fait de m'être ainsi rendu à son domicile alors qu'il manifestait explicitement le refus de rencontrer les professionnels de l'équipe, et le fait de l'avoir écouté attentivement alors qu'il criait ont sans doute contribué à ce qu'il puisse très progressivement recommencer à penser que nous pouvions l'aider et à nous demander quelque chose : l'accompagner marcher dans Bordeaux, convenir avec sa psychiatre de rendez-vous téléphoniques afin qu'ils discutent des modalités de son retour au CSSR, l'aider à acheter un poêle à pétrole, trouver un lieu où il puisse aller prendre son repas tous les midis de façon à essayer de retrouver un équilibre alimentaire, etc.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur la situation de François, mais vous propose de partager quelques ébauches de réflexion qu'a suscitée la préparation de cette journée.

Je pense qu'il est particulièrement important que les personnes que nous accompagnons aient la possibilité de faire ainsi l'expérience de notre présence régulière et de notre consistance, y compris dans les moments où elles semblent pourtant la refuser. L'omnipotence qu'elles semblent développer dans ces moments-là ne doit pas nous égarer, elle est avant tout à la mesure de leur sentiment d'impuissance, de leur profonde détresse. Le drame de ces personnes qui ont très souvent dû faire face très précocement à des carences, des violences ou des blessures narcissiques qui ont empiété sur leur psychisme en construction, c'est qu'à force de conduites visant à contrôler d'éventuels retours traumatiques de l'environnement, elles finissent parfois par susciter les réactions qu'elles redoutent. Elles « redeviennent » alors ces enfants non aimables, non satisfaisants, parfois tyranniques ou incontrôlables qu'elles craignent (ou sont convaincues) d'avoir été pour leurs parents ou leur entourage, et qu'on ne pourrait dès lors que rejeter, négliger, voire persécuter.

Consentir à une rencontre authentique avec une personne que l'on accompagne suppose donc non seulement d'en reconnaître la nécessité, mais aussi de commencer par reconnaître la tendance première à la refuser, et ce de la part de chacun des protagonistes et pour de multiples raisons.

Peut-être que la question qui se pose aux professionnels qui reconnaissent la nécessité de la rencontre et donc, dans un certain nombre de situations, de l'aller-vers, c'est : jusqu'ou



sommes-nous prêts à aller ou à ne pas aller avec celui ou celle qui refuse de consentir ? Et jusqu'où sommes-nous prêts à ce qu'il aille ou n'aille pas avec nous ?

Autrement dit, le refus de consentir soulève à mon avis, tôt ou tard, la question d'une certaine forme de violence. Par violence, je n'entends pas destruction. La distinction a l'air simple et beaucoup de gens s'y sont intéressés, mais je crois que ce n'est pas toujours évident. Dans un livre intitulé *L'histoire continue*, l'historien Georges Duby établit une distinction à mon sens lumineuse entre la guerre et la bataille : pour lui, la bataille est une chose à travers laquelle on cherche à transformer les rapports de force, à renégocier des traités ou des frontières tout en restant dans le cadre d'un contrat, alors que la guerre, elle, vise la destruction de l'autre et/ou de son territoire, et ne respecte aucun contrat.

Ferenczi et bien d'autres après lui ont beaucoup insisté sur le fait que l'expérience de la rencontre impliquait la « modification » des deux protagonistes : si on rencontre une personne sans en être modifié, c'est qu'il n'y a pas eu de rencontre.

La déliaison psychotique dépossède le plus souvent le sujet de sa capacité à venir seul à notre rencontre pour nous demander quelque chose. L'idée même d'attendre ou de « travailler » la demande a-t-elle encore un sens en pareil cas ? N'équivaut-elle pas tout simplement à ignorer les modalités de fonctionnement de la personne accompagnée, voire à l'ignorer elle, c'est-à-dire à l'éviter ? L'expression *aller-vers* dit assez précisément cela : que cet autre nous est lointain, et qu'il nous faut accepter cela, et donc nous approcher si nous souhaitons le rencontrer.

Le consentement du professionnel à se soumettre à la contrainte éthique de la rencontre répond peut-être, avant tout, à une contrainte interne, personnelle, à accomplir le moins mal possible sa tâche en acceptant de chercher et de batailler de concert avec la personne qu'il rencontre. Il est évidemment très important que cette contrainte puisse être soutenue, secondairement, par une dynamique institutionnelle, c'est-à-dire non seulement par une équipe, mais aussi par une direction qui soit prête, le cas échéant, à négocier avec les tutelles la possibilité d'accompagner des personnes que l'on rencontre parfois très difficilement, très irrégulièrement.

Chercher et batailler ainsi ne s'apprend me semble-t-il dans aucune école, et notre société aurait plutôt tendance, je le crains, à proposer une variété de stratégies de divertissement et de rationalisation qui permettent à celui qui le souhaite d'échapper assez aisément à la rencontre avec cette complication de la condition humaine qu'est la maladie psychique.

## *Conclusion par Marie-Ange Bégué Rouzié, directrice adjointe*

Pour que notre intervention existe, il doit y avoir la création d'un lien.

Dans chaque situation et chaque moment, il convient de nous interroger sur la posture qui participera le plus efficacement à sa création et sa sécurisation. Cela sera parfois d'aller vers et d'autres fois d'attendre, le choix doit se faire en croisant les regards des différents professionnels et au regard des éléments propres à chaque situation, à chaque histoire toujours dans le respect inconditionnel de la personne.

- Quelle que soit la posture choisie dans une situation donnée, la rencontre doit être préparée, annoncée puis évaluée
  - ⇒ Qui fait quoi ? où ? quand ? pour qui ? comment ? avec qui ? sommes-nous bien dans une dynamique de rétablissement ?
  - ⇒ Quel impact aura notre intervention sur la qualité du lien ?
  - ⇒ Quel retour exprimé par la personne ? repéré par le professionnel ?
  - ⇒ Quelle perspective ?
- Accueillir et prendre soin de l'autre là où il en est, implique de prendre soin de soi et de l'équipe
  - ⇒ Des temps de travail partagés, des temps de coordination très réguliers, des temps de formation en équipe et répondant à des besoins individuels
  - ⇒ Des espaces de réflexion sur les pratiques et l'éthique sont indispensables
  - ⇒ Un projet commun fédérateur, dans le respect inconditionnel de l'autre, chargé d'espoir et où les professionnels sont moteurs ne peut que soutenir la création de lien, le processus de réappropriation de soi et celui de rétablissement des personnes rencontrées

Aller vers, s'assurer d'une libre adhésion même si elle est parfois relative, soutenir l'émergence de demandes, oui mais pas seulement !

Accompagner la personne dans sa création de lien au-delà de nos rencontres, dans l'environnement qui l'entoure ne peut se faire sans un travail de sensibilisation de certains acteurs qu'elle peut être amenée à rencontrer.

Comme nous l'avons déjà évoqué une grande partie des difficultés des personnes tient à l'intériorisation des représentations très négatives des troubles psychiques (et des personnes qui en souffrent) et à l'autocensure qui souvent en résultent.

L'aller vers ne doit pas se faire qu'en direction des personnes présentant des troubles psychiques !

Un énorme travail reste à faire pour faire bouger ces représentations sociales, notre rôle de passeur, de facilitateur est important aussi vis-à-vis des acteurs du quotidien (familles, intervenants à domicile, mandataires, autres soignants,...) comme ceux du social (bailleurs, assistantes sociales de secteur, employeurs, clubs de loisirs...).

Il est de notre responsabilité de soutenir les personnes que nous rencontrons pour qu'elles puissent faire valoir leurs droits et être considérées avec équité !

## Journée SMF Nouvelle Aquitaine

8 janvier 2019

### « Libre adhésion, attendre la demande ou aller-vers ? Question d'éthique »

Merci à Pierre et à la coordination Nouvelle Aquitaine de SMF pour l'organisation de cette journée et pour cette invitation à dire quelques mots au début de cette journée consacrée à une question pratique dont la réponse nécessite en effet un positionnement éthique. Avec en soubassement l'idée que nos interventions doivent dépasser ou surmonter la contingence des lois et règlements – qui font par exemple qu'en France on distingue et on prend en charge si différemment financièrement, professionnellement etc. la maladie, la situation de handicap et la dépendance – pour tenir compte de l'unité de la personne dont nous prenons soin comme soignants, accompagnants ou aidants.

Nous sommes dans le cœur du questionnement qui a conduit à la fusion des fédérations AGAPSY et Croix Marine, après un long processus d'approche et d'acculturation tant le cadre juridique a créé des clivages administratifs, financiers, culturels entre intervenants, professionnels ou bénévoles entre acteurs eux-mêmes.

Très rapidement après la fusion de juin 2016, la nouvelle fédération Santé Mentale France a adopté une charte, au cours de l'AG de Rennes en octobre 2016, qui a explicité les valeurs sur lesquelles nous nous appuyons et qui nous rassemblent. Puis, à la suite d'une enquête auprès de nos adhérents, actuels ou anciens, il est apparu nécessaire de définir de façon plus concrète notre projet d'action. D'où l'élaboration, à partir des attentes exprimées dans les réponses à l'enquête, et l'adoption du projet stratégique en novembre 2018, à l'occasion de l'assemblée générale convoquée à Lyon, avant la journée nationale du 8 novembre.

