

DOSSIER COMPTE RENDU

27 ET 28 MAI 2010

Avec le soutien de



*Interreg efface Les frontières
Interreg doet grenzen vervagen*



Lille Métropole



Table des matières

Ce dossier reprend les divers éléments collectés lors de nos deux journées de travail dans le cadre des rencontre INTERREG sur l'accompagnement social en matière de logement des personnes en souffrance mentale

Concrètement, le 27 mai 2010 fut une journée de visites d'expérience (Hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu le matin en Belgique et une Maison Relais l'après-midi en France)

Le 28 mai 2010 a été l'occasion d'appréhender le rôle du travailleur social avec divers outils de travail et d'animation de groupes

COMPTE-RENDU DE LA VISITE A SAINT JEAN DE DIEU	3
COMPTE RENDU DE LA VISITE D'UNE MAISON RELAIS.....	9
REACTIONS DES PARTICIPANTS AU TERME DES VISITES	11
COMPTE RENDU DE L'ANIMATION SUR LA POSTURE DU TS.....	15
COMPTE RENDU SUR LES 'NOEUDS' RENCONTRES PAR LES TS	23

COMPTE-RENDU DE LA VISITE A SAINT JEAN DE DIEU

PRESENTATION DES STRUCTURES

La structure dans sa globalité propose plusieurs types d'accueil et de soins médicaux :

- L'hôpital Saint Jean de Dieu : L'hôpital travaille selon 4 axes : dépression – dépendance – troubles du comportement – troubles psycho-organiques (par exemple lors d'une revalidation neurologique). Il a 180 lits et fonctionne par admissions sur base volontaire. L'hôpital Saint Jean de Dieu est un lieu de passage, pas de résidence !
- Saint Charles : comprend 60 lits pour les patientes en désinsertion sociale ou proches de la mort. La durée est de 6 mois maximum, sur admission volontaire ou mise en observation. Travail en réseau avec un juge.
- La maison de l'Othée : il s'agit de 6 maisons unifamiliales (30 places résidentielles) avec un projet de vie centré sur l'extérieur. Il y a un critère d'admission en terme d'autonomie de la personne. Il y a un encadrement permanent et cela donne une bon taux de réussite en termes de réinsertion.
- HAPCIS : 2 maisons, avec un encadrement non permanent.
- Des maisons parents-enfants selon le concept de Françoise Dolto



La travail en partenariat est très important ici. Il existe un référent hospitalier pour assurer la continuité des soins. Dès l'admission de la personne, on travaille avec elle ce qu'elle fera à la sortie.

Le projet CONCERTHO est une bonne illustration de cette dimension partenariale. On travaille avec 'l'usager' où qu'il soit, y compris avec les personnes en échecs répétitifs. Le patient et sa famille sont au centre de l'action menée, l'hôpital devient alors un des partenaire de l'action. Ceci requiert une évolution culturelle au niveau des soignants.

Il existe également un service SPAD (Soins Psychologiques à Domicile), permettant de travailler avec le patient à son domicile. On s'éloigne ainsi de l'hospitalisme pour les

personnes en souffrance mentale. Sans doute les équipes mobiles de soins à domicile sont-elles une évolution probable dans les années à venir. Il faut pouvoir travailler à deux niveaux : celui des crises (1 mois) et celui de la durée. Les SPAD fonctionnent en coaching avec les aides à domicile. Cela signifie que peu à peu, les hôpitaux ne seront plus là que pour les soins 'intensifs'.

LA QUESTION DU LOGEMENT

Il faudrait pouvoir intensifier le travail partenarial avec les autres acteurs (culturel, monde du travail, logement,...). A l'heure actuelle, il est difficile de faire sortir les patients des murs de l'hôpital parce qu'on manque de logements. Il existe une expérience à ce sujet très intéressante à Lausanne (...).

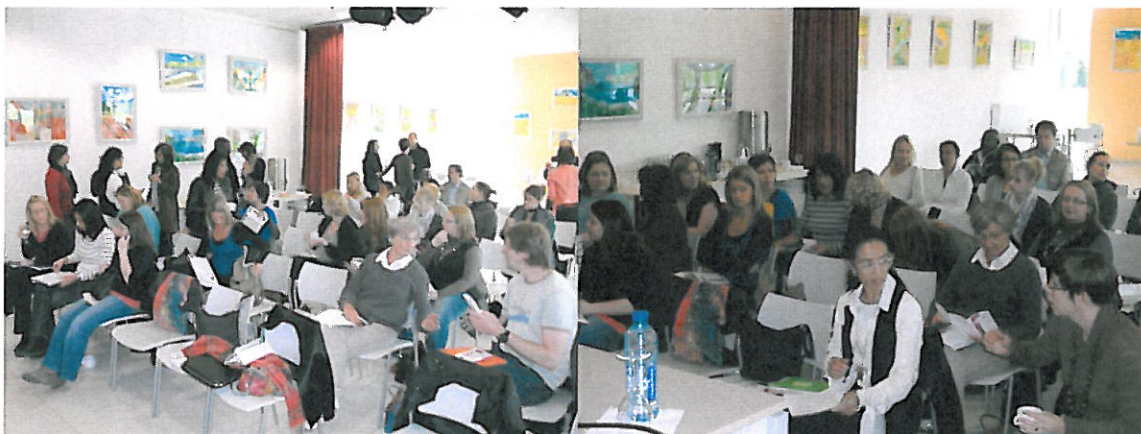
L'objectif est d'intégrer les habitats protégés dans le projet de vie des personnes.

QUESTIONS - REPONSES

Le TS a besoin de l'interdisciplinarité que l'on constate dans certains projets partenariaux car il doit pouvoir comprendre un minimum de la pathologie de la personne pour pouvoir l'accompagner efficacement.

Il semble qu'il existe encore trop peu de fonctionnement partenarial qui prenne en compte le lien avec les familles, qui se sentent isolées, essouffées.

Un intervenant socio-médical exprime l'idée que s'il n'existe pas de prise en compte de la réalité du contexte du patient (famille - logement - etc.), cela rend le travail de projet avec le patient au cours de son hospitalisation inefficace. En effet, au sortir de l'hôpital, le projet s'effondre devant la réalité non prise en compte.



LES HABITATIONS PROTEGEES

Dans une habitation protégée, la personne peut se poser, prendre le temps.

Il y a ici un médecin psychiatre responsable du médical qui collabore avec l'équipe encadrante. Il n'est pas le médecin des patients !!!

L'objectif et la volonté de ces personnes est de (re)trouver l'autonomie.

Il n'y a pas de présence 24H sur 24, mais 4 mi-temps qui passent quelques heures par jour. Le week-end, les personnes sont seules, mais ont un bib de garde.

Pour pouvoir y entrer, il y a des critères d'autonomie minimum requis.

Le constat est que la majorité de ces personnes se trouvent en situation financière précaire (beaucoup se trouvent au minimex, soit environ 800 euros par mois !). Comment dès lors leur trouver un logement à la sortie de l'habitat protégé ?

La procédure d'admission ? La personne potivée téléphone et rendez-vous est pris avec l'équipe encadrante. Un second rendez-vous permet le temps de la réflexion. S'il y a de la place, la personne viendra vivre un mois à l'essai, puis retournera une semaine dans le lieu où elle habitait. C'est le temps nécessaire pour elle et pour l'équipe encadrante de dresser le bilan, d'évaluer ce qui s'est passé. Si l'option est maintenue, il faut signer un contrat à durée indéterminée, avec un bilan tous les 6 mois.

Actuellement, on constate que les personnes y résident de 2 mois à 7/8 ans. Il existe un âge buttoir de 65 ans, ce qui pose des questions à l'équipe.

