



Analyse de l'accès aux soins en alcoologie des personnes en situation de précarité dans le Pas de Calais

2006-2007

[Etude réalisée par Melle PAUCHET, chargée de prévention à l'ANPAA62 et supervisée par M DEAL, directeur de l'ANPAA62.]

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| 1. Le comité de pilotage départemental..... | 5 |
| 2. La méthode de recueils des données..... | 6 |
| 2.1 Les questionnaires..... | 6 |
| 2.2 Les groupes de travail..... | 9 |
| 3. Analyse et préconisations | 10 |
| 3.1 Analyse..... | 10 |
| 3.2 Les préconisations..... | 12 |
| 3.2 Le dispositif PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans le Pas-de-Calais. | 14 |
| 3.2.1 La PASS, principe et textes fondateurs | 14 |
| 3.2.2 Le dispositif PASS dans le Pas-de-Calais en 2007/2008..... | 15 |
| Bibliographie..... | 17 |

Cette analyse tente d'étudier l'accès aux soins en alcoologie des publics en situation de grande précarité fréquentant les SAUO, CHRS et hébergements d'urgence du Pas-de-Calais. Elle fait suite à une demande de la DDASS du Pas-de-Calais à l'ANPAA62.

Il convient d'énoncer, en premier lieu, les concepts retenus pour définir la précarité et l'exclusion dans cette analyse.

En effet, cette étude se « limite » à la population hébergée en accueil d'urgence, en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et accueillie en Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation (SAUO). Cependant, il paraît nécessaire d'expliquer les concepts que nous mettons derrière les mots « précarité », « exclusion », ...

L'exclusion peut être définie comme « *l'aboutissement, la manifestation extrême de différents processus de fragilisation des liens sociaux et de dégradations des conditions de vie.* »¹

La définition de la précarité de Wresinski est ici retenue c'est-à-dire « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.* »²

Il semble également essentiel de préciser que cette analyse n'étudie pas « le précaire » comme une entité, une généralisation ne reflétant pas la réalité. Nous parlerons plutôt de « personnes en situation de précarité ou d'exclusion », termes, semble-t-il plus appropriés incluant la diversité du public et des situations.

Comme le montre de nombreuses études ; les conduites addictives sont plus souvent rencontrées dans la population en situation de précarité ou d'exclusion que dans les autres parties de la population. Celles-ci sont plus souvent accompagnées de dommages sanitaires et sociaux, revêtant une gravité plus importante.

Une surmortalité est constatée dans cette population. Leur prise en charge est beaucoup plus tardive et d'une efficacité moindre compte tenu des aléas de la prise en charge et des troubles associés.

¹ HELARDOT V, « Exclusion, pauvreté, précarité... Approche socio-historique de l'intégration sociale », *La santé de l'Homme*, n°348, Juillet-Août 2000.

² WRESINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, avis et rapports du Conseil économique et sociale, Journal officiel, 1987.

En ce qui concerne la région Nord Pas-de-Calais en 2006, le tableau de bord des consultants suivis en alcoologie ambulatoire révèle que le public SDF représente 4% des personnes accueillies³.

Le comité de pilotage du projet a décidé que l'étude préliminaire serait effectuée par le biais de questionnaires. Pour ce faire, deux questionnaires ont été élaborés ; le premier en direction des structures de soin, le second en direction des structures d'accueil. Ces questionnaires ont été dépouillés, analysés et discutés ensuite lors de réunion de groupe de travail.

Nous exposerons dans ce document de manière claire et synthétique, les analyses et les préconisations faites par les professionnels. De ce fait, les analyses des questionnaires par territoire et les comptes-rendus des réunions des groupes de travail ont été placés en annexe.

Dans un premier temps, le comité de pilotage et la méthode de recueil de données seront présentés.

Dans un second temps, l'analyse des questionnaires et les préconisations émergeant des groupes de travail seront exposées.