Ce projet porte comme ambition pour SMF de contribuer à **faire de la santé mentale un enjeu citoyen**

## Les valeurs

Le projet stratégique rappelle les valeurs et conceptions sur lesquelles nous appuyons nos actions et que nous souhaitons faire partager par les acteurs de la santé mentale :

- Respect en toutes circonstances de la dignité, de la citoyenneté de la personne, \*
- Refus de toute discrimination et lutte contre toute forme de stigmatisation qui seraient basés sur les troubles psychiques dont souffrent les personnes ;
- Reconnaissance de la personne comme acteur des soins et de l'accompagnement
- Respect du droit à la confidentialité des informations concernant la santé
- Les soins et l'accompagnement sont réalisés dans la perspective d'accroître le pouvoir d'agir de la personne

Dans le fonctionnement de la fédération, plus précisément dans les relations entre adhérents, deux principes à noter principalement :

**Partage** : Santé Mentale France est un lieu de partage et d'échanges d'expériences et de confrontation des pratiques. Il doit favoriser une culture de valorisation et d'innovation, la coordination des parcours dans le respect mutuel entre professionnels, bénévoles et usagers.

**Collégialité** : Santé Mentale France prône les pratiques associatives, collégiales et de partenariat notamment dans des situations de mise en concurrence des acteurs d'un même territoire, dans le respect de la législation en vigueur.

Cela est simplement un rappel des éléments de la charte d'octobre 2016.

L'apport du projet stratégique est de définir quelques orientations stratégiques qui s'appuient sur quelques axes structurants et guident nos actions pour les années 2019 à 2024.

## Les axes du projet stratégique

On peut les énumérer rapidement et simplement :

- Axe 1 : Promouvoir la prévention et les interventions précoces en santé mentale (PSSM)

- Privilégier la prévention, c'est améliorer le bien-être et le vivre ensemble. C'est, aussi, limiter les conséquences des troubles psychiques en termes humains et économiques.
- Santé Mentale France mène également des actions concrètes de prévention. La fédération est notamment à l'origine de la mise en place avec ses partenaires des formations aux « Premiers Secours en Santé Mentale » (PSSM), reconnues et soutenues par le gouvernement.
- Axe 2 : Agir pour la meilleure qualité de vie possible des personnes vivant avec des troubles psychiques
- Refuser que la personne qui suit des soins psychiatriques ne se réduise à son statut de patient, c'est un 1<sup>er</sup> pas vers son inclusion sociale
- Militer pour une citoyenneté pleine et entière des personnes vivant avec des troubles psychiques, c'est aussi lutter contre leur stigmatisation et celle de leur entourage.
- Axe 3 : Favoriser les coopérations dans les territoires  
Favoriser la coopération dans les territoires, c'est contribuer à la continuité de parcours de soin et d'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques.
- Axe 4 : Soutenir et encourager l'innovation et la recherche
- Axe 5 : Capitaliser, transmettre et partager les savoirs et les pratiques sur la santé mentale  
Que les savoirs soient expérimentiels, professionnels, institutionnels, politiques, académiques, ou scientifiques, la fédération se donne pour mission de les diffuser à travers notamment sa revue « Pratiques en santé mentale » et les autres supports de formation et d'information.

## Les orientations stratégiques pour la période 2019-2024

Elles sont au nombre de 4 déclinées chacune en priorités d'actions :

- **ORIENTATION STRATEGIQUE N°1**

**Devenir un interlocuteur incontournable des pouvoirs publics, pour influencer sur les politiques publiques, tant au niveau national que territorial.**

Priorités d'actions N°1 : Siéger dans les instances nationales régionales et départementales au titre de Santé Mentale France, anticiper les dates de renouvellement des mandats, et travailler une stratégie notamment pour rentrer dans les instances où Santé Mentale France ne siège pas.

Priorité d'action N°2 : Développer la visibilité de Santé Mentale France et la lisibilité de ses positions « militantes » et avoir une véritable stratégie de communication militante (éléments de langage commun, communiqués sur des sujets d'actualité et de questions de fond...).

Priorité d'action N°3 : Participer au nom de Santé Mentale France aux débats avec les pouvoirs publics au plan national et territorial.

Priorité d'action N°4 : Rechercher éventuellement via le conseil d'administration, des bénévoles pour les représentations nationales

## - ORIENTATION STRATEGIQUE N°2

**Agir pour l'effectivité des droits fondamentaux et sociaux des personnes vivant avec des troubles psychiques, en référence à la convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU et renforcer le pouvoir d'agir.**

Il existe des textes et l'enjeu majeur est de les faire connaître et appliquer pour qu'enfin ils bénéficient réellement de droits fondamentaux et sociaux. Rendre effectif ces droits, c'est renforcer le pouvoir d'agir des personnes, c'est leur permettre de bénéficier d'une citoyenneté pleine et entière

Priorité d'action N°1 : Formuler un plaidoyer

Priorité d'action N°2 : Organiser la veille sur le sujet au profit des adhérents et fournir des positions « officielles »

Priorité d'action N°3 : Développer ou collaborer à des formations sur l'accès aux droits et le pouvoir d'agir.

Priorité d'action N°4 : Promouvoir les pratiques émancipatrices

### - ORIENTATION STRATEGIQUE N°3

**Agir pour que la prévention et l'intervention précoce à tous les âges de la vie soit un axe prioritaire opérationnel.**

Priorité d'action N°1 : Développer le programme « Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) »

Priorité d'action N°2 : Soutenir et développer des actions de déstigmatisation (événements grands publics, films...)

Priorité d'action N°3 : Soutenir les acteurs qui agissent sur la prévention primaire (médecines scolaire et du travail, point d'accueil écoute jeune, PMI...).

### - ORIENTATION STRATEGIQUE N°4

**Renforcer la présence de Santé Mentale France et ancrer ses missions à chaque niveau territorial.**

La jeunesse de la fédération explique la nécessité de renforcer sa présence à chaque niveau territorial. La pollinisation de la stratégie de Santé Mentale France, et des priorités d'actions ne sera **possible qu'à la condition qu'une colonne vertébrale militante solide soutienne et développe la présence de la fédération au plan régional**

Priorité d'action N°1 : Structurer, créer et développer des coordinations régionales SMF.

Priorité d'action N°2 : Développer les coopérations entre les adhérents et autres partenaires territoriaux.

Priorité d'action N°3 : Œuvrer pour développer les adhésions (renforcer le lien, renforcer le parrainage).

Priorité d'action N°4 : Développer la communication interne et externe.

Que les savoirs soient expérientiels, professionnels, institutionnels, politiques, académiques, ou scientifiques, la fédération se donne pour mission de les diffuser à travers notamment sa revue « Pratiques en santé mentale », ses formations, son site et tous supports d'information.

Merci pour votre attention.



Je vous souhaite une journée pleine d'informations et d'échanges fructueux.



# L'ambulatoire : un travail systémique sur les facteurs contextuels



## Du projet de soins... vers le processus de rétablissement



BARRE Cyril, *Infirmier DE*

BONILLA-GUERRERO Julien, *ergothérapeute*

DESTAILLATS Jean-Marc, *PH psychiatre*

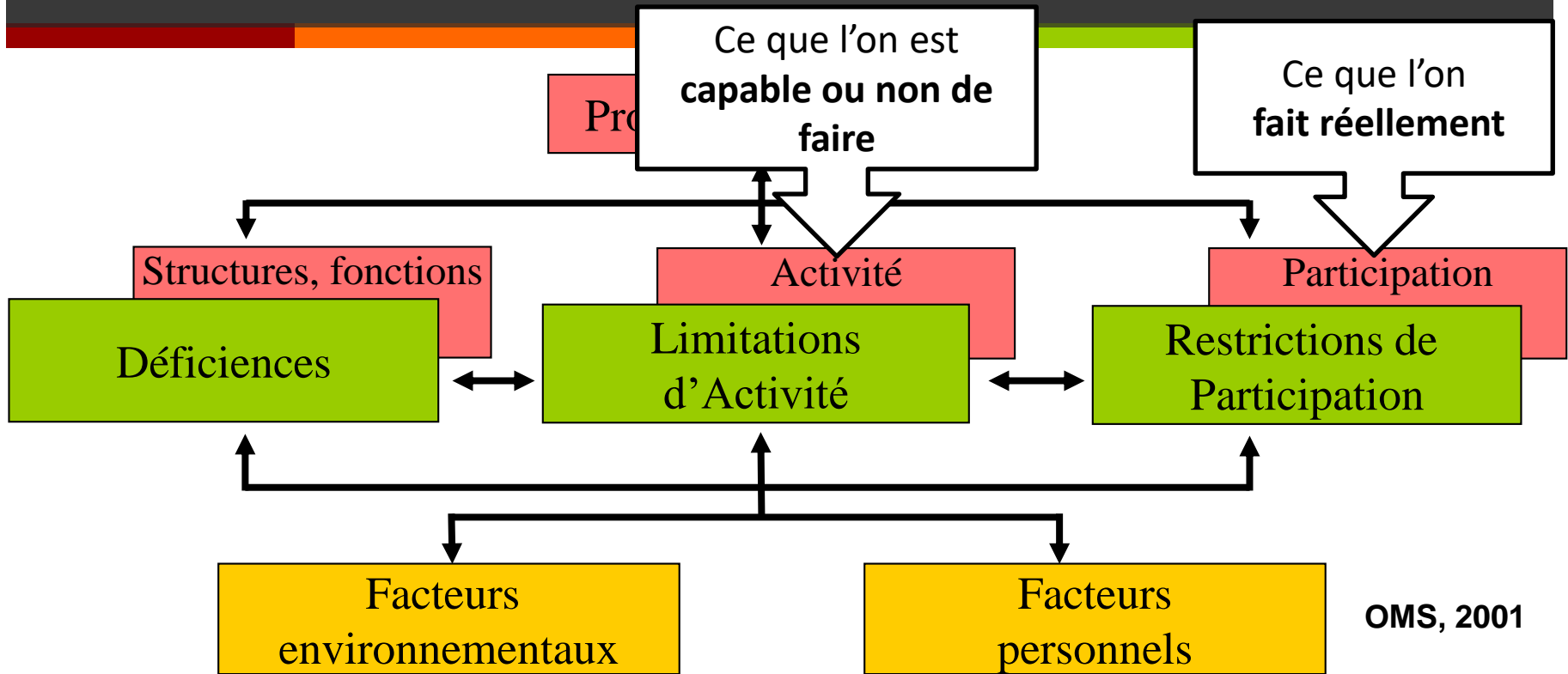
GRONEMAN Julie, *Psychologue spécialisée en psychologie clinique de la santé*