Les personnes signent un règlement d'ordre intérieur, avec l'obligation de suivre un programme thérapeutique décidé à l'hôpital. Elles doivent participer une fois par semaine à une réunion de la maison. Elles ne peuvent y amener de l'alcool. Peuvent s'y domicilier.

Légalement, ces personnes ont un statut d'isolés. Il n'y a pas de bail écrit et en cas de difficultés, il est possible de mettre la personne dehors du jour au lendemain.



QUESTIONS REPONSES

La question du bail et du domicile légal est soulevée : peut-on avoir un domicile légal dans un hôpital si on est SDF ? s'il s'agit d'un bail verbal à durée indéterminée, ne tombe-t-on pas sous le coup du bail à résidence principale ???

En France, il s'agit de titres (contrats) renouvelables tous les 6 mois.

Pour les personnes présentant un syndrome de Korsakov (troubles de mémoire), il faut mettre en place des stratégies (agenda, GSM,...)

Les personnes peuvent revenir en post-cure chaque semaine.



CRITERES D'AUTONOMIE EN HABITAT PROTEGE

Ici, les personnes doivent faire le choix d'une vie communautaire !

Critères d'autonomie :

- Repas chauds collectifs
- Autonomie pour l'entretien de son linge
- Relative autonomie pour la prise de médicaments
- Gestion relativement autonome de ses finances

Certains résidents travaillent par ailleurs (bénévolement ou non) ; on y retrouve des personnes âgées entre 30 et 65 ans.

Il y a une réunion de maison par semaine, avec le 'coach' qui est seul à gérer les problèmes. Il y a un planning des tâches collectives : chacun est responsable de sa chambre ; le nettoyage des collectifs.

Question budget, le loyer est payé sur le compte + 150 euros par mois dans une cagnotte pour la nourriture et les divers. Chaque semaine, un autre habitant est responsable du budget. Celui qui prépare les repas communs reçoit 5 euros par personne pour le repas chaud du jour.

Il y a une discussion hebdomadaire sur les plaisirs et difficultés de la semaine. Les décisions sont prises en collectif par les habitants.

Les 4 accompagnants doivent sonner quand ils veulent entrer ! On ne rentre jamais dans les chambres de ces personnes sans leur autorisation !

Nous n'avons pas de projet pour eux au départ, il faut chercher avec les personnes à savoir ce qui les anime encore.

Nous partons du principe que quand les personnes sont prêtes pour l'autonomie individuelle, elles font naturellement les démarches seules, sans aide.

Nous créons les conditions de l'autonomie, mais ce sont les personnes qui décident du moment où elles sont prêtes pour leur autonomie individuelle.

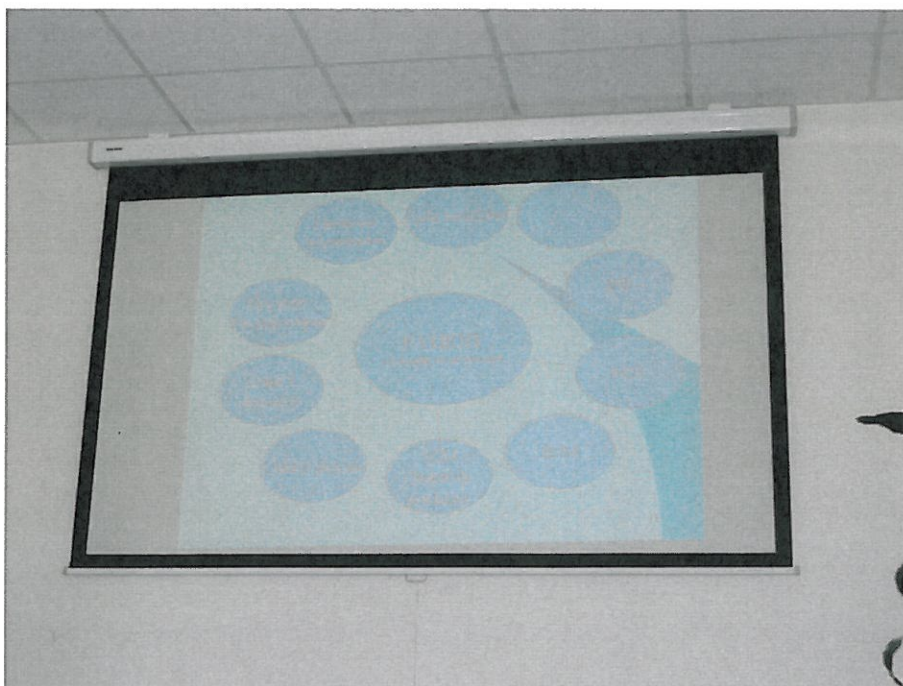
PROJET CONCERTHO

Les concertations que nous organisons ont pour but de créer du lien, de la cohérence et de la participation avec l'utilisateur qui participe aux réunions.

Au départ, il y a un référent hospitalier ayant 3 fonctions :

- une fonction micro autour de l'utilisateur en vue de sa sortie de l'hôpital
- une fonction médicoscopique, c'est-à-dire une culture de continuité des soins et du travail en réseau.
- Une fonction d'ouverture des professionnels vers l'extérieur.

Ce partenariat comprend un comité de pilotage qui gère les entrées et sorties des utilisateurs dans le projet. On invite en concertation toutes les personnes qui gravitent autour de l'utilisateur.



Et concrètement ?

Un professionnel contacte un responsable de CONCERTHO

Une première rencontre entre initiateur et professionnel + usager + professionnel
CONCERTHO

Inclusion avec les partenaires 'officiels'

Concertations s'organisent là où c'est le plus confortable pour tous

Une charte déontologique

Le bilan = une communication plus dynamique entre les usagers et leur entourage ; les gens se parlent ; les rôles de chacun sont réaffirmés.

"Il faut faire les choses telles qu'elles sont et non telles qu'elles devraient être" JM Lemaire

ROLE DE LA REFERENTE HOSPITALIERE

Elle est là pour garantir la continuité des soins.

Il y a eu le souhait que le référent soit extérieur aux équipes.

"En terme de dynamique logement, cela a été une onde de choc pour moi d'accompagner le patient au domicile de celui-ci, car la réalité de vie du patient n'était pas celle que j'avais imaginée..."

Il fallait faire venir cette réalité contextuée (logement – famille) DANS l'hôpital !

Cet accompagnement n'a de sens que s'il y a partage d'une part de notre humanité de part et d'autre. Aller dans le logement de l'autre, c'est entrer chez lui.

COMPTE RENDU DE LA VISITE D'UNE MAISON RELAIS

ORIGINES DU DISPOSITIF ET MODALITES PRATIQUES

Il s'agit des pensions de famille...

Il y a un contrat d'hébergement signé mensuellement par les résidents

Il existe un référent général.

Les personnes sont locataires de leur logement.

Si on doit mettre une personne à la porte, cela pose beaucoup de problèmes juridiques.

Il y a présence des familles, mais pas dans le dispositif.

L'hôte de maison est en contacts quotidiens avec les personnes et peut faire appel au référent. Il est présent de 8H à 17H en semaine. Il faut être AS diplômé car ce n'est pas facile à gérer !

Une Maison Relais signifie recevoir 16 € par personne et par jour, permettant aussi de payer un AS (financement DASS). Ce dispositif est souvent choisi car il est moins cher que les centres d'hébergement (60 euros par jour).

Ici, les gens sont assez éloignés de la ville. Une fois par semaine, l'hôte emmène les habitants à la ville pour aller faire leurs courses. Il y a aussi une gare à proximité.

En termes de soins, chaque jour un infirmier passe le matin.

