

10^{ème} Conférence SMES Europe
Rome 23-25 janvier 2007
m.a.jour 3.01.2008

Communication pour les ateliers A2-Travail interdisciplinaire et en réseau et
A3-Rencontrer et aller à la rencontre (outreach).

ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SANS DOMICILE A PARIS. TRAVAIL EN RESEAU AVEC LE SMES

1-INTRODUCTION : cas exemplaire d'une personne sans domicile reçue par des bénévoles de l'Antenne Parisienne « PSD » du Secours Catholique.

Robert, qui dit être blessé au talon, a rencontré dans un des accueils de jour une bénévole du Secours Catholique, ancienne infirmière, pour un 1^{er} pansement **en mars 2006**. La bénévole découvre lors d'une 2^{ème} visite, une immense plaie couvrant les $\frac{3}{4}$ de la jambe nécessitant des soins lourds et longs qu'il refuse car il a peur de l'hôpital. Robert vient régulièrement à l'accueil de jour. Il y rencontre toutes les semaines une infirmière du SMES, d'abord avec un peu de réticence puis(à compléter). Les jours passent, la plaie de plus en plus infectée entraîne un risque croissant de nécrose. Il y a urgence. Mais Robert, qui est très méfiant, invoque un tas de raisons pour ne pas consulter à l'hôpital. Il faut beaucoup de temps pour le convaincre et finalement, Robert accepte d'aller voir l'association Médecins du Monde, non sans traîner les pieds, refus de prendre le métro, etc. Pansement, mais refus d'une biothérapie. Prescription malgré tout d'un générique qu'il ne prendra pas. Les jours passent, R disparaît puis réapparaît. Il accepte d'être emmené, cette fois-ci en voiture, à l'hôpital. Il est très difficile de le convaincre d'y prendre une douche mais il reçoit des soins. Il est aussi impossible d'avoir des éléments précis sur son identité, on lui aurait volé ses papiers, on va s'en servir contre lui etc. Nous avons un nom; mais nous devinons que ce n'est pas le bon etc. On piétine, Robert paraît très fatigué, amaigri. Jusqu'à **novembre 2007** où arrive à l'accueil une stagiaire infirmière du SMES, JEUNE, qui lui fait des pansements et lui propose une consultation à l'hôpital. Ils vont aux Urgences. Les 2 infirmières du SMES, en accord avec le médecin décident de l'amener de force à l'hôpital Sainte Anne. Il s'ensuivra une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) car il y a danger pour la vie de Robert. Amené à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, où il était bien connu mais en rupture de soins depuis 2 ans, il acceptera enfin d'être soigné. Il refuse de voir les 2 infirmières du SMES à l'origine de son hospitalisation mais la bénévole qui le suit lui rend visite toutes les semaines et finalement la méfiance de Robert s'est peu à peu calmée; nous connaissons sa vraie identité. Sa carte vitale a été récupérée et sa situation au regard de ses droits sociaux a pu être éclaircie. Il continue à être accompagné par la bénévole de l'antenne qui commence à préparer sa sortie de l'hôpital vers un hébergement approprié.

Mais pour aider Robert, il a fallu :

- Découvrir le vrai besoin de soins qui était le sien
- Vaincre sa méfiance devant toute forme d'intrusion dans son univers perçu comme un contrôle social ou médical et notamment vis-à-vis de l'infirmière du SMES.
- Convaincre Robert de demander à être soigné
- Arriver à rompre la barrière de l'anonymat et connaître l'état civil réel de Robert pour que celui-ci puisse faire valoir ses droits sociaux

-Reconstruire peu à peu un lien social par une relation durable et fidèle avec des bénévoles, qui ne sont pas des médecins, ni des assistantes sociales, ni des représentants de l'administration.

Et malgré tout, il a fallu quand même en arriver à intervenir quasiment de force pour que Robert « accepte » d'être soigné. (Voir avec Dr Mercuel, présent au moment de l'hospitalisation).

Ce cas parmi beaucoup d'autres illustre notre action en faveur des Personnes sans domicile et je souhaite maintenant parler de notre organisation et de notre travail en réseau avec le SMES.