MARTINEZ Eric, *Directeur CH Jonzac Boscamnant*

# Notions utiles à l'éthique de l'accompagnement

- Malade / Patient / Usager : vers la **citoyenneté**
- **L'empowerment** : compétences, estime de soi et conscience critique
- **Dignité subjective** : satisfaction des besoins fondamentaux
- **Autonomie** : de l'humain responsable à l'humain solidaire
- **L'agir communicationnel** : l'éthique et relationnel
- **L'accompagnement** : quelles postures éthiques et institutionnelles ?
  - Cette diapositive est développée par le ppt de Mr Eric Martinez (éthique et santé mentale aller vers)

# La CIF, un modèle actuel du Handicap



- Approche du contexte, de la maladie et du Handicap
- Ressources et difficultés de la personne et de son environnement
- Inadaptation environnement / individu

# L'évolution des représentations

- Abord systémique familial et institutionnel
- La CIF (2001) et loi du 11 Février 2005
- De la pathologie au handicap psychique
- L'empowerment et la dé-stigmatisation
- Droits du patient (CCOMS, Quality Rights)
- Education Thérapeutique
- Profils cognitifs et psychose

# L'évolution des postures soignantes

- Apport des ergothérapeutes, des neuropsychologues et des psychologues de la santé à la compréhension des situations de restriction de participation sociale
- Formation à l'abord systémique institutionnel et familial (15)
- Formation à l'éducation thérapeutique (85)
- Formation à la relation d'aide (80)
- Formation à la CIF et la GMAP (35)
- Projets de recherche sur le handicap psychique

# L'évolution des pratiques soignantes

## ➤ Les évaluations intégrées du patient et du contexte

- Évaluation du profil cognitif de fonctionnement
- Évaluation ergothérapique écologique et fonctionnelle
- Diagnostic éducatif
- Évaluation systémique familiale
- Evaluation sociale

## ➤ La co-construction systémique des projets

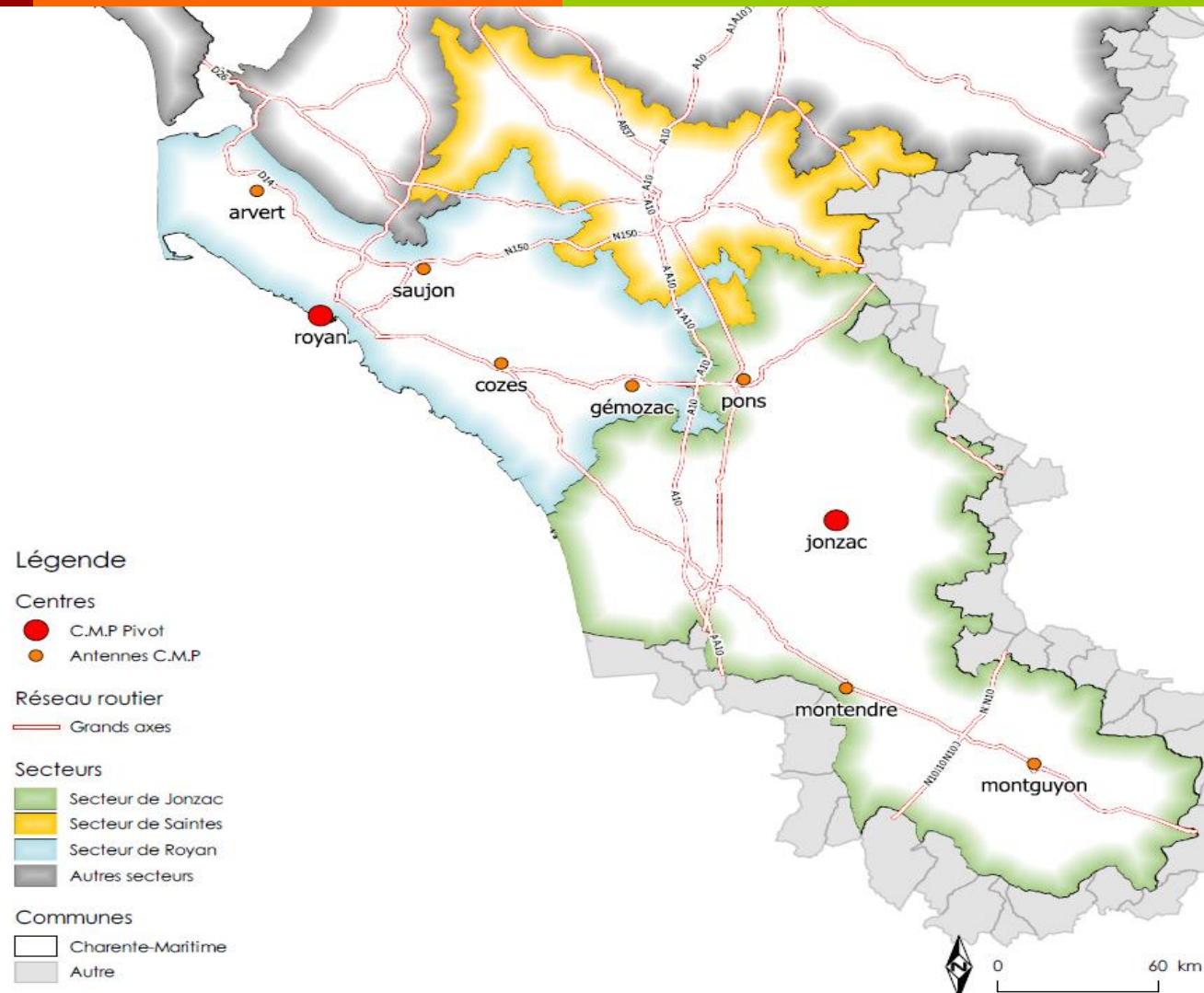
- Patient Famille Partenaires

# L'opérationnalisation

- ➔ **Projet personnel / projet de soin**
- ➔ Une **accessibilité** et une **offre de soins** sur le **territoire** (CMP)
- ➔ Une **offre médico-sociale** dédiée au **handicap psychique** (SAMSAH)
- ➔ Des **équipes mobiles** d'accompagnement facilitant la **participation sociale** (ESPAIR, EMPP)



# Virage ambulatoire et territoire



# Transformation du fonctionnement des CMP

- ➔ La VAD et l'offre de soin « classique » / Offre d'accompagnement de réadaptation / réhabilitation
- ➔ Travail de **co-construction du lien** avec l'ensemble des acteurs protagonistes du projet
- ➔ Travail **avec les familles** et/ou les **systèmes d'aides** et de recours

# L'exemple du CMP de Cozes

- Localisation des antennes **au sein du dispositif** médico-social du **territoire**
- **Coordination** pour l'organisation des rencontres
- **Facilitation** de l'accès à l'offre inclusive
- Construction de l'« **Aller vers / Venir Vers** » !

# CMP et Pratiques orientées vers le Rétablissement

## Evaluation

- **G-MAP**

- Diagnostic éducatif
- Bilan Neuropsychologique
- Bilan Ergothérapique
- Evaluation Sociale

Identifier le projet personnel et les ressources à disposition

## Cibles Thérapeutiques

- **Co-construction**

- Objectives et Subjectives
- Personne / Entourage / Equipe
- Objectifs à court / Moyen / Long Terme

Chaque axe de la CIF peut constituer une cible

## Intervention

- **Accompagnement et Lien**

- Soins
- Médico-social
- Acteurs de proximité

Outils à disposition

# Vers la coordination de projet

- ➔ Besoin de **coordination** ou nécessité de (re)créer du **lien** du fait du morcellement de l'accompagnement de la personne
- ➔ Création d'espaces d'échanges et de **co-construction de décisions**
- ➔ **Continuité de compréhension** dans l'accompagnement diachronique d'un parcours non linéaire
- ➔ Facilitation d'accès aux **ressources environnementales** de la personne accompagnée (soutien social, systèmes et politiques -> **CIF, G-MAP**)