³ D'après le tableau de bord 2006 établi grâce au logiciel Gispac

I. Le comité de pilotage départemental

Le comité de pilotage départemental s'est réuni pour la première fois le 15 Juin 2007. Il était composé de :

Monsieur Meuran, sous-directeur, CPAM Dunkerque,

Monsieur Gindrey, DDASS 62,

Mademoiselle Thirolle, chargée de mission, FNARS

Madame Lancel, médecin addictologie au Square,

Madame Steckelorom, Conseil Général 62,

Madame Vanhee, médecin inspecteur de santé publique, DDASS 62,

Monsieur Deal, directeur, ANPAA62,

Madame Duranel, animatrice des formations, ANPAA 62,

Mademoiselle Pauchet, chargée de prévention, ANPAA 62,

Le comité de pilotage s'est, par la suite, réuni le 14 Mars 2008. Lors de ces rencontres, les professionnels présents ont validé les outils méthodologiques de recueil de données, élaboré un calendrier de l'action, étudié l'évolution du projet, ...

2. La méthode de recueils des données

2.1 Les questionnaires

Il a été convenu lors de la première réunion de pilotage d'élaborer deux questionnaires ; un à destination des centres de soin et l'autre à destination des centres d'accueil.

Afin de créer un outil adapté au terrain, la chargée de prévention s'est rendue dans les structures et a rencontré des professionnels du médical et du social (rappelons également que la chargée de prévention fait partie du Réseau Santé et Précarité Pas-de-Calais).

Les questionnaires ont, par la suite, été étoffés et validés par les membres du comité de pilotage. Une conseillère en méthodologie du CIRDD de Bourgogne a également travaillé sur ces outils.

Le questionnaire destiné aux centres d'hébergement et d'accueil se construit autour d'axes principaux ;

- La présentation des structures : il s'agit de récolter des renseignements sur les capacités d'accueil, le nombre de salariés et la fonction de ceux-ci, la présence de bénévoles,...

- La prévention : dans cette partie, il est demandé si des actions de prévention ont été menées dans les structures. Si cela est le cas, il est demandé de préciser le type d'actions et la fonction des professionnels animant les interventions.

Dans cette partie, des questions sont posées quant aux formations spécifiques en addictologie que l'équipe aurait suivies.

- Structure, alcool et autres produits : Cette partie concerne, d'abord, le règlement intérieur et la place des produits psycho actifs dans celui-ci. Il s'agit, ensuite, de savoir s'il est facile pour les professionnels de parler de ces consommations avec les usagers.

- L'accès au soin : il est ici question de l'accès au soin des usagers au sein de la structure et en externe.

- Les difficultés rencontrées par les professionnels au sein de la structure : il s'agit de comprendre les difficultés des professionnels face à la consommation de produits psychotropes par les usagers
- Le partenariat : Cette partie permet de rendre compte du partenariat entre les structures d'accueil et celles de soin spécialisés pour la prévention et la prise en charge de toutes consommations de produits psycho actifs.
- Les perspectives : Il s'agit de savoir si les professionnels des structures souhaitent un appui, une réflexion, une aide sur le sujet.
- Commentaires et suggestions : Cette section laisse place à la libre expression des équipes quant au questionnaire et au sujet de celui-ci.

Le questionnaire destiné aux centres de soins est construit différemment ;

- La présentation des structures : afin de connaître le nombre de professionnels, les capacités d'accueil, ...
- Le partenariat : cette partie contient des questions sur le partenariat avec les structures d'accueil.
- La formation : questions sur les formations spécifiques effectuées par les professionnels.
- Les difficultés rencontrées par les professionnels : ces difficultés sont celles liées à l'accueil des personnes en situation de précarité.
- Les perspectives : Il s'agit de savoir si les professionnels des structures souhaitent un appui, une réflexion, une aide sur le sujet.

- Les commentaires et suggestions : Cette section laisse place à la libre expression des équipes quant au questionnaire et au sujet de celui-ci.

En terme de retour des questionnaires ;

- 100% des centres de soins (1 responsable de structure a refusé de répondre)
- 52% des structures d'accueil.

Les questionnaires ont été, par la suite, dépouillés puis analysés par territoire (cf Annexes).

2.2 Les groupes de travail

Il est convenu avec le comité de pilotage que 2 réunions de groupe de travail soient organisées par territoire.