Les éducateurs s'occupent de l'entretien de l'entrée et travaillent en équipe avec les AS.



ENTREES ET SORTIES

Critères d'entrées :

- entre 40 et 65 ans
- Maximum 10.500 € par an de revenu (si la personne dispose de plus, elle peut aller vivre en HLM). Aide APL possible.
- Etre atteint d'alzheimer ou être une personne qui a des besoins auxquels nous ne pouvons faire face est un critère de non-admission.

Le bail est 'durable', sans limite de temps et est reconduit tacitement chaque mois.

Il n'y a pas de période d'essai ni de rencontre préalable avec le groupe.

C'est le travail de l'AS qui réalise le diagnostic préalable qui importe.

Les sorties se font généralement vers le parc de logements publics. Il faut pour cela un simple document qui est à signer par le référent. Peu de gens reviennent ici après leur sortie.



GESTION DES COMMUNS

Toutes les Maisons Relais ne sont pas en version communautaire, celle-ci est plutôt en version individuelle.

Ici, ce sont les résidents qui s'occupent des espaces collectifs. Chacun a un espace jardin pour y faire ses cultures.

Nous fêtons en commun les anniversaires.

TURN OVER DES RESIDENTS

Il n'y a pas eu beaucoup de mouvements en 2 ans...

Il existe une liste d'attente.

Ce sont les référents sociaux qui envoient les demandeurs. On présente la personne en commission d'attribution (Mairie - CCAS - DASS) de manière anonyme. Mais aujourd'hui, les personnes peuvent aussi choisir de venir se présenter elles-mêmes.



REACTIONS DES PARTICIPANTS AU TERME DES VISITES

QUESTIONNAIRE DISTRIBUE EN FIN DE VISITES D'EXPERIENCES LE 27 MAI 2010

QUESTION 1 : SI ON PARLE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN MATIERE DE LOGEMENT EN AJOUTANT LA VARIABLE 'SANTE MENTALE', EST-CE QUE CELA CHANGE – MODIFIE – LES DEFINITIONS QUI VOUS ONT ETE PRESENTEES ?

A partir de quand la SM devient –elle problématique et quel est le seuil à partir duquel on en parle ?

Les personnes accompagnées étaient déjà avec des problèmes de SM lors du précédent INTERREG.

Il y a une reconnaissance d'une souffrance et ou d'angoisses, qui peut se nommer et être prise en considération dans l'accompagnement. Cela permet de mieux comprendre certains comportements que l'on qualifieraient de 'bizarre'.

Mieux orienter la personne

Informé si nécessaire l'entourage pour mieux intégrer la personne

Oui → la temporalité participe de l'accompagnement social : construction de nouveaux repères, d'une autonomie. La temporalité prend tout son SENS.

Oui → le réseau n'égalise pas le partenariat. Concertation avec la personne au centre, ainsi que sa famille etc.

La question de la santé mentale doit être prise en compte dans l'accompagnement social en matière de logement. En effet, il est important de la prendre en compte afin d'adapter au mieux le projet = logement individuel versus collectif.

Non, je ne trouve pas que cela change les définitions. J'attendrais néanmoins la définition du processus qui prend en compte les notions d'écoute, de temporalité, de motivation, et ceci en fonction des capacités physiques et mentales de la personne.

Je pense à la nécessité d'un partenariat solide et identifié de type 'Concertho', ce qui est à améliorer en France pour créer des ponts entre les acteurs de l'accompagnement social et ceux du médical + un travail relationnel vers l'environnement proche de la personne, voisins de quartier pour favoriser sa bonne insertion = un changement de regard des autres ...

Non, les définitions restent valables. Une dimension plus importante sera peut-être à porter à l'environnement, l'entourage, le partenariat, en fonction de la problématique de santé mentale.

Non

L'accompagnement social en matière de logement pour la personne atteinte d'une problématique liée à la SM devient un accompagnement spécifique. La définition doit comporter alors un aspect partenariat. Il nécessite un accompagnement basé sur un contrat d'engagement entre les partenaires spécialisés en SM et l'accompagnement en matière de logement.

Qui doit être accompagné ? Le travailleur social et les familles ?

Oui, cela change l'accompagnement car les difficultés ne sont pas les mêmes : notamment le déni lié à la maladie.

La posture d'aidant reste la même, la construction d'un partenariat particulier se pose néanmoins. La notion d'intrusion se pose ici.

Comment peut-on m'aider, me former pour accompagner au mieux les personnes atteintes de problématiques santé mentale ? (formation !)

Cela ne change en rien les définitions

QUESTION 2 : SI ON PARLE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN MATIERE DE LOGEMENT EN AJOUTANT LA VARIABLE 'SANTÉ MENTALE', QU'EST-CE QUI CHANGE EN TERMES DE SPECIFICITE DU TRAVAIL SOCIAL ?

L'attention plus précise sur la maladie même

Renforcement de l'attention par rapport à la médication

Intensification du réseau pour une cohérence et une qualité de travail

Négociation du temps, des repères et de la durée de l'accompagnement

Personnes ressources

Une connaissance des maladies mentales et ce que cela implique comme suivi

La spécificité porte essentiellement sur la capacité à développer le réseau, à accepter la diversité de la personne, mais aussi les diversités des partenaires du réseau

Etre en capacité de mettre en action ce réseau

Avoir une approche plaçant la personne au coeur de son action et plaçant le réseau dans cette approche.

Capacité de coordonner

Il sera nécessaire de clarifier pour le groupe les notions de partenariats et de réseau (qui sont différentes !)

Il sera nécessaire de prendre en compte cette donnée afin d'enclencher la mise en place d'un projet de vie avec la notion d'un travail partenarial avec le médecin psychiatre.

La variable 'santé mentale' accentue le besoin de travail en partenariat, en réseau, ainsi que la notion de logement adapté. Plus qu'un accompagnement logement de droit commun, c'est un accompagnement sur mesure qui prendra en compte nécessairement la problématique de santé mentale.

La nécessité de bien comprendre la fragilité de la personne atteinte de maladie mentale, de pouvoir penser sa problématique pour trouver un accompagnement et un logement dans lequel elle puisse s'épanouir. Il me semble que la typologie des logements alternatifs ou non peut encore être en réflexion ou en création. Il peut et doit y avoir une multitude de modes de logement à proposer et à développer.

Non cela ne change en rien les spécificités du travail social, à savoir d'accompagner la personne dans sa globalité. Cependant, se posent les limites des champs de compétences dans le domaine de la santé mentale.

Travail en réseau

Accompagnement spécifique selon la spécificité et les demandes des usagers

La formation ! ou la complémentarité des travailleurs sociaux selon leur champ d'action et leur cadre de travail. Le TS n'est ni un psychiatre ni un psychologue !

Les partenaires sont différentes, ne sont pas les mêmes. Importance du partenariat médical et social + les notions de sécurité.

La notion d'intrusion se pose alors.

Se pencher sur l'adaptation de la personne en logement autonome (ne pas mettre la personne en difficultés)

Question des partenariats et de l'échange d'infos utiles pour l'accompagnement de la personne.

Question de l'adaptation du TS à la pathologie de la personne afin de ne pas nuire à la relation.

Laisser le temps, d'autant plus dans ces cas de figure.

Toute personne atteinte de pathologies mentales doit être accompagnée de manière spécifique.

Prendre en compte cette spécificité pour mieux accompagner.

Ce qui change, c'est de mieux connaître les maladies mentales (nécessité de former les acteurs sociaux), afin de mieux répondre, plus adéquatement aux demandes et matières de logement.