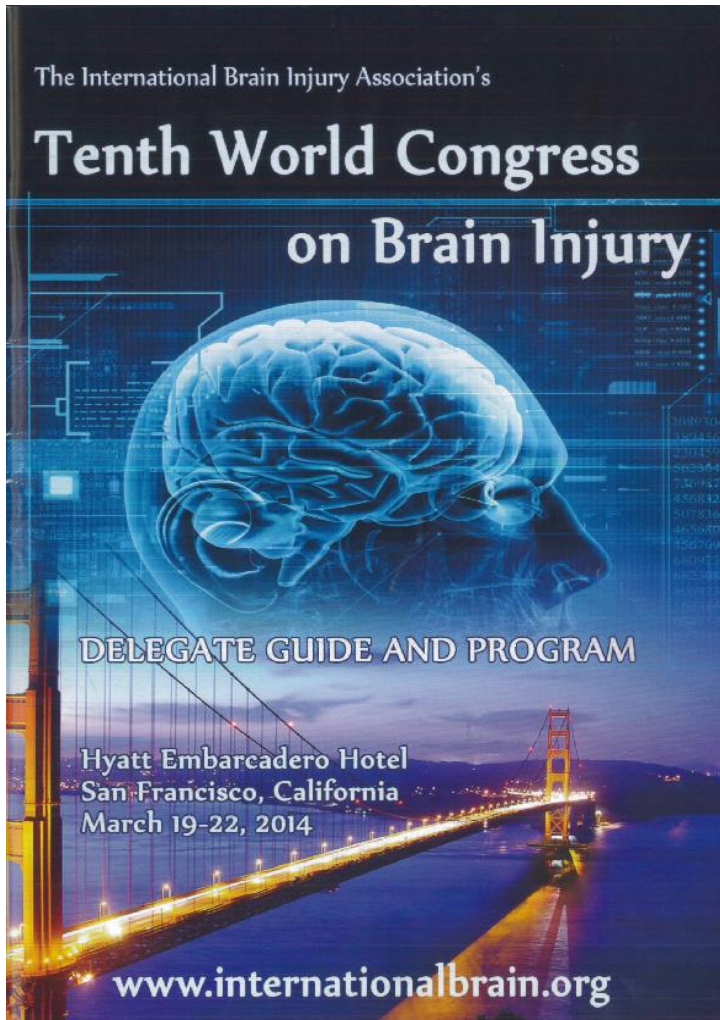
# Vers la coordination de parcours

- ➔ Améliorer la coordination entre les **acteurs de différents champs** en vue de favoriser :
  - ➔ Coordination des **échanges d'informations interprofessionnelles** par leur **utilité**, leur **pertinence** et avec la **validation de la personne**
  - ➔ Coordination des **projets** avec les **acteurs de 1<sup>er</sup> niveau** (médecin traitant, IDE secteur libéral, AS de secteur et DT, professionnels de la réinsertion et du retour à l'emploi, bailleurs sociaux publics privés, associations...)
  - ➔ Communication avec **la personne et son entourage** par une **démarche intégrative sociale et sociétale**

- Permettre une **intervention précoce et au long cours** autour du **projet en amont et en aval** du CMP
- Améliorer le **parcours** de la personne **vers le rétablissement, en amont et en aval** des orientations MDPH, en :
  - Limitant les **ruptures de soins et d'accompagnement**
  - Facilitant la **coordination des acteurs**
  - Favorisant le **maintien en logement inclusif**
  - Associant les **personnes ressources** (entourage), les **acteurs sanitaires, médico sociaux et de proximité**

# Co-construction

## *Avec la famille*



### ➤ 3 niveaux d'interactions avec les familles

#### ➤ Niveau 1

Echange et partage d'informations

#### ➤ Niveau 2

Entretiens systémiques de projet

#### ➤ Niveau 3

Thérapies familiales systémiques




# Missions EMPP

- ➔ **Aller au-devant** des personnes en situation de **précarité** et/ou d'**exclusion** afin de repérer et prévenir les **troubles psychiques** et de **faciliter l'accès aux soins**
- ➔ Rôle d'**interface** entre les secteurs de **psychiatrie** et les différents **partenaires**
- ➔ Mission **Formation-Information et soutien** des partenaires sur la santé mentale (psychologue spécialisée en psychologie clinique de la santé)

# Santé Mentale et Psychologie de la santé

- **Psychologie de la Santé** = Application des savoirs fondamentaux de la psychologie à la compréhension de la santé et de la maladie (Matarazzo, 1984)
- **Objectifs** : contribuer à la **prévention** (promotion des comportements de santé et réduction de comportements à risques), à l'**optimisation de l'accompagnement des patients**, à la **formation des professionnels** et à l'**amélioration des systèmes de soin**.

# Actions auprès des partenaires

- **Rencontrer** les différents partenaires : médico-sociaux, associatifs, judiciaires, etc
- **Sensibiliser** les partenaires à la maladie psychiatrique / éclairage clinique
- **Travailler** sur les **représentations**
  -  **lutter contre la stigmatisation**
- **Soutenir** et avoir une **action de prévention** auprès des acteurs de premier recours et équipes de première ligne

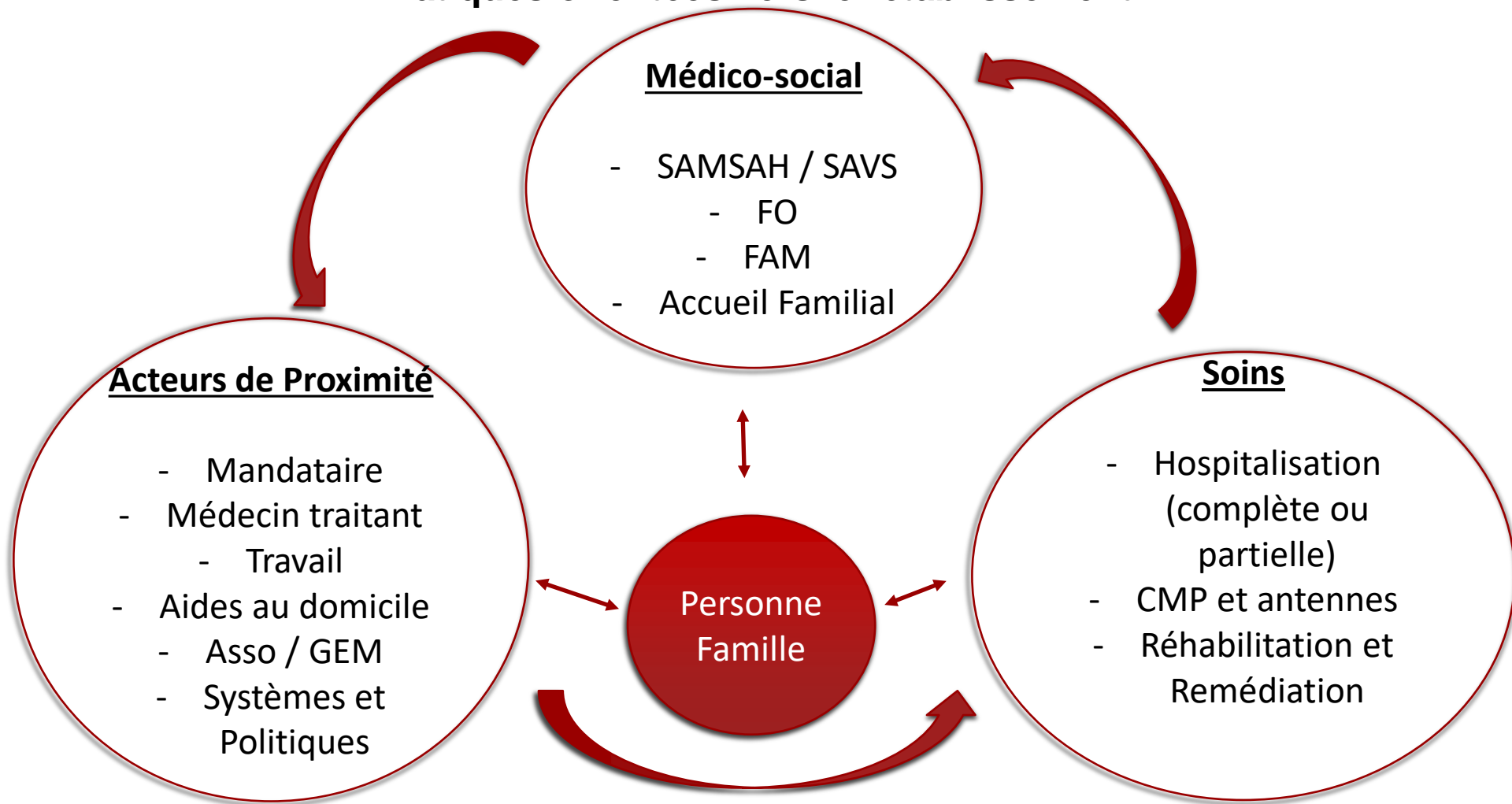
# Richesse du travail en partenariat pour l'EMPP

- ➔ **Absence de demande ++** dans précarité : demande plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels
- ➔ Offre **différents leviers** pour permettre l'accès aux soins : alliances, lieu connu...
- ➔ Organiser des **permanences**
- ➔ Développer une **clinique adaptée** aux besoins de la personne
- ➔ Personne **actrice de son accompagnement complexe** avec l'ensemble des **partenaires**

# Co construction

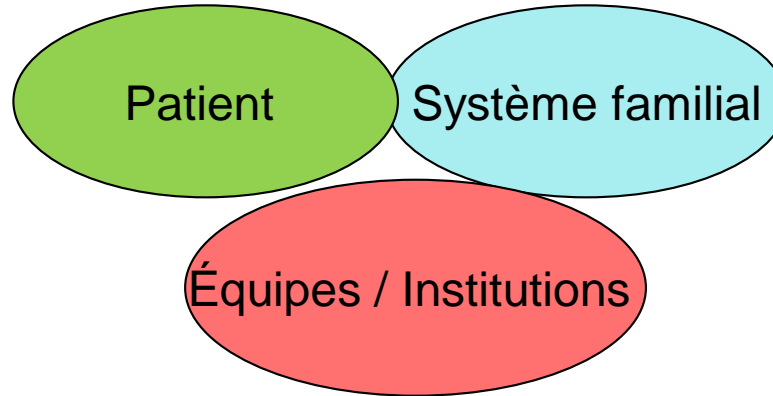
## *Avec les partenaires du territoire de proximité*