Le découpage des territoires retenu est ;

- Arras, Bapaume, St Pol-sur-Ternoise,
- Béthune, St Omer,
- Lens, Liévin, Hénin-Beaumont, Carvin,
- Boulogne-sur-mer, Calais, Montreuil-sur-mer.

A noter que 7 réunions et non pas 8 ont eu lieu. En effet, faute de participant, la seconde réunion du groupe de travail Arras/Bapaume/St Pol a dû être annulée.

Ces réunions ont eu lieu ;

- Le mardi 29 Janvier à l'ANPAA 62 pour les territoires d'Arras/Bapaume/St Pol
- Le jeudi 31 Janvier au CHAM
- Le mardi 5 Février au Phare de Béthune
- Le vendredi 8 Février à la Boussole de Lens
- Le jeudi 3 Avril au CCAA de Boulogne-sur-mer
- Le mardi 22 Avril au CAN de Carvin ainsi qu'au CHRS d'Annezin

Lors de la première réunion, les analyses des questionnaires par territoire ont été présentées et discutées. La seconde réunion, quant à elle, laissée place aux préconisations proposées par les professionnels.

Comptes-rendus des réunions ; cf Annexes.

Si on cumule le nombre de structures ayant répondues au questionnaire avec le nombre de structures représentées lors des réunions des groupes de travail, la participation des structures d'accueil et d'hébergement pour cet état des lieux est de **70%** (soit 19 sur 27).

3. Analyse et préconisations

3.1 Analyse

L'analyse présentée ici provient des constats globaux émergeant des questionnaires.

- L'alcool reste le produit posant le plus de difficultés aux professionnels du social dans les structures. Ce produit est fréquemment consommé par les usagers car il est facile d'accès. Les difficultés sont conséquentes aux comportements agressifs, ... dus à des prises d'alcool.

Il semble également compliqué pour les professionnels de travailler avec les personnes sur le sevrage alcoolique alors que ceux-ci fréquentent des malades consommant au sein de la structure. Le personnel éprouve également des difficultés quant à l'accompagnement dans une démarche de soins, les usagers étant souvent mis à l'écart de leur famille, de leur réseau d'amis.

Les poly-consommations posent également de nombreux problèmes de prise en charge.

- Les règlements intérieurs des structures d'accueil et d'hébergement stipulent que les usagers ne doivent pas consommer de substances psycho actives. Cependant il n'est pas évident voire dangereux, lorsqu'il s'agit d'une personne alcoolo dépendante, de faire respecter ce règlement. Les professionnels sont alors obligés de « laisser passer » certaines choses afin que les usagers en difficulté avec l'alcool ne se retrouvent pas à la rue.
- La grande majorité des professionnels du social mettent en place (ou font appel à des partenaires pour ce faire) des ateliers santé et addictions au sein des structures d'hébergement.

- Les professionnels estiment, en général, que l'accès aux soins (extérieurs aux structures d'hébergement) pour les personnes en difficultés avec l'alcool est « moyen ».

Leurs opinions dépendent essentiellement de l'état du travail en réseau sur le territoire. En effet, il semblerait que plus les professionnels travaillent en réseau et connaissent celui-ci, plus l'accès aux soins en alcoologie pour les personnes en situation de précarité leur semble facilité.

Les difficultés pouvant également défavoriser l'accès aux soins sont ; le problème « alcool » n'est pas forcément une priorité de santé pour les usagers, des délais d'attente trop longs.

- L'offre de soins au sein des structures d'accueil est très variable. Les difficultés les plus recensées par les professionnels du soin dans les structures d'accueil sont le déni du problème de consommation, les troubles du comportement, les problèmes psychiatriques multiples : état délirant, dépressif, schizophrénie, anxio-dépressif, les problèmes de souffrance psychique.

Certaines structures ayant fait des demandes de renforcement de l'équipe médicale déplorent le fait qu'elle n'ait pu avoir des financements dans ce sens.