CONCLUSIONS : A LA QUESTION CONCERNANT LA DEFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, ON REMARQUE QUE LES REPONSES SONT DIVERSES : OUI CELA CHANGE LES CHOSES POUR CERTAINS, MAIS NON POUR D'AUTRES. SI L'ON Y REGARDE DE PLUS PRES CE QUE CELA CHANGE, ON CONSTATERA QUE LA QUESTION DU RESEAU ET DU PARTENARIAT SONT DEVENUS DES INCONTOURNABLES POUR REUSSIR UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU LOGEMENT AVEC CE TYPE DE PERSONNES.

A LA SECONDE QUESTION TENTANT D'AFFINER LA PREMIERE, ON DECOUVRE QUE DERRIERE CE PARTENARIAT OU CE RESEAU SE PROFILENT D'UNE PART L'ENTOURAGE DE CES PERSONNES, D'AUTRE PART DES LIENS A TISSER AVEC LE SECTEUR MEDICAL. ENFIN, ON SENT LE TS RELATIVEMENT DEMUNI FACE A CES PERSONNES PARCE QU'ILS ESTIMENT NE PAS NECESSAIREMENT AVOIR LES CLES POUR DECODER LE PROBLEME, VOIRE POUR REMEDIER. LA FORMATION EST DONC PLUS QU'INDISPENSABLE POUR POUVOIR REALISER UN TRAVAIL DE QUALITE.

COMPTE RENDU DE L'ANIMATION SUR LA POSTURE DU TS

Des travaux de sous-groupes ont eu lieu pour définir quelles attitudes adopter pour un travailleur social qui pratique l'accompagnement social en matière de logement,

selon **4 cas de figure** :



1. Il sait que la personne est en SM et la personne connaît sa situation
2. Il sait que la personne est en SM, mais la personne ignore sa situation
3. Il ignore que la personne est en SM alors que celle-ci connaît sa situation
4. Tant le TS que la personne ignorent qu'il existe un problème de SM

(SM = Souffrance Mentale)



Voici le debriefing des 4 ateliers ainsi qu'une synthèse proposant de définir plus concrètement la spécificité du travail social en matière de logement avec des personnes en souffrance mentale.

GROUPE A

Le travailleur : Connue	Le travailleur : Inconnue
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi ? • Partenaires ? • Représentation ? Ressentis ? • Logement adapté ? <p>Solution en interne Solution en externe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos compétences • Temps disponible • Respect du droit au logement, de la personne (désirs) entourage <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Réticences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire confiance à son ressenti/ infos (ses propos) observation • Travailler son réseau et la confiance entre travailleurs • Travailler en équipe • Des personnes ressources... • Respect/ information
La personne : Connue	La personne : Inconnue
<p style="text-align: center;">RESPECT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources/ réseau • <u>Sécurité</u> • Accusé réception • Utiliser le cadre 	<p style="text-align: center;">RESPECT</p> <p style="text-align: center;">1 jour ça <u>se voit</u> !</p> <div style="text-align: center;">  </div>

GROUPE B

Δ Posture de sauveur

Δ Cadre légal à respecter

Δ Notion de temps et de rythme (l'utilisateur doit être prêt) + Contingence budgétaire / frustration / charge de travail / durée

Δ Mettre en place la confiance

Δ Importance de l'information / portage / mettre en commun / ne pas être seul

		Travailleur Social	
		Connu	Inconnu
U S A G E R	C O N N U	<p>- Dialogue/Échange = pouvoir en parler ouvertement</p> <p>- Faciliter la prise en compte – adaptation du logement et des procédures</p> <p>- Relation de confiance / Collaboration à installer</p> <p style="text-align: right;">idem ←↔</p> <p>- Demander à prendre contact santé => mise en place d'un partenariat</p> <p>- Démarche empathique</p> <p>- <u>Prise en compte de l'environnement</u></p> <p>- Si refus de soin : le TS doit accepter le choix – trouver des alternatives</p> <p style="text-align: center;">Démarche de soin = procédure à mettre en place</p>	<p>- Réajustement</p> <p>- Mise en place d'un partenariat => trouver des alternatives</p> <p>- Le TS doit pouvoir demander ce qui ne va pas – attentes => démarche empathique</p> <p>- Passer de la bienveillance à la maltraitance = Conséquences négatives et involontaires / maladresse / bouleversement</p> <p>- Δ Intervention en cas de danger</p> <p style="text-align: center;">idem</p>
	I N C O N N U	<p>- Dialogue => prise de connaissance, faire prendre conscience</p> <p>- <u>Réajustement</u></p> <p>- Prendre en compte le problème pour se protéger</p> <p>- <u>Partenariat = prise en considération de l'environnement proche</u></p> <p>- Trouver des alternatives</p> <p>- Se baser sur le concept : histoire personnelle / état du logement</p> <p>- Δ Danger de la stigmatisation</p>	<p>- Réajustement => lorsque le TS se rend compte</p> <p>- Que faire ? Comment vérifier (partenariat) ? Gérer les impressions / sentiments ? Comment savoir ?</p> <p>- Prise en compte de l'environnement</p> <p>- Ne pas faire de diagnostic / chacun à sa place</p> <p>- Δ Danger de la stigmatisation / Secret professionnel à respecter en cas de danger</p>

=> Tous est possible dans la limite des possibles

- Comment le mettre en place ?
- Quels sont les moyens à disposition
- Financement / durée ?
- Travailler avec la notion d'échec / d'erreur

GROUPE C

Le travailleur : Connue	Le travailleur : Inconnue
<ul style="list-style-type: none"> • Tout le monde sait que l'autre sait • Dédramatiser/expliquer aux voisins en accord • Plus évident • Comment faire si la personne refuse le travaille en réseau ? • Recherche de part un point de vue médical, info des structures • Choix de l'orientation (individuelle, collective, communautaire) • Adaptation du TS • Parfois plus facile de travailler quand on ne sait pas ou fait comme si on ne savait pas en que TS • Le passé n'est pas toujours utile • Permet de mettre un cadre de sécurité • La confiance aide à la connaissance • Influe sur le comportement du TS 	<ul style="list-style-type: none"> • Lien se fait par la personne et sa famille ent et le social et le médical • Souvent quand on est en AMONT • On s'en rend quand la personne est DANS • Permet de mettre un cadre de sécurité • Logement inadapté • Entretien mené par les personnes
La personne : Connue	La personne : Inconnue
<ul style="list-style-type: none"> • Plus difficile, comment aborder la question • Adaptation du TS • Le travaille prend du temps quand la personne n'en est pas conscience • Pas toujours possible de prendre conscience, quand c'est neurologique par exemple. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'échec • Logement inadapté • Risque de danger pour la personne et son entourage

GROUPE D

△ Cela dépend de la pathologie

△ Parfois les personnes ont des pathologies, mais aucun problème de logement

△ Ce qui est considéré comme 'grave' pour le TS ne l'est pas forcément pour la personne

!!! Le groupe s'est posé dans une hypothèse de premier entretien !!!

La personne en SM connaît sa situation,

Le TS tantôt OUI, tantôt NON

TS et personne en SM connaissent la situation

En synthèse :

Cette situation permet d'aborder ou non certains sujets plus facilement (comme les questions de soins ou de médicaments). L'adaptation ici et maintenant est plus aisée. Les limites sont ainsi plus faciles à définir ainsi que les nécessités de protection pour les 2 parties (les aménagements et postures de protection sont possibles). Cela permet de poser la question de savoir ce que la personne attend exactement de nous.

2 Petits bémols : la personne peut savoir tout en étant dans le déni ou la personne peut ainsi plus facilement manipuler le TS.

Autres idées du groupe :

- permet de déceler le comportement rapidement
- posture adéquate puisque qu'on connaît cette personne : on ne rentre pas dans son 'jeu' et on peut plus facilement la faire bouger.
- Cela permet de faire référence à ce que la personne a déjà expérimenté ; utiliser son vécu sans méfiance ou éviter de l'aborder, selon la pathologie.