### Pratiques orientées vers le rétablissement

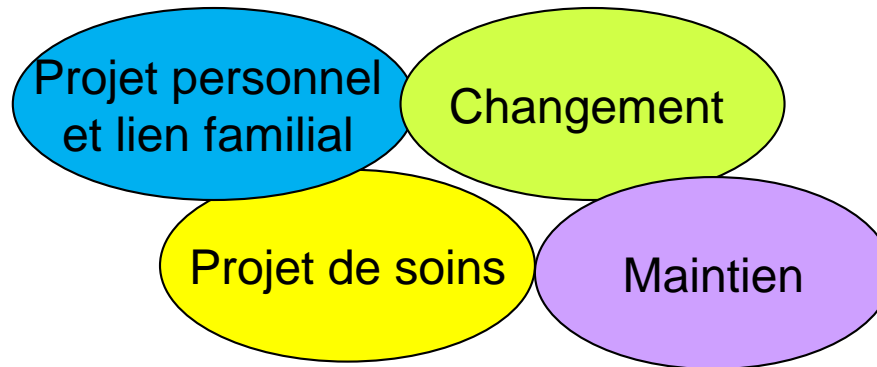




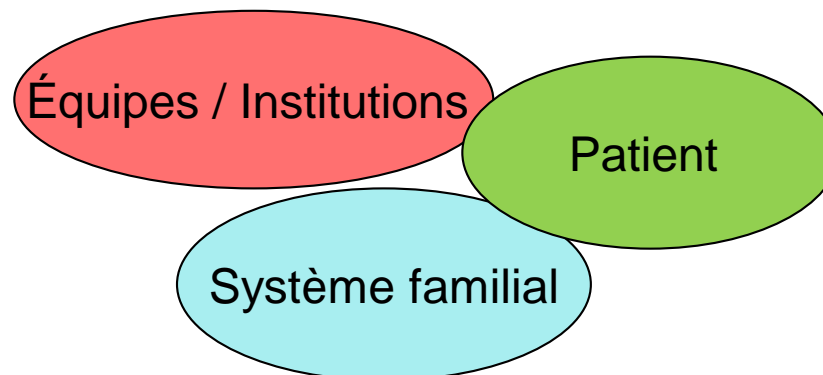
**Qui demande?**



**Quoi ?**



**A qui?**



# Citoyenneté des usagers et des aidants en santé mentale

- ➔ **Co-construction systémique au long cours des projets** avec la personne, sa famille, les acteurs en santé mentale et de proximité
- ➔ Passer de la pathologie au **citoyen en situation de handicap** grâce à la **CIF, l'inter-professionnalité, la recherche et l'éthique** qui permettent la transformation des représentations, des postures et des pratiques
- ➔ Information, Soutien, Formation des partenaires (avec des patients experts) pour agir sur la **stigmatisation**

# Conclusion



« Toute personne se mettant en projet d'aider une autre personne, doit la rencontrer là où elle se trouve et partir de là où elle est ; c'est là le secret de l'art d'aider les gens ».

Søren Kierkegaard



# Contacts

➔ [direction-hopital@ch-jonzac.fr](mailto:direction-hopital@ch-jonzac.fr)

➔ [j.bonilla-guerrero@ch-jonzac.fr](mailto:j.bonilla-guerrero@ch-jonzac.fr)

➔ [jm.destailats@ch-jonzac.fr](mailto:jm.destailats@ch-jonzac.fr)

➔ [empp@ch-jonzac.fr](mailto:empp@ch-jonzac.fr)

# SANTE MENTALE FRANCE NOUVELLE AQUITAINE

**« Libre adhésion, attendre la demande  
ou aller-vers? Question d'éthique »**

**Eric Martinez (directeur CH de Jonzac Boscammant)**

**8 janvier 2019**

**Rocher Palmer 33152 CENON**

**Guillaume Le Blanc**, professeur de philosophie, Université Bordeaux 3, « L'expérience de la vie malade », La philosophie du soin (Éthique, médecine et société), P.U.F., 2010 :

**malade** (perception intime, se sentir malade, être diagnostiqué malade),

**patient** (traité, adhérent au traitement et reconnu comme patient par les soignants)

**usager** de soin

(notion politico-économique, class-action...)

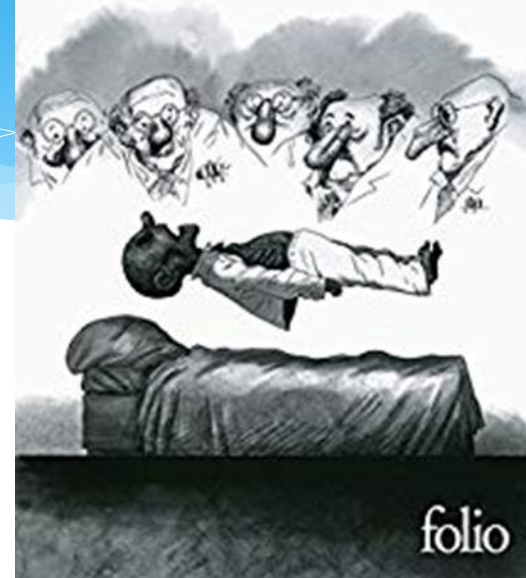


« **Est malade** celui qui est atteint d'un mal : souffrance identifiée comme anormale (...).

(...) **le patient** est déjà situé à l'intérieur d'un traitement, il tend alors à devenir un personnage interne de la médecine...»

**L'usager** (...) fait référence à « la possibilité qui revient au malade de se servir d'un service ».

**Daniel Pennac**  
Ancien malade  
des hôpitaux de Paris



## Être patient, être malade

- *Tracer qui, soigner qui ?*  
Jean-Christophe Milot
- *Voyages indus*  
Bruno Guillermant, Éverett Geisler et al.
- *Les patients greffés sont-ils malades ?*  
Julien Bourde
- *Prendre l'être-malade, Canguilhem et la psychopathologie*  
Sarah Truchet
- *Le premier de guérir*  
Jean-Michel Grosjean
- *La vulnérabilité dans la relation de soin, à l'ère commune d'humanité*  
Agathe Zébrun
- *«Vivre-avec» ou les pièges de l'existence*  
Alain Milot
- *Les vivants, les morts et les marais*  
Essai sur le soin avec Claire Morin

### LES INTRODUCTIONS DES CAHIERS

- *Sur Benoist Peitav,*  
*Deux genres de biologie*

### SITUATIONS

- *Entretien avec Bruce Spiv,*  
*président de l'Association ADES*

« L'usager implique (...) la politisation du malade.

L'enjeu est la conquête d'une identité positive, la reconnaissance non seulement des compétences dans la relation thérapeutique (l'auto-soignant ou le patient volontaire) mais plus encore la reconnaissance d'une citoyenneté du malade.

L'hôpital ne peut se constituer seulement comme cité thérapeutique [mais] se déploie également comme cité politique (groupes de malades, associations de patients qui militent pour intervenir dans les décisions sanitaires, dans l'administration socio-économique de l'hôpital, politique des usages de la cité thérapeutique. »

## L'EMPOWERMENT : Intérêts et dangers

« Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement

Revue Tiers Monde, 2009/4 (n° 200), Anne-Emmanuèle Calvès

Signifie littéralement « **renforcer ou acquérir du pouvoir** »

Utilisé abondamment depuis la **fin des années 1970** service social, psychologie sociale, santé publique, alphabétisation, développement communautaire (Simon, 1994).

**Mot est très en vogue** qui a gagné le monde de la politique et celui des affaires.

Eisen (1994) l'empowerment = la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle.

Gibson (1991) : processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie.

Quatre composantes essentielles: participation, compétence, estime de soi et conscience critique (conscience individuelle, collective, sociale et politique) : forces, droits et habiletés des individus et de la communauté, plutôt que déficits ou besoins (Gibson, 1991, Anderson, 1996).

**Au départ l'empowerment donne la priorité au point de vue des opprimés pour qu'ils puissent s'exprimer et acquérir le pouvoir de surmonter la domination dont ils font l'objet (Wise, 2005).**

**Conscientisation développée par le Brésilien Paulo Freire (Pédagogie des opprimés - 1968 (Freire, 1974)).**

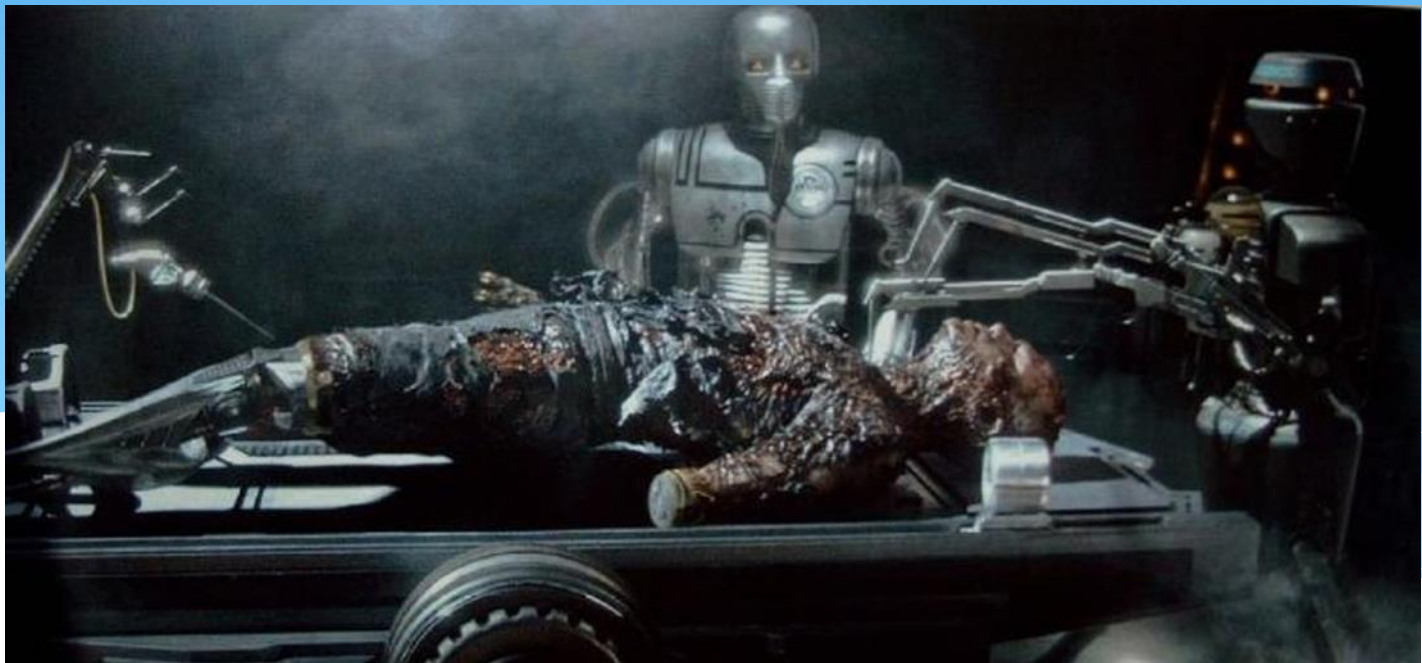
**Aujourd'hui les organismes internationaux y voient un moyen d'augmenter la productivité en maintenant le statu quo plutôt qu'un mécanisme de transformation sociale (Parpart, 2002).**

**Banque mondiale : vision instrumentale de l'empowerment : contribution des pauvres au développement plutôt que contribution du développement au pouvoir des pauvres (Wong, 2003 ; Mohan, Stokke, 2000).**



# La dignité

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais comme un moyen »  
(E. Kant, Fondements de la métaphysique des mœurs, 1785).