2-L'action du Secours catholique à Paris pour les PSD :

On évalue en France à 100 000 le nombre des « Sans Domicile Fixe » auxquels il faut rajouter près de 200 000 personnes en habitat de fortune, en camping ou à l'hôtel. A Paris, ils sont très nombreux et nous avons beaucoup de citoyens des pays de l'est de l'Europe. . Il y a là des situations très diverses: une population essentiellement masculine pour les « clochards », mais aussi de plus en plus de jeunes, des familles avec des enfants, des chômeurs de longue durée, des émigrés etc.

Aujourd'hui je vous parlerai essentiellement de ce que nous faisons pour les gens « à la rue » très désocialisés qui ont rompu pour la plupart les ponts avec la société.

NOS MOYENS

1. Une antenne spécialisée pour les Personnes Sans Domicile : a été créée à PARIS il y a 15 ans. Elle compte 360 bénévoles, 60 équipes, 13 permanents salariés dont des responsables d'hébergement. : Il y a donc peu de salariés.

La rencontre des PSD a lieu sous 4 formes :

- Dans des lieux de vie où l'on est accueilli, qui permettent de se poser, de prendre un vrai petit déjeuner, un café, une douche, de laver son linge, d'échanger avec des bénévoles, qui écoutent, accompagnent, orientent. On peut aussi participer à des ateliers d'activités : terre, sport, informatique, cuisine, écriture, peinture etc.
- Des équipes mobiles de jour de 2 bénévoles qui font des rondes à pied à proximité des différents accueils pour aller à la rencontre des PSD pour soutenir, proposer des rencontres, créer un lien de confiance .
- Une équipe mobile de nuit en voiture de 4 personnes (2 hommes, 2 femmes) + un chauffeur
- Une équipe mobile chargée d'identifier les lieux « impossibles » : en bordure des boulevards périphériques, sous les ponts, dans les bois limitrophes etc.
- **Ses objectifs** sont de créer les conditions de la rencontre avec les personnes qui vivent dans la rue, pour proposer un « bagage d'amitié », offrir des temps de respiration (poser ses bagages), écouter, aider à retrouver confiance, proposer des rencontres dans la durée, et : agir avec la personne et non pas à sa place, l'accompagner pour mieux définir, en dehors de l'urgence, ses besoins réels en

travaillant avec les services sociaux, le secteur sanitaire et d'autres associations plus spécialisées (santé, logement..).

2. Créer une relation chaleureuse et durable, pour être en confiance

L'essentiel est de créer une relation vivante car chaleureuse et suivie dans la durée car la PSD est dans un environnement hostile où elle survit et qui développe chez elle un état d'esprit très particulier avec des compétences qui lui sont propres: la rue affecte en effet l'équilibre psychique et la santé, elle peut tuer lentement mais sûrement en générant des infections, des troubles digestifs, des pathologies neuropsychiatriques (dépressions, schizophrénies) et des addictions à l'alcool et à la drogue.

3. Accompagner, et orienter pour tenter de répondre aux besoins vitaux

Or la personne qui a été longtemps à la rue est dans un état psychologique particulier de défiance face à la société qu'elle fuit la plupart du temps. Toute proposition risque d'être ressentie comme une intrusion dans son mode de vie et une forme de contrôle social : qu'il s'agisse d'un psychiatre ou un d'autre médecin, d'une administration (tutelle ou curatelle) où même du fait de se voir affecter un lieu fixe de logement comme une chambre d'hôtel par exemple où elle se sent seule et sans motivation. Son horizon est dans le quotidien, tout son temps est absorbé par la lutte pour la vie, elle ne fait pas de projets, lui en proposer lui reste étranger. Il s'agit donc de lui faire redécouvrir autre chose d'autre que la rue. Il faut aussi la convaincre quand il est nécessaire de recevoir des soins, et pour cela, lui faire admettre de consulter à l'hôpital ou d'aller dans un Centre Médico-Psychologiques (soins ambulatoires). La présence dans nos accueils des infirmières du SMES est capitale pour aider les bénévoles dans ce travail. L'idéal, c'est d'arriver à ce que la personne fasse une demande d'elle-même puis en partant de ce qu'elle est et de ses acquis personnels (expérience professionnelle, diplômes, talents), de lui faire peu à peu retrouver le chemin de la cité, tout en respectant sa liberté, de reconstruire du lien social, de la remettre peu à peu dans la vie. Ceci représente un défi car la société qui se veut « performante » est hostile vis-à-vis de ceux qui en ont été exclus. Et les problèmes sont alors innombrables.