- On peut parler de maladie mentale sans mettre le TS en danger, aborder la question du traitement médicamenteux ainsi que le suivi, y compris avec les professionnels de ces maladies.
- Attention que reconnaître sa maladie ne signifie pas forcément être capable d'aborder facilement la question des soins et des médicaments.
- C'est justement parce que c'est connu qu'on sait si oui ou non on peut aborder ces questions.
- Si la personne en SM connaît mes limites de TS, cela peut s'avérer positif ou négatif si cette personne est manipulatrice. La personne en SM peut alors se sentir maître du jeu ou de la relation.

TS ignore la situation tandis que la personne en SM la connaît

En synthèse :

Deux constats ou conseils : il faut toujours être dans l'observation non verbale et rester vigilants face à ses propres réactions quand la personne nous annonce ses difficultés de SM.

On relève quatre démarches à effectuer en tant que TS : 1° Il faut s'informer en amont du premier

entretien auprès des partenaires (importance de regrouper les informations !) - 2° il faut réaliser une grille d'entretien permettant aussi de s'informer sur le parcours logement - 3° En cas d'hébergement d'urgence et même en cas de déni ou de mensonges, la réalité se révèle via l'hébergement d'urgence - 4° Pour les autres types de logement, il faut être attentif à ne pas mettre en danger les choix de logement de cette personne ET agir seulement si le comportement est dérangeant ou dangereux.

Autres idées du groupe :

- Attention que l'on peut se situer dans un cas de secret médical ou

que la famille peut vouloir cacher la réalité.

- Cela pose question sur nous/projet autour du logement proposé.
- La personne a toujours un parcours qui permet de la rattacher à un problème. Il existe toujours une porte d'entrée.
- Il faut accepter qu'il y ait des ratés !
- Les partenaires ne disent pas toujours tout
- Il ne faut pas accepter les gens si l'on sent que l'on va à l'échec.

La personne en SM ne connaît sa situation,

Le TS tantôt OUI, tantôt NON

Le TS connaît la situation, mais la personne en SM l'ignore

En synthèse :

La question-clé est de savoir s'il faut ou non amener la personne à prendre conscience de sa pathologie. Ce serait une attitude 'casse-gueule' pour le TS.

D'où 3 pistes de réponse sont proposées : 1° On amène la personne à verbaliser et on 'surfe' uniquement sur ce qu'elle aura dit au TS - 2° Utiliser la technique du diagnostic partagé, c'est-à-dire en réunion partenariale à laquelle la personne pourrait (facultatif) participer (// contrat

d'engagement signé entre partenaires) - 3° L'objectif n'est pas de faire prendre conscience à la personne de ses difficultés liées aux problèmes de SM, mais bien de rester dans son rôle de TS en lui indiquant ce qui dans son comportement pose problème, en lui rappelant la 'norme' comportementale au niveau du logement.

Ce dernier point est TRES IMPORTANT : le TS est responsable civilement et doit faire usage du cadre légal et des limites fixées (par exemple pas de dégradation du logement) pour un accompagnement en matière de logement !!!!

Autres idées du groupe :

- Selon les TS et leur réalité de terrain, il faut ou non dire à la personne sa pathologie. Par ex, pour certains, je lui dis uniquement ce qui est écrit sur le papier.
- A contrario, s'il est important de savoir, il est aussi important de pouvoir se faire sa propre idée pour éviter les 'étiquettes' qui de plus ne sont pas toujours correctes.
- Tout travailleur social doit être accompagné par ses partenaires dans sa mission
- Adopter une attitude de communication non verbale permettra de s'adapter rapidement lors de la rencontre.
- Ce qui s'avère 'grave' pour nous peut ne pas le paraître pour la personne en SM.

Ni le TS ni la personne en SM ne connaissent la situation lors du premier entretien

En synthèse :

Cela montre l'importance d'une bonne formation / expérience préalables du TS afin d'apprendre à déceler les problèmes !

Les outils seraient les mêmes que dans les autres cas de figure, seul le facteur temps est plus déterminant.

Enfin, positivement, on estime que la situation peut être plus facile car on évitera certaines situations de type manipulation ... mais les risques sont aussi plus importants tant pour le TS que pour la personne en SM.



EN GUIDE DE SYNTHÈSE

QUELQUES ÉLÉMENTS DE SPÉCIFICITÉ DU TRAVAIL SOCIAL EN MATIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE MENTALE

En conclusion, le groupe a pris la mesure des divers cas de figure en proposant pour chacun des pistes de solutions concrètes. On retiendra, par rapport à **la spécificité du TS en matière de logement avec des personnes en SM** :

1° Que la question des zones d'ombre se pose de manière plus spécifique, soit que le problème de SM ne soit pas connu par tous ou certains des acteurs, soit que volontairement certains de ceux-ci (personne en SM – famille – partenaires) désirent cacher au TS la situation pour diverses raisons.

2° Que les questions de 'risques' tant pour le TS que pour la personne en SM se posent de manière plus aiguë dans les problématiques de personne en SM. Cela implique des stratégies comportementales et d'organisation des lieux pour diminuer ces risques (objectifs ou subjectifs) pour les deux parties.

3° Qu'il y a des notions-clés à prendre en compte lorsque l'on travaille avec des personnes en SM : celle de danger dû à la stigmatisation ou l'étiquetage de ces personnes ; celle d'échec (ou d'échec relatif) et enfin celle de réajustement dans la durée.

4° Que les modalités de premier entretien sont à définir très concrètement afin de mettre tous les atouts de son côté pour un accompagnement social au logement réussi (grille d'entretien ; contacts préalables avec les partenaires ; formations sur les problèmes spécifiques des personnes en SM ; décodage du non verbal ; ...)

5° Le rôle du TS qui pratique l'accompagnement social en matière de logement a été redéfini face aux personnes en SM, notamment quant à la question de l'aide à la prise de conscience d'une problématique de SM. Si les avis divergent selon les cas de figure sur l'aspect 'conscientisation', il y a unanimité sur le fait que le rôle du TS est avant tout de créer les conditions pour une bonne appropriation du logement et, dès lors, être aussi légalement un rappel de la norme d'usage du logement (entretien intérieur – règles de bon voisinage). Ceci est d'autant plus important que la question de la norme peut s'avérer pour certaines personnes en SM fondamentalement différente : *"ce qui est grave pour moi, TS, ne l'est pas forcément pour la personne en SM"*.

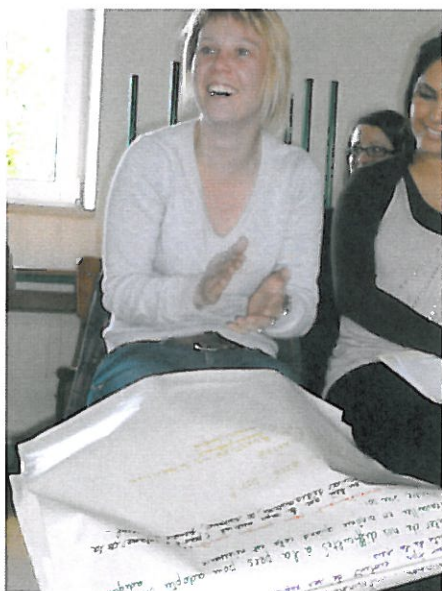
6° Que le mode de fonctionnement en réseau et en partenariat est totalement incontournable lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes en souffrance mentale. Il y a des partenariats de travail indispensables comme les interrelations entre médical et social ainsi que le travail en réseau à créer autour de la personne, comprenant également amis et familles.