## Trois conceptions de la dignité en droit (S. Henneville-Vauchez et CH. Girard) :

- « une caractéristique attachée à une **institution** : la dignitas, qualité liée à un rang ou une fonction officielle »,
- « une qualité attachée à la **personne humaine, opposable aux tiers** » (dignité du malade, du mourant... ),
- « une **qualité opposable à l'Homme par des tiers** » : celle du Conseil d'Etat dans l'affaire du « lancer de nains » (CE, Ass., 27 octobre 1995, Commune de Morsang-sur-Orge).

## DROIT OBJECTIF ?

« *Les droits objectifs définissent des interdits qui s'imposent à chacun, alors même que la victime potentielle ne peut se défendre* »  
(B. Mathieu).

## DROIT SUBJECTIF ?

le droit concret à un travail décent, à un logement décent, à des conditions de travail dignes (...) participent d'une **conception selon laquelle la dignité a non seulement vocation à assurer la protection de la personne humaine mais également la satisfaction de ses besoins vitaux** (revenus, logement, dignité au travail...)

« **A partir du moment où la dignité devient objet de revendications personnelles (...) elle se subjectivise** » (...)

« **Un droit subjectif qui permet à son titulaire d'en exiger le respect** »  
(E. Dreyer).

## Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

« 10. La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

11. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, **la protection de la santé, la sécurité matérielle**, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

# *Le principe d'autonomie*

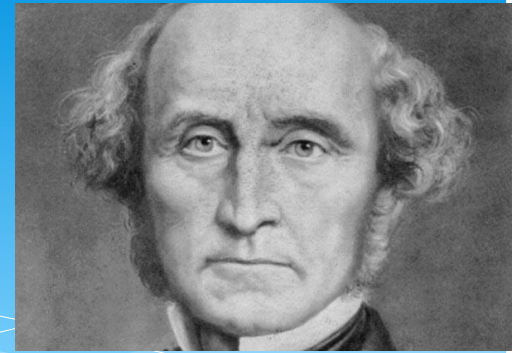


Opposition entre :

• **l'autonomie**, qui désigne le « *pouvoir de se déterminer soi-même* »,  
« *la faculté de se donner sa propre loi* »

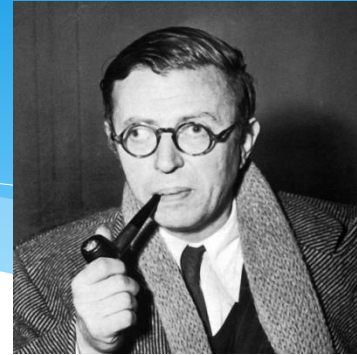
\* Et **la bienfaisance**, qui se réfère à **l'accomplissement du bien**.

Pour Kant et Rousseau, la personne autonome se définit comme **l'être humain raisonnable** qui suit ses propres lois, sociales ou morales. L'individu autonome ne se définit pas seulement comme celui qui se contente d'agir en dehors d'autrui mais comme **celui qui exerce « sa capacité de raisonner »**.



**J.S. MILL** : la « *meilleure société* » respecte la capacité d'autonomie de ses membres, y compris la faculté pour certains de refuser cette autonomie en considérant telle croyance ou tel principe comme la vérité.

La vérité n'est pas immuable, par conséquent, **la société ne saurait imposer à l'individu des principes moraux, sauf à réserver ce qui pourrait causer des souffrances à autrui.**



**J.-P. SARTRE** ajoute un troisième élément à la définition de l'autonomie : **que l'individu soit responsable de ses actions.**

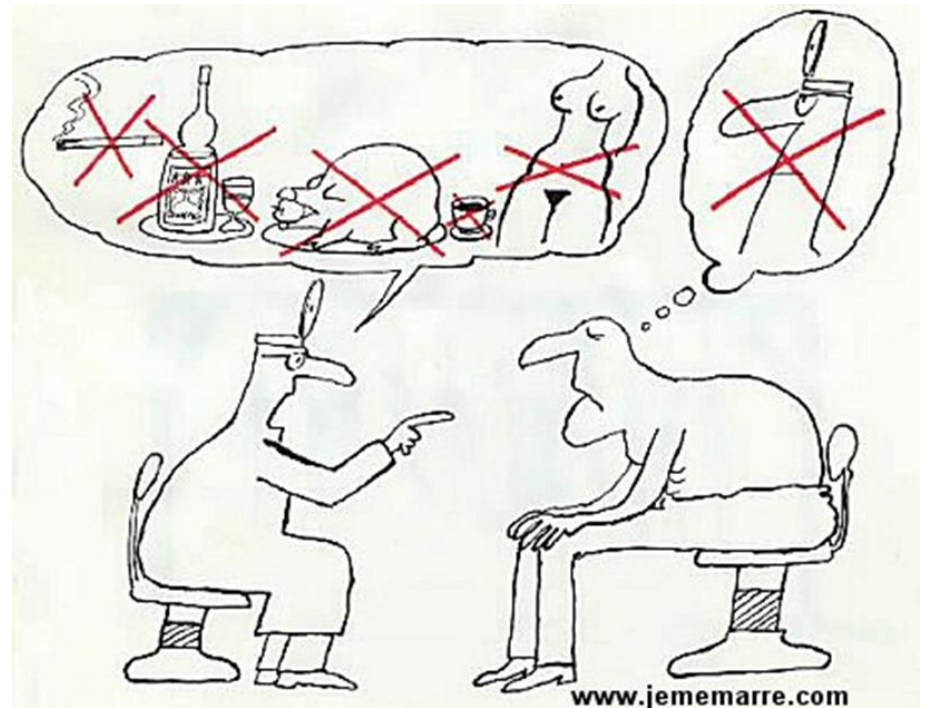
La personne autonome exerce ses choix indépendamment d'autrui, comme être raisonnable et responsable de ses actes.



Le C.C.N.E. considère que « l'autonomie est la capacité à choisir librement, sans contrainte ni incitation de quelque nature que ce soit. Elle inclut le consentement informé sans pour autant s'y réduire ».

Pour le Comité, Le C.C.N.E. « la pertinence d'un jugement éthique comporte une dimension d'ouverture à l'universel : **le principe doit être complété par ceux de solidarité et de responsabilité, notamment à l'égard du plus faible.** L'autonomie d'un choix libre est relationnelle ».

Le respect de l'autonomie nécessite une relation exigeante entre le professionnel de santé et la personne malade, alors que la bienfaisance pourrait conduire à subordonner cette relation à une vision morale et scientifique unilatérale.



En conclusion de l'avis numéro 87, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, le Comité insiste « sur un *appel à dialoguer et à s'écouter mutuellement* », car « *dialogue et écoute (...) pourraient transformer les manières d'être et de voir du soigné et du soignant* ».

L'aller vers, l'accompagnement doivent éviter l'écueil de l'injonction : aux professionnels celle d'accompagner, aux personnes cibles celle d'accepter l'accompagnement.

L'enjeu ?

Eviter une violence institutionnelle.



## Le principe de l'activité communicationnelle.

**J. Habermas.**

**Informers c'est dialoguer !**

La **communication transparente** fournit le paradigme d'une moralité soucieuse de procéder à travers la **réciprocité** et **l'absence de violence** (ou de manipulation).

L'éthique doit être guidée par une rationalité communicationnelle recherchant l'entente des sujets.

**L'éthique est avant tout RELATIONNELLE !**

## Groupe Européen d'Éthique :

rapport du 23 mai 2000, consacré au Projet de Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne :

"le nouveau concept de citoyenneté européenne (...) inclut (...) une **participation plus directe et active des citoyens au débat et à la vie publique**".

# Quelle posture éthique ?

Dialogue

Ecoute

Exigence

**Ne pas se substituer à autrui**

**Posture « émancipatrice »**

**Sortir de l'injonction**

**Du travail sur l'autre à un travail avec l'autre**

# Quelle posture de la part des institutions ?

**Accompagner les professionnels**

**Décloisonner les institutions**

**Renforcer les dispositifs d'accès aux droits individuels et collectifs**

**Vieller à la satisfaction des besoins fondamentaux (d'abord un toit ?) pour combattre la vulnérabilité et favoriser une dignité concrète et subjective de la personne**

(...)

(...)