3-Pour être efficace on ne peut travailler qu'en partenariat et nous le faisons notamment avec le SMES:

Les difficultés rencontrées sur le plan de la santé mentale et de l'exclusion sociale, sur le terrain, et les réflexions menées, entre autres, dans le cadre du réseau SMES Europa, depuis 1992, puis un rapport transmis à la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS du Ministère de la Santé), ont débouché en 1999 sur la constitution d'équipes « **psychiatrie et précarité** », rattachées aux hôpitaux psychiatriques parisiens, et coordonnées par celle de l'hôpital Ste Anne.

Très peu nombreuses, elles sont constituées d'infirmier(e) s et/ou d'assistant(e) s sociaux (ales) et/ou de psychiatres et/ou de psychologues, à temps plein ou partiel. Les postes sont financés par la DASS. Les membres de ces équipes sont chargés d'animer un travail en réseau avec les associations qui luttent contre l'exclusion à Paris.

Leur mission est définie comme suit : « *favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation d'exclusion sociale* », en allant au devant de ces populations défavorisées. « *Les unités interviennent comme interface opérationnelle entre les secteurs de psychiatrie, la population et les institutions sociales dont les associations situées sur le territoire auquel elles sont rattachées* ».

Ainsi, dans chaque structure, dans chaque association rencontrée, les équipes font le pas de comprendre et de s'adapter au fonctionnement de l'institution. L'institution en retour apprend à mieux connaître la psychiatrie et le monde du soin.

Au Secours Catholique, nous participons à cette réflexion depuis le début. Agissant pour permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à leurs droits, nos équipes accueillent, écoutent, conseillent, orientent et accompagnent les gens, en priorité vers la vie dans la cité et l'accès à leurs droits sociaux.

Sur le plan de la santé, de la même manière, nous ne voulons pas proposer directement des soins ou un accueil spécialisé dans nos structures, mais favoriser l'accès à ces soins, quand cela est nécessaire.

Le partenariat avec les équipes SMES va donc dans ce sens. Nous les sollicitons pour nous aider à orienter les personnes vers le soin, mais aussi pour accompagner les équipes de bénévoles et de salariés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes sans domicile. Aussi, des assistant(e)s socio-éducatifs de ces équipes peuvent assurer, en lien avec nous, le suivi social lors d'une hospitalisation, d'une cure, etc.

Nos deux mondes se sont rencontrés petit à petit, d'abord par une expérience pilote avec un médecin qui a posé une base théorique, puis une action renouvelée sur les différents lieux d'accueil. Refusant de devenir des espaces institutionnalisés médicaux sociaux officiels – tels qu'ils existent aujourd'hui, nous ne pouvions nous permettre d'avoir des infirmier(e)s / psy dans nos accueils. Les infirmiers (es) sont donc venus totalement hors contexte institutionnel :

1. Dans un 1^{er} temps comme des accueillants « ordinaires », qui participent à toutes les étapes de l'accueil (premier accueil, service, écoute informelle),
2. Dans un second temps avec un rôle plus expert, en soutien des salariés et des bénévoles,
3. Dans un 3^{ème} temps pour faire le lien avec le secteur médical.
- 4.

Nous comprenons mieux les souffrances liées aux maladies psychologiques, les professionnels de santé médecins, infirmiers, comprennent mieux notre rôle (notamment le « pré-soin »). Nous familiarisant avec eux, nous découvrons la perplexité du monde psy et les psy découvraient les « malades » et les « souffrants » dans leur milieu « naturel ».

CONCRETEMENT AUJOURD'HUI :

Après quelques années d'expérience, nous pouvons énoncer 5 points qui constituent une base pour ce partenariat.

Ainsi, nous souhaitons que les infirmier(e)s qui viennent sur nos lieux d'accueil :

1-Se positionnent « comme des accueillants », dans la relation d'abord, sans cacher leur profession, ni pour autant l'afficher. Etre dans la salle, discuter avec les gens, écouter, être en position de « veille » et d'observation, aussi bien des personnes accueillies que des accueillants. Utiliser le service (petit déjeuner, café...) pour faire un travail d'orientation.