COMPTE RENDU SUR LES 'NOEUDS' RENCONTRES PAR LES TS

APPROFONDISSEMENTS DES PROBLEMATIQUES OU 'NOEUDS' RENCONTRES PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL QUI REALISE UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN MATIERE DE LOGEMENT AVEC DES PERSONNES EN SOUFFRANCE MENTALE

(résultats de l'exercice du 28 mai après-midi)

Consigne : Par petits groupes (3 à 4 personnes), lire la phrase située en haut de la feuille et donner l'état de sa réflexion. Ensuite, énoncer ce qui vous paraît les éléments principaux de la réflexion des divers groupes. (outil d'animation = cadavre exquis)



1. AUTONOMIE : Comment identifier les facultés d'autonomie de l'utilisateur ? Comment placer dès lors l'utilisateur comme acteur ?

- Recueil d'informations lors de l'entretien (histoire de vie, parcours).
- 1) Observation de la réalité de terrain (capacités acquises, perdues, enfouies).
- Acteur au centre de ses capacités – « Avancer par paliers ... Respecter rythme, temporalité. » L'aider à développer son réseau s'il en a un.
- Savoir mesurer les capacités / savoir-faire de l'utilisateur à l'aide d'outils (grille d'évaluation ... repères clés).
- Amener l'utilisateur à créer son projet et donc des objectifs en lien avec ses capacités ---) ce qui va permettre de la valoriser ---) de le rendre encore plus acteur.
- (1) Prendre le temps de l'observation (accepter l'échec pour mieux rebondir)
A travers des actions collectives, encadrées et soutenues, cibler les compétences et difficultés individuelles, pour une remédiation individuelle progressive et positive et une prise de conscience.
- La personne devient « autonome » à partir du moment où elle est en capacité de solliciter les « bons » professionnels, et à partir du moment où les rencontres deviennent espacées ---) l'important est de transmettre son réseau.
- Interpellation du service par l'utilisateur.
- Première prise de contact (capacité d'expression, posture ...).
- Premières démarches entreprises par l'utilisateur par rapport aux objectifs fixés entre l'utilisateur et le travailleur social.
- Lui laisser la parole / le choix / le temps de faire.
- 3) Valoriser les compétences de l'utilisateur.
- 2) Le travailleur social laisse prendre les initiatives, encourage et 3)bis s'efface petit à petit tout en lui laissant un réseau.
- Ne pas faire à la place de ... l'amener à aller vers ...
- Comment lui se situe dans l'accompagnement, le projet de vie, ...
- Construire un PROJET ZND.
- Laisser le droit à l'erreur et à définir sa demande.
- Utilisation d'outils d'évaluation (exemple du handicap)
d'observation (grille)
- Ne pas identifier mais expérimenter.
- Se constituer son propre réseau.
- Évaluer la « lucidité », la prise de conscience de sa propre responsabilité dans son vécu.
- Identifier les points forts et les points faibles avec la personne.

EN SYNTHÈSE : un critère d'autonomie est énoncé, à savoir « la personne doit être considérée comme autonome à partir du moment où elle est en capacité de solliciter les 'bons' professionnels et à partir du moment où les rencontres deviennent espacées ». Quelques conseils de professionnels pour y arriver : 1° prendre un temps d'observation de la réalité de terrain de la personne – 2° la valoriser et l'encourager – 3° développer des méthodes permettant d'évaluer la 'lucidité' de la personne à prendre conscience de ce qu'elle vit.

2. STABILITE DE L'INVESTISSEMENT : Comment gérer / accompagner les difficultés de projection dans le temps, l'irrégularité de l'accompagnement (due entre autres aux périodes de crise) ?

- En s'appuyant sur le réseau de la personne (partenariats, famille, amis ...)
- Respecter le rythme de la « personne »
- Clarifier le « CADRE »
- Importance de la « supervision », (échanges) soutien de l'accompagnant
- Accepter stagnation / pause (ne pas foncer tête baissée)
- Le professionnel puisse en parler en équipe (prendre du recul et avis partagé)
- Rester présent et vigilant à la situation
- Travailler avec la personne (« faire avec ») : « grands moyens petits objectifs »
- Laisser murir
- Travailler la crise dans les périodes de non-crise et apprendre le lâcher-prise
- Le laisser prendre du recul en lui donnant l'opportunité de revenir vers nous tout en respectant notre cadre d'intervention
- Tout dépend de la personne
- Accepter les difficultés de projection dans le temps
- Respecter les limites de la personne
- Mise à « disposition » du travailleur social – laisser sa « porte ouverte » pour respecter et accepter le rythme de la personne
- Faire preuve de bienveillance en acceptant les choix de la personne
- Se projeter c'est avoir le désir de ... et la plaisir à ...

Comment ?

→ difficultés (accepter murir, limites, rythmes, recul)

→ revenir

EN SYNTHÈSE : deux grandes réflexions face à la question de la stabilité dans l'investissement : primo, en ce qui concerne les relations avec la personne en SM et secundo en ce qui concerne les modalités de travail du TS. Pour ce qui est de la relation avec la personne en SM, il est conseillé de s'adapter aux rythmes de la personne, d'accepter les temps de stagnation, voire de profiter des temps de 'non-crise' pour avancer. Pour ce qui est des modalités de fonctionnement du TS, on souligne toute l'importance d'une bonne supervision ainsi que de faire respecter le cadre et les limites de l'intervention.



3. TRUCS ET ASTUCES : Que faire en cas de cessation de paiement, mauvais entretien, problèmes de voisinage ?

- Echange sur les différents constats → compréhension des difficultés.
- Contacts avec les partenaires si besoin.
- Rappel des conséquences.
- Échanges
- Rappel à la norme.
- Évaluation de la situation.
- Proposition d'un accompagnement.
 - Inversion des rôles (ex : « si vous étiez à la place de... »)
 - Rencontre avec le bailleur
 - Proposer une aide ménagère
 - Mettre en place un plan d'apurement
- Pourquoi ces désagréments ? (logement adapté aux moyens financiers ?, accidents de la vie ?, divergences de personnes / au voisinage ? ...)
- Qu'est-ce que la personne peut ou sait mettre en place pour enrayer la situation ? Peut-on être aidant ? Partenaires ?
- Rentrer en contact ; dialoguer.
- Faire avec ... Educatif, éducation, apprentissage ...
- Rappel des droits et devoirs des locataires et du propriétaire.
Différentes solutions : organiser réunions avec les différents locataires pour informer / consulter / former sur l'objet de la difficulté : économie d'énergie, médiation sur les relations de voisinage ... Toujours pour rendre les usagers acteurs.
- Cibler les pré-critères dès le départ, évaluer régulièrement avec la personne et le réseau.
- Activer ses demandes avec la personne. Etablir des petits objectifs et s'y fixer. Pointer la progression. Contrat d'objectif négocié avec la personne.
- Comprendre ce qui conduit à l'impayé (problèmes sous-jacents ; médicaux ; familiaux ; mal être ; culturel ; et donc d'abord travailler les raisons sous-jacents)
→ notamment fragilité mentale → victimes de réseaux ou de personnes malveillantes.
Trouver des béquilles (FSL, tutelle) / Partenaires / Loi / Droit & devoirs locataires et propriétaires. Dialoguer, faire appel au médiateur, rappeler le cadre légal et les devoirs.
- Pourquoi + de paiements ? (dépenses imprévues, accidents de la vie, diminution des ressources ...). Comment résoudre le problème ? → capacités de l'usager à reprendre les paiements (ex : plan d'apurement et/ou FSL maintien). Entretien : problèmes de santé (aide ménagère : TISF)
- Problème de voisinage : réunion de locataires / médiation / activités communes pour renouer le lien.
- Projet logement en adéquation avec leurs souhaits / leurs parcours / culture / et une compréhension plus large de leurs difficultés
- Mesures de protections (tutelles, administration de biens ...)
- Atelier collectifs / Découverte d'autres formes d'entretien / d'habitation / de modes d'habiter ...
- Adéquation / respect des obligations d'un locataire par rapport à ses valeurs, ses normes

- Logements salubres / décents ...
- Processus d'exclusion pour aller vers une reconstruction.