- Les professionnels du soin en alcoologie éprouvent également des difficultés avec les personnes précaires telles que la difficulté à adhérer à la démarche de soin surtout lorsqu'il s'agit d'une injonction, le « retour à la vie » est souvent compliqué pour les personnes, il ne leur est pas toujours possible de répondre aux attentes sociales (souvent invalidant pour les conduites hors de la structure), le sevrage alcoolique n'est pas une priorité pour ces personnes...
- Tous les professionnels estiment qu'il manque des structures « bas seuil » dans le département pouvant accueillir un public précaire présentant des conduites de polydépendance.
- La formation gratuite des professionnels est souvent une demande des structures. Les modalités de ces formations seront évoquées lors des réunions des groupes de travail.

3.2 Les préconisations

Au vu de la diversité des territoires, il est difficile de faire une analyse globale cependant certaines observations/demandes/préconisations sont communes pour l'ensemble du département ;

- ✓ En terme d'activité en réseau, beaucoup de travail a déjà été effectué. Il serait intéressant de renforcer l'existant plutôt que de créer d'autres réseaux, d'autres groupes de travail, ... provoquant un effet « millefeuille ». Cependant, on constate que peu de professionnels ont une vision globale du réseau sans cesse en évolution. Un chargé de mission pourrait coordonner le réseau, mettre à jour les renseignements concernant les structures, organiser des rencontres entre structures car il est certain que l'on travaille plus facilement avec un professionnel dont on a déjà fait connaissance, mettre en place des temps d'échanges sur des personnes suivis en commun afin d'éviter un double travail et de favoriser une prise en charge globale des personnes...

Ces temps d'échanges paraissent véritablement essentiels. En effet, lors d'une réunion d'un groupe de travail des professionnels du soin et du social se sont rendus compte qu'ils travaillaient avec une même personne mais de manière totalement contraires. Ainsi, les professionnels du soin s'évertuaient à accompagner la personne vers des objectifs fixés avec elle mais en total opposition avec ceux fixés avec les professionnels du social. L'ensemble des professionnels se retrouvaient donc en échec sans comprendre la raison de celui-ci.

Il est, par conséquent, nécessaire de lutter contre les logiques de cloisonnement et de donner des moyens pour renforcer les dispositifs existants plutôt que d'en créer des nouveaux d'autant que la prise en charge pluri disciplinaire est essentielle pour les personnes en situation de précarité.

- ✓ L'idée a été émise de proposer aux équipes du social et du soin des « formations rencontres ». Ces temps ensemble serviraient à ce que chacun ait des connaissances du travail de l'autre ainsi que des savoirs plus globaux tels que des notions de base en alcoologie, ... Il serait intéressant, par conséquent, d'organiser des modules spécifiques gratuits (les professionnels ont insisté sur ce point) « soins et précarité » pour les professionnels.

Ces temps serviraient également à renforcer les liens entre les structures.

- ✓ Les professionnels du social nous ont signalé des problèmes de prise en charge des usagers notamment de la part des urgentistes (pompiers, SAMU, médecin d'urgence, ...). Il semblerait que certaines personnes soient « fichées » ou que les personnes précaires soient, dans certains cas, moins bien pris en charge car considérés d'abord comme des précaires avant d'être des malades. Il manque certainement des temps d'échanges et de formation entre les professionnels du social et du soin. Ainsi, certains usagers retournent en structure alors que leur état de santé est critique (selon les professionnels de soin de la structure).

Il est à noter également que la stigmatisation de la personne en situation de précarité est accrue lorsque celle-ci est malade alcoolique.

- ✓ Les professionnels du social et du soin sont d'accord pour dire que le sevrage alcoolique n'est pas véritablement une fin en soi. En effet, si la personne en situation de précarité sort du soin et n'a pas de solution d'hébergement, ... elle retournera en structure d'accueil et se réalcoolisera rapidement entraînant un sentiment d'échec partagé par les personnes et les professionnels.

Il manque parfois des temps de concertation entre les professionnels, temps permettant de discuter ensemble autour d'une personne, d'une situation. On remarque que le processus de soin, la vie dans la structure d'hébergement, la préparation à la sortie, ... sont facilités lorsque les professionnels du social et du soin échangent ensemble des informations sous couvert du secret partagé.

Cela est également facilité par la présence de professionnels du social dans les structures de soin et de professionnels médicaux dans les structures d'accueil.

En tous les cas, il faut travailler sur un parcours complet construit dans la durée avec la personne.

- ✓ Même si les professionnels du social pensent