Favoriser le moment où la personne est dans la demande : l'infirmier(e) est connu(e) depuis longtemps et la personne souhaite être accompagnée.

« Comme un accueillant » **sauf que l'infirmier(e) fait partie d'un autre réseau**, a un œil averti, des compétences inhérentes au réseau médical. Ecouter les équipes à la réunion de fin d'accueil **lui permet, le cas échéant, de faire le lien avec ce réseau.**

Ils (elles) sont des professionnels du soin, mais qui s'inscrivent dans un cadre, celui du Secours Catholique. Ils (elles) ne viennent pas comme des personnes qui savent, mais pour une reconnaissance mutuelle.

2-Aident les accueillants à orienter des personnes vers le monde médical, sans nécessairement entrer dans l'institutionnel, qui risque de bloquer le soin, de rompre le lien. C'est-à-dire, surtout ne pas proposer de soin à l'intérieur du cadre du Secours Catholique, mais favoriser l'orientation et l'accompagnement vers ce soin en faisant le lien (hôpital, CMP, associations spécialisées...). Etre en soutien des accueillants, alerter sur une situation, faire des suggestions, mais pas d'orientation (genre hébergement). Informer a priori des démarches entreprises, les accueillants et le référent du lieu.

3-Soutiennent les accueillants dans leur travail d'accueil et d'accompagnement, en écoutant, rassurant, aidant à réfléchir sur les situations et à prendre du recul, à se poser des questions pertinentes en réunion. Il est souhaitable que les infirmier(e) s participent régulièrement au forum santé mentale du 11bis.

4-Aident les équipes à formaliser des partenariats avec les CMP locaux, les hôpitaux, les structures spécialisées, en utilisant le réseau dans lequel ils (elles) s'inscrivent : entrer en contact, apprendre à se connaître, s'orienter des gens, suivre les situations en commun. C'est une association entre partenaires.

5-Enfin, l'aide des équipes SMES est tournée non seulement vers les personnes accueillies mais aussi vers les équipes de bénévoles :

- -Pour les aider à **mieux comprendre les situations humaines par une relecture des rencontres** qu'ils vivent. (on appellerait cela une supervision en milieu hospitalier), l'expérience est fondamentale d'animer des relectures des accueils et des accompagnements d'une équipe **par un tiers « indépendant »** qui aide à prendre du recul par rapport à soi même quand elle écoute dans une relation créatrice de confiance, sans tomber dans une subjectivité risquée.
- -Pour les aider à **acquérir ou consolider des connaissances sur les troubles psychologiques** et les réponses médicales et sociales par des Forum d'échanges d'expérience et des conférences de spécialistes médico sociaux à l'hôpital St Anne).

3-L'action du Secours en France,

Nous avons mené une réflexion approfondie en 2006 avec un groupe de 6 délégations sur la souffrance psychique avec la collaboration d'un médecin psychiatre.

Nous avons décrit une action particulière à Paris. mais c'est la mission de base de tous nos Accueils dans les 103 Délégations en France de recevoir et d'aider des personnes dont beaucoup ont aussi des problèmes psychologiques majoritairement dus à leur situation sociale de pauvreté et d'exclusion. Et des actions parfois plus adaptées pour des personnes fragiles

psychologiquement sont conduites telles que des Cafés de l'amitié pour accueillir des jeunes le matin, des relais d'écoute et de partage, des voyages de l'amitié etc.,

Un exemple intéressant à citer se situe en Bretagne, dans un Département où il y a 3 hôpitaux psychiatriques, et où des personnes qui en sortent frappent à nos portes : l'idée d' »un jardin de l'amitié », **espace ouvert**, qui permet à des malades psychologiques, de cultiver la terre pour produire des légumes qu'ils vendront, **sans aucune présence de médecin ou d'infirmiers**, et mêlés à des personnes sans problèmes psychologiques. Cette initiative est intéressante car elle remet en selle concrètement des personnes qui ne savent plus vivre autrement que dans un monde médicalisé.

4-Conclusion

Texte rédigé par Antenne PSD de la Délégation de Paris
et le Département Grandes Exclusions.