EN SYNTHÈSE : Clairement, deux voies se dessinent pour intervenir en cas de problèmes de logement. D'une part une voie plus 'psycho-sociale' tentant de comprendre ce qui conduit à l'impayé ou les difficultés de voisinage. Cette voie privilégie la posture d'intervenant social qui met la personne accompagnée au centre des problèmes, avec un volet 'éducatif', la personne étant considérée comme pouvant être 'victime' de ses problèmes de SM, étant parfois entourée de personnes malveillantes. Le TS a alors à trouver les 'béquilles' adéquates pour que la situation redevienne 'normale'. D'autre part une voie plus 'cadre légal' où le TS se fait l'écho de la norme légale en matière d'entretien du logement ou de rapports de bons voisinages. La pose de limites claires permettant à certaines personnes en SM de pouvoir mieux agir.



4. GESTION DU DANGER : Comment identifier les situations de danger ? Quelles protections puis-je mettre en place pour moi ?

- Lors d'un acte agressif.
- Evaluer le danger selon le lien.
- Prise en compte d'un passif (histoires et réseaux)
- L'échange avec partenaires ou collègues (environnement)
- Le cadre, l'équipe, environnement, la direction, la formation, la loi ...
- Passage de relais.
- Verbaliser, échanger avec l'agresseur – supervisions.
- Identification → observation du comportement (les faits, l'attitude, les discours et ressentis)
Protections → ne pas rester ou (dans le cas contraire) avoir un discours apaisant, intervenir à plusieurs (partenaires ou membres de l'équipe)
 - déplacer le lieu de rencontre (dans la structure)
 - technique de communication (se centrer sur l'autre et exprimer ce que l'on ressent)
 - ne pas se précipiter → ne pas prendre de décisions dans l'urgence
- Mettre des mots sur un ressentis, sur des émotions.
- Etre dans l'empathie (écoute, contact, contenance...)
- Garder la distance physique pour se sentir en sécurité.
- Ne pas intervenir seul.
- Prévenir un membre de l'équipe de la situation, du lien et du temps, si on intervient seul
- Vigilance ...
- Être « claire » avec les personnes.
- Ne pas prendre le danger de l'autre pour soi-même.
- Repérer vocabulaires, gestuelles, ... qui nous alertent
- Se protéger : signifier à la personne que son comportement nous interpelle → si possible calmer la situation. Si cela n'est pas possible, mettre fin à l'entretien. Alerter les partenaires ; familles ; voisins ... du danger pour la personne et l'entourage.
- S'avoir s'écarter. Accepter ses limites et son impossibilité.
- Mixité des équipes (hommes-femmes).
- Reconnaître ses limites.
- L'aménagement du bureau (issues de secours)
- Être en binôme pour les visites dans les logements où il risque d'y avoir danger.
- Appel à la justice (tj des réticences)
- Comment la direction gère ce problème
- Ne pas aller à la confrontation.
- Ne pas montrer ses émotions (sa peur)
- Analyse du comportement de la personne.
- Présence d'un collègue homme.
- Laisser la porte ouverte lors d'un entretien au bureau.
- Trouver des alternatives pour échapper au danger
 - 1) Analyse du comportement
 - 2) Ne pas être seul (binôme, direction ...-
 - 3) Échanges partenaires/collègues

EN SYNTHÈSE : Ce point demandait d'une part de relever ce qui pouvait nous alerter sur les situations de danger. Il semble qu'il soit conseillé de mettre en place des techniques de communication (y compris non verbales comme l'observation), voire s'informer avant le premier entretien auprès de partenaires si la personne en SM a déjà un certain parcours de vie.

D'autre part, le point qui a retenu davantage l'attention des travailleurs sociaux est la question des modalités de sécurité à mettre en place. Ici, nous différencions la sécurité 'au bureau' qui doit se voir dans la disposition des lieux, les espaces de 'sortie' tant pour le TS que pour la personne en SM, les techniques de dialogue qui favorisent l'apaisement de la personne. Et la sécurité lors de visites à domicile où il est conseillé de ne pas se rendre seul, voire d'avoir des équipes mixtes, avec une présence masculine.

Enfin, il est rappelé qu'il ne faut pas prendre le danger de l'autre pour soi, qu'il faut tenter d'être le plus clair possible avec les personnes en SM et finalement qu'il faut parfois savoir s'écarter, accepter ses limites et son impossibilité à calmer la personne.



5. RESEAU ET PARTENARIAT : Comment créer des passerelles efficaces entre social-psychologique et médical ?

- Par des rencontres, des synthèses → entre professionnels du médical / social → toutes personnes qui interviennent dans l'accompagnement de la personne.
- Par des contacts réguliers (tel, mails, courriers ...)
- Prendre en compte la situation globale de la personne.
- Réunions de coordinations sociales (pratiques belges)
- Intervision (pratique françaises)
- Secret professionnel partagé.
- Formation / groupes de travail
- Évolution de la Loi et des orientations politiques
- Véritable échange. Chaque pilier (social – médical – psychologique) est important dans la prise en charge globale de l'utilisateur.
- Notion de temps et de moyens.
- Coordination ou personne ressource dans le secteur médico-psychologique qui sert de pont avec le social.
- Coordination croisée entre terrain et autorité (direction) ou convention de partenariat.
- Prendre le temps de connaître l'environnement → le rencontrer. L'état des lieux du réseau. Qui fait quoi ? Qui est qui ? Comment ?
- Avoir dans chaque service / structure, une personne référente.
- Mettre en place un contrat d'objectifs entre différents partenaires et la personne (éclairer les rôles de chacun ; qui fait quoi)
- Mise en place d'un coordinateur de réseau (évite la perte d'informations)
- Intégrer « la culture du réseau » dans la formation « sociale-médicale-psychologique ».
- Formation commune à différents corps de métier (travailleur social – médecin ...) sous forme divers.
- Se faire connaître auprès des autres institutions et services → rafraichir régulièrement cette connaissance.
- Lecture à plusieurs des textes légaux.
- Nécessité d'un « pilote » qui coordonne le partenariat (cf. concerto)
- PV écrit avec les responsabilités de chacun.
- Favoriser les « Intervisions » – les réunions partenariales → confiance.

- I. Intensifier les rencontres
→ Formations/Intervision → Secret professionnel partagé.
- II. Établir une cartographie du réseau – « qui fait quoi » - cadre moyens
...
- III. Cf. « concerto » coordinateur de réseau.

EN SYNTHÈSE: D'emblée il semble que chaque pays ait son mode de fonctionnement: les intervisions en France et les coordinations sociale en Belgique. De manière concrète, il semble que cela nécessite dans tous les cas de

figure la présence d'un coordinateur de réseau, quel que soit le nom qu'on lui donne. On peut ensuite ajouter des 'outils' ou 'modalités' de fonctionnement tels que le secret professionnel partagé - la convention de partenariat ou le contrat d'objectif entre différents partenaires.

Enfin, quelques idées 'originales' sont avancées afin de mieux travailler 'ensemble' : réaliser une cartographie de réseau, intégrer la 'culture de réseau' dans les formations des divers intervenants (socio-médico-psychologiques), créer des modules communs de formation aux divers intervenants (socio-medico-psychologique), travailler ensemble sur les textes légaux...