**Lutter contre la stigmatisation**

**Conjuguer les différentes dimensions de l'autonomie  
(juridique, solidaire et relationnelle)**

**Développer la formation et la recherche**



# L'accompagnement

**Aider l'autre à cheminer c'est**

**Respecter son autonomie**

**Lui donner le temps**

**Se donner le temps**

**Prendre ses distances avec les procédures et les protocoles**

**Aller vers ? Aller vers l'autre mais également aller vers quelque chose avec l'autre**

ÇA RESTE COMPLEXE  
MAIS EN BEAUCOUP  
PLUS SIMPLE.



Vu sur [hsct.artio.fr](http://hsct.artio.fr)

Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
Caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Al andar se hace el camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.  
Caminante no hay camino  
sino estelas en la mar.

Antonio Machado

Voyageur, ce sont tes empreintes  
Le chemin, et rien de plus  
Voyageur, il n'y a pas de chemin,  
On fait le chemin en marchant  
En marchant se fait le chemin  
Et lorsque l'on regarde derrière  
On voit le sentier que plus jamais  
On ne foulera de nouveau  
Voyageur, il n'y a pas de chemin,  
Seulement, un sillage dans la mer...

Antonio Machado



# POSTURE ET PRATIQUE D'ÉQUILIBRISTE AU SAMSAH DE L'ASSOCIATION PRISM

OLIVIER PINAULT – DIRECTEUR

« LIBRE ADHÉSION, ATTENDRE LA DEMANDE OU ALLER-VERS ? QUESTION D'ÉTHIQUE »

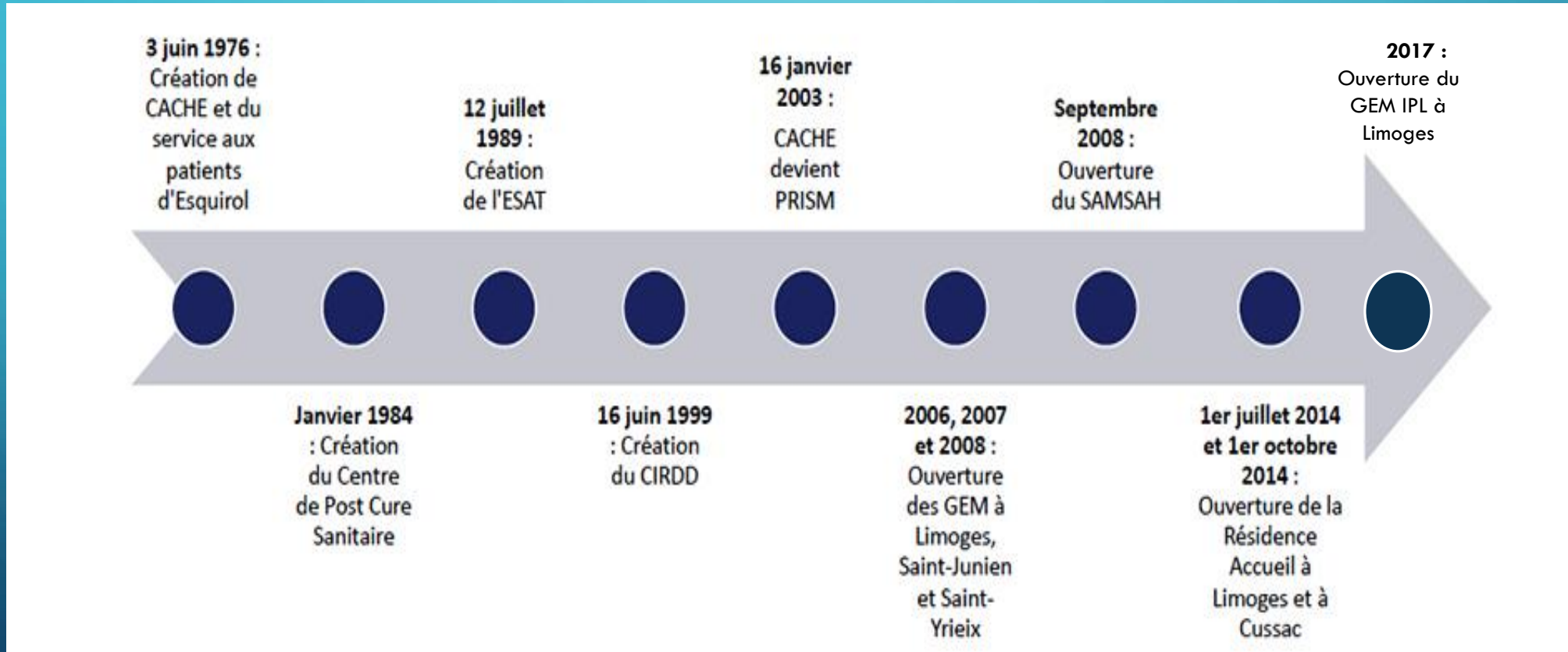
SANTÉ MENTALE – NOUVELLE AQUITAINE

8 JANVIER 2019





# L'ASSOCIATION PRISM

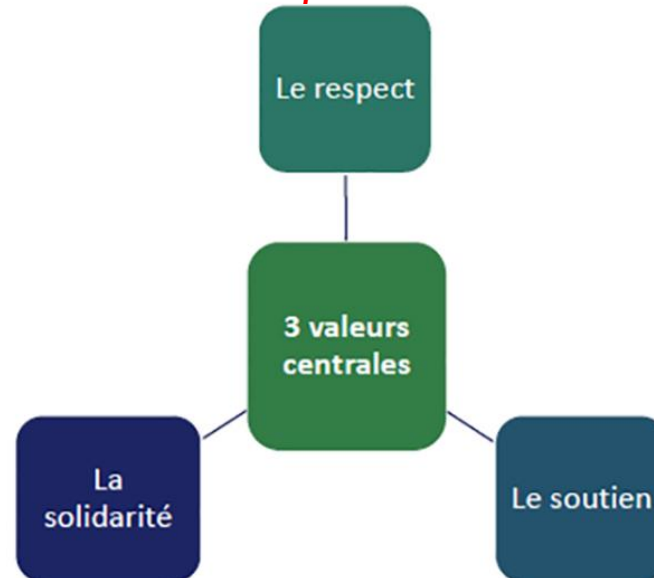




# L'ASSOCIATION PRISM

**P**révention, **R**éinsertion et **I**nformation en **S**anté **M**entale

*« L'humanité présente en chacun »*



*« Le partage et l'entraide »*

*« La réhabilitation et l'autonomie »*



# ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUR LE SAMSAM PRISM

- Seul SAMSAM du Département de la Haute-Vienne dédié aux personnes présentant une « déficience du psychique » = 39 places pour 377 279 habitants

## **Comment garantir une égalité des chances ?**

- Un public cible reconnu en situation de handicap psychique = déficits cognitifs, motivationnels, affectifs et biais cognitifs

## **Comment favoriser la relation d'aide ?**

- Une équipe pluridisciplinaire = psychiatre, psychologue, ES, IDE, ASS, TISF, MSP

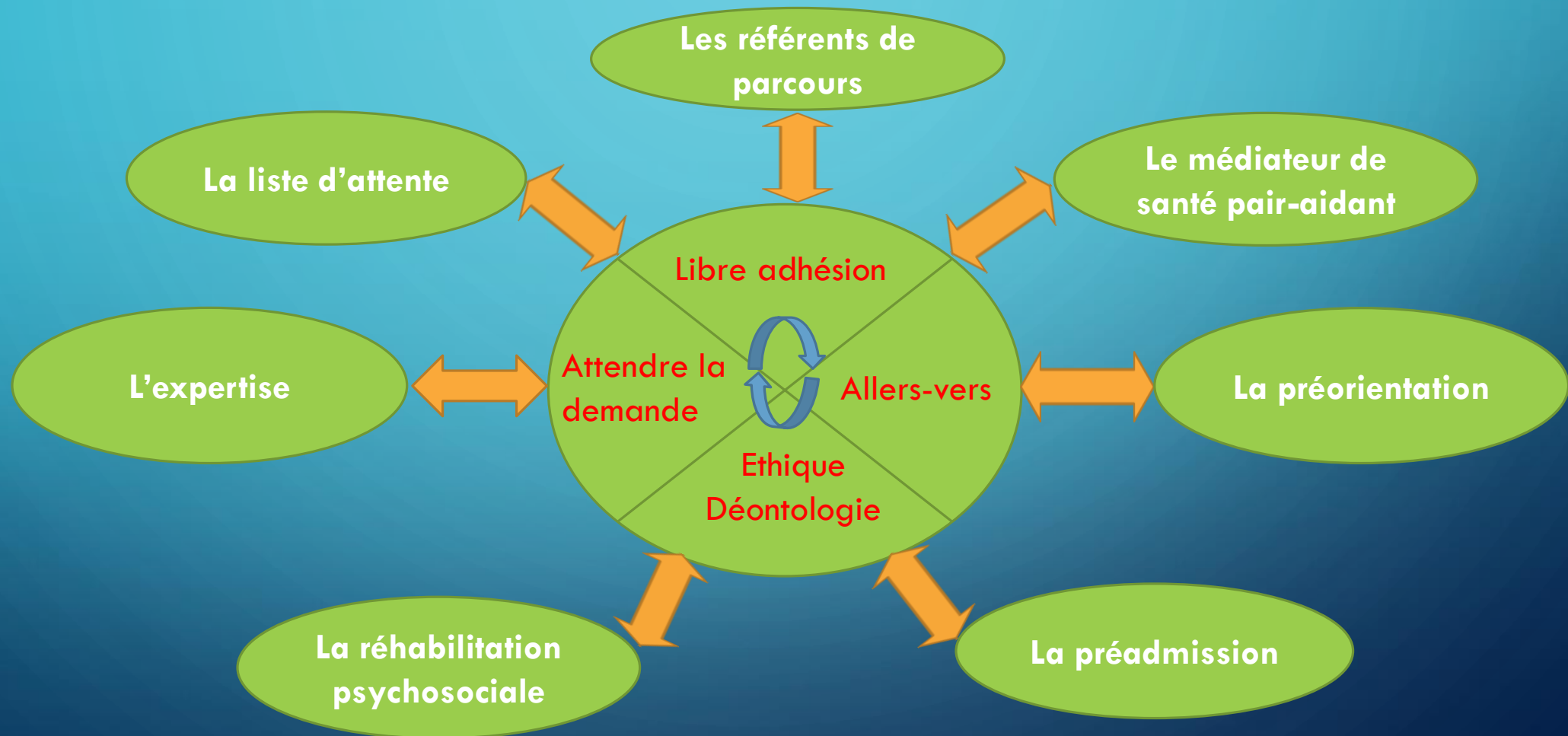
## **Quel cadre de référence commun ?**

- Des missions de maintien ou de restauration des liens, d'accès aux services offerts par la collectivité, d'accompagnement en milieu ordinaire de vie = proportionnalité des interventions

## **Comment agir en faveur de l'inclusion sociale ?**



# LEVIERS ACTIVÉS PAR LE SAMS SAH PRISM





# LA PRÉORIENTATION ET L'EXPERTISE

- **Action N°1** : Proposer des entretiens aux bénéficiaires potentiels et à leurs aidants avant toute demande d'orientation auprès de la MDPH
  - ✓ Une offre valorisée auprès de nos partenaires (ESM, ESMS, libéraux, mandataires judiciaires...) = **aller-vers**
  - ✓ Dans nos locaux, à domicile ou tout autre lieu choisi par la personne = **libre adhésion**
  - ✓ Un cadre d'entretien précis (être dans le ici et le maintenant, empathie exprimée, présentation précise de l'offre de service)
- **Action N°2** : Réaliser des expertises à la demande de la MDPH durant le processus d'évaluation de la demande d'orientation
  - ✓ Deux professionnels volontaires mandatés en réunion d'équipe
  - ✓ Si possible à domicile = **aller-vers**
  - ✓ Un avis formalisé transmis à la MDPH après lecture de la personne = **expression de la demande**



# LA LISTE D'ATTENTE ET LA PRÉADMISSION

- **Action N°3** : Subdiviser la liste d'attente en deux catégories dites « passive » et « active »
  - ✓ Toute décision d'orientation transmise par la MDPH est considérée comme une **demande implicite** qui nous amène à inscrire la personne sur liste d'attente « passive »
  - ✓ Toute décision d'inscription sur liste d'attente « active » n'est réalisée qu'à la suite d'un entretien de préadmission suivi d'une présentation en réunion d'équipe puis d'un échange téléphonique avec la personne = **demande explicite**
- **Action N°4** : Réaliser des entretiens de préadmission
  - ✓ Deux professionnels (le directeur et la psychologue)
  - ✓ Dans nos locaux, à domicile ou tout autre lieu choisi par la personne = **aller-vers**
  - ✓ Un cadre d'entretien précis (présentation précise de l'offre de service, recueil de données utiles, expression des projets et attentes, valorisation) = **libre adhésion**



# LA RÉHABILITATION ET LES RÉFÉRENTS DE PARCOURS

- **Action N°5** : Adopter la réhabilitation psychosociale comme cadre de référence
  - ✓ Des principes porteurs de sens et d'espoir = **aller-vers**
  - ✓ Des méthodes d'intervention et des outils fédérateurs = **libre adhésion**
- **Action N°6** : Développer la fonction de référent de parcours
  - ✓ La prise en compte des besoins et des attentes de la personne = **expression de la demande**
  - ✓ La création d'une relation de confiance favorisant le rétablissement = **libre adhésion**
  - ✓ Un interlocuteur privilégié pour la personne et ses aidants = **aller-vers**



# LE MÉDIATEUR DE SANTÉ PAIR-AIDANT

- **Action N°7** : S'appuyer sur les compétences d'un médiateur de santé pair-aidant
  - ✓ Une incarnation très concrète d'un espoir et des possibles = **libre adhésion**
  - ✓ Un rôle différencié et complémentaire à celui des référents de parcours
  - ✓ Une intervention auprès des personnes inscrites en liste d'attente « active » = **aller-vers**
  - ✓ Le pilotage d'une groupe d'expression = **valorisation des demandes**
  - ✓ Une intervention auprès des usagers en sortie d'accompagnement = **éthique**



« Le SAMSAM ne peut pas  
changer le monde mais il peut  
aider à s'y habituer »

Parole d'utilisateur

## **Conclusion de la journée par M. Michel Laforcade, directeur de l'agence régionale de santé de la nouvelle Aquitaine.**

Pierre Godart, que je connais depuis fort longtemps, m'a demandé de conclure la journée relative à la libre adhésion ou l'aller-vers dont nous avons souvent parlé.

Je ne vais surtout pas faire de conclusion surtout que d'après Flaubert « la rage de vouloir conclure est une des manies les plus funestes et les plus stériles qui appartiennent à l'humanité ».

D'autant que je n'étais pas là au long de la journée.

Il est vrai, cependant, que Pierre Godart m'a adressé tout au long de la journée les présentations ou les textes des personnes qui sont intervenues.

### **Que dire sur la libre adhésion ?**

C'est une expression qui a un relent, un vieux fond très idéologique : il s'agit de privilégier à tous les coups la liberté d'expression au détriment du besoin.

C'est très pratique, ça ruisselle de bons sentiments, on est du côté du bien et ça permet d'aller tranquillement jusqu'à la retraite sans trop de soucis.

On ne prend pas de risques, on ne s'expose pas, mais personne ne peut vous faire de reproches.

Cependant, cette posture ne résiste pas à l'analyse.

Il existe des personnes qui ne peuvent s'exprimer<sup>1</sup> : les personnes qui sont dans le coma ou les personnes qui sont démentes par exemple.

La libre adhésion n'est pas non plus la règle en psychiatrie. Il y a les soins sans consentement...

Dans un autre domaine, le débat récent sur les vaccinations vient d'aboutir à l'extension du nombre de vaccins obligatoires pour le plus grand bien non seulement des personnes vaccinées mais de l'ensemble de la population.

La libre adhésion ne résout pas la question cruciale de ceux qui n'ont pas le capital culturel, psychologique ou sociale pour solliciter de l'aide. Ils ne peuvent rien nous demander, il nous reste à interpréter leur point de vue, interpréter le non-dit.

*On fait fi d'une réalité expérimentale : On ne désire vraiment que ce que l'on pense pouvoir atteindre : or la santé -comme la beauté- finit par disparaître de l'univers de certains : comment pourraient-ils la désirer ? Pour d'autres la maladie est devenue une sorte de statut : un moyen (le dernier ?) de s'assurer que d'autres manifestent de l'empathie à leur égard.*

Enfin, il y a une confusion qui est grave : on mélange la demande et le besoin. Cela peut avoir des conséquences extrêmement graves. On oublie les besoins fondamentaux des usagers (accès à la nourriture, à un abri, à la sécurité, à la santé, des revenus etc.) pour ne retenir que la question de la demande<sup>2</sup> ou plutôt de la « non-demande » en oubliant que si celle-ci a été présente et qu'elle s'est heurtée à l'absence de réponse, elle a fini par s'émousser et s'éteindre.

---

<sup>1</sup> Comme nous l'a très bien expliqué Sylvie Pandelé à propos des personnes souffrant de polyhandicap et qui sont prises en charge en MAS (note des organisateurs

<sup>2</sup> Comme cela a été très bien évoqué par le SAMSAH Les roses et Mme Doralice Joseph psychologue.

On crée la pire des sélections. La sélection par le volontariat.

Cette idéologie de la libre adhésion n'a pas de sens, mais la solution n'est pas idéologie inverse qui serait d'aller-vers chacun continuellement.

### **On pressent que la solution est en dehors de ces idéologies**

La solution n'est pas de rechercher le juste milieu qui est la pire des paresse intellectuelles, mais de rechercher des va-et-vient dans sa posture d'intervention en fonction d'un référentiel éthique.

C'est une pratique complexe.

« Aller-vers » ce n'est pas avoir du désir à la place de l'autre, c'est désirer que l'autre ait du désir, qu'il accède à son désir et que ce désir soit le sien.

«Aller-vers» c'est aller à la rencontre physiquement des personnes, c'est se mettre dans une disponibilité psychique. L'aller-vers est une métaphore qui englobe toutes les dimensions de la relation.

Il faut constater, en s'enthousiasmant, que les pouvoirs publics encouragent de plus en plus les démarches « d'aller-vers » :

- ⇒ Le secteur psychiatrique est une modalité historique de « l'aller-vers », mais son évolution nécessite de revenir aux valeurs initiales. C'est ce qui sera promu dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Il sera nécessaire que les soignants en psychiatrie, la composante médicale de la santé mentale, aille vers les autres acteurs et plus particulièrement les travailleurs sociaux.
- ⇒ Les équipes mobiles psychiatrie précarité ou le SAMU social sont par définition des équipes qui vont à la rencontre des personnes en situation précaire sur le plan psychique ou sur le plan social. Encore faut-il que ce ne soit pas des équipes qui évitent aux autres de rester à l'intérieur de leurs habitudes hospitalières.
- ⇒ Avec les PASS mobiles, nous sommes dans la même logique. Le concept de mobilité est appliqué aux soins somatiques sans droits ouverts ainsi qu'aux soins psychiatriques pour les personnes lorsqu'il s'agit d'une PASS en santé mentale.
- ⇒ Les SAVS et les SAMSAH ont également été créés pour qu'il y ait un certain nombre de personnes, des travailleurs sociaux ou des personnels soignants qui favorisent l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique.

Michel Laforcade

Cenon, le 8 janvier 2019