6. TRAVAIL SUR SOI : Qu'est-ce que je mets en œuvre en moi pour mettre à distance mes représentations (face à la maladie mentale)

- Mes peurs / mes croyances / me préjugés / mon histoire
- Mes certitudes
- Je m'informe et me forme avec les autres institutions, à l'extérieur de l'institution (avec un professionnel de la santé)
- Je ne suis ni psy, ni médecin → je ne pose pas de diagnostic.
- État des lieux de ses ressentis / ses représentations. Remise en question de sa pratique.
- En parler en réunion d'équipe / avec sa direction pour partager ses sentiments / ressentis.
- Connaître ses limites (se faire superviser, individuellement ou collectivement, pour mieux avancer – être plus performant dans l'accompagnement)
- Empathie.
- Accepter de ne pas pouvoir accompagner (conscience de ses limites), et pouvoir l'exprimer au sein de l'institution
- Échange avec partenaires (social – médical), réseaux, institutions.
- Accepter une évolution (développement personnel) dans ses représentations → notion de temps.
- Bien se connaître.
- Mettre à distance c'est déjà prendre en compte.
- Supervision – Intervision.
- Facteur temps : évolution de ses représentations.
- Écoute de la personne.
- Parler de nos difficultés à la personne pour adopter un comportement adéquat.
- Travailler en binôme quand cela est nécessaire.
- Prendre sur soi.
- S'entourer correctement pour pouvoir parler ...
- Savoir se mettre en lien avec le corps médical (pour être plus informé de la « maladie ») pour pouvoir dédramatiser, se rassurer, prendre du recul...
- Tout et si bien dit !
 1. Respect – Empathie
 2. Se remettre en question ---) supervision
 3. Temporalité : accompagnant – accompagné

EN SYNTHÈSE : Un constat fort est posé ici à priori : en tant que TS, n'étant ni psy ni médecin, ce n'est donc pas à moi à poser un diagnostic ! Trois pistes concrètes sont avancées : 1° Pratiquer le respect de la différence et l'empathie avec la personne – 2° Se remettre en question via une supervision et/ou travailler en binôme – 3° Prendre en considération le facteur évolution temporelle de l'être humain dont les représentations évoluent au fil du temps ...

7. ACCUEIL D'URGENCE : Comment organiser l'accueil d'urgence pour les personnes en souffrance mentale ? Comment les accueillir dans l'urgence en tenant compte de cette spécificité ? Innover ?

- Présentation du lieu, du contexte, de l'accueillant, son fonctionnement → pour rassurer, apaiser, poser un cadre ; surtout prendre le temps.
- Travailler la « carte réseau » avec une personne référente.
- Revoir le contrat de bail à résidence principale.
- Faire un accueil chaleureux, mettre à l'aise la personne
- Ensuite présentation du dispositif et de l'équipe, en adaptant son discours.
- Faire une évaluation de la situation avec la personne pour l'orienter vers une structure adéquate si nécessaire
- Déterminer ce qu'est l'urgence et la souffrance mentale. Faire appel aux professionnels, spécialistes, partenaires ...
- Attitude empathique
- Ne pas laisser cette demande sans réponse : disponibilité.
- Passer le relais, accepter de ne plus pouvoir (au risque de se passer la « patate chaude » → personne orientée de lieu en lieu ...

Innover : lieu d'accueil pluridisciplinaire afin de répondre sans rendez-vous à toute demande (psy, adm., sociale, médicale ...)

Proposition de protocole « de réseau »

- Hospitalisation possible / sortie possible au traitement médicamenteux.
- Dès l'accueil, la personne serait rencontrée par un professionnel du domaine médical et un professionnel social → où en est-elle dans sa procédure de soin ? → pas besoin de répéter/réexpliquer sa situation
- Motif de la demande → pourquoi une urgence, pourquoi toi ?
- Trouver le lieu le plus adéquat (confronter le désir, le besoin et la disponibilité)
- S'appuyer sur l'entourage (chercher les ressources personnelles)
- Écouter la souffrance de l'autre / être flexible (se donner le temps) ou réorienter.
- Accueil d'urgence – santé mentale → compétences médicales
- Accueil par un professionnel de la santé et un professionnel social.

EN SYNTHÈSE : La question du premier contact est importante : il faut que cet accueil soit dans de bonnes conditions (chaleureux, temps nécessaire et suffisant). Ensuite, les acteurs de cet accueil doivent être pluridisciplinaires afin de pouvoir répondre sans rendez-vous à tout type de demande. Cela implique une équipe permanente composée de psy, administratif, intervenant social, intervenant médical, ... L'objectif est de pouvoir mettre en place un protocole 'réseau' à l'arrivée en urgence des personnes.

8. LE TYPE DE LOGEMENT : Quel type de logement [en lien avec un accompagnement social « innovant »] doit-on imaginer pour répondre / rencontrer les besoins des personnes en souffrance mentale ?

- Des « familles d'accueil » : une famille qui héberge / accueille une ou plusieurs personnes présentant une pathologie mentale. Chaque usager à sa chambre ; ... Moments « en famille ». Bénéficiaire d'une vie de famille.
- Habitat groupé / greffé pour une mixité discrète mais accompagnante : - aides – éducatif – relais différents – professionnels de la santé – écologique ...
- Mise en place d'un contrat d'engagement partenarial avec un « pilote » qui coordonne
- Développer les maisons relais avec une notion communautaire plus importante.
- Développer des maisons communautaires avec une certaine mixité du public (personnes atteintes de problèmes mentales soient accompagnés). Tout en veillant à la « compatibilité du public ». Avec un encadrement socio-éducatif. Mise en place d'activités communes (ex : jardiner)
- Logement individuel (produit adapté à la pathologie mentale) avec une équipe pluridisciplinaire. Apport thérapeutique.
- Petites structures hospitalières (revoir la question de la sectorisation)
- Retrouver des fonctionnements familiaux / communautaires, qui prennent en compte des « fous » au sein de la cellule familiale et de la société.
- Adapter un lieu en fonction de la problématique santé → plusieurs panels de produits adaptés. Lieu de ressourcement – afin de pouvoir souffler → en communauté religieuse ferme. Comme une alternative à une hospitalisation ou après hospitalisation. Un transit. En petits groupes, petites unités.
- Éviter les groupements.
- Favoriser la mixité, la diversité.
- Créer / développer un accompagnement spécialisé à domicile.

EN SYNTHÈSE : D'une part, nous avons essentiellement énoncé certains critères liés à cet habitat 'idéal' pour les personnes en souffrance mentale : un lieu où une vie de famille est possible ; un lieu permettant une mixité discrète mais accompagnante ; un habitat communautaire ou individuel selon ce qui convient le mieux aux personnes ; un lieu de ressourcement pour pouvoir souffler.

D'autre part, quelques formes de logement ont été proposées : l'habitat groupé, les maisons communautaires, les maisons relais, le logement individuel 'supervisé', la cellule pseudo-familiale, de petites structures hospitalières. Bref, l'important reste ici de diversifier les possibilités pour s'adapter aux divers besoins et souhaits des personnes en SM.

Partenaires et cofinanceurs

Partenaires franco-belges du projet INTERREG

« Pistes pour améliorer les pratiques d'accompagnement social en matière de logement »



Co-financeurs et Partenaires du projet INTERREG



Wallonie

PROJET MENE GRACE AUX FONDS FEDER DE L'UNION EUROPEENNE

*Interreg efface les frontières
Interreg doet grenzen vervagen*



Union européenne
Fonds Européen de Développement Régional
Europese Unie
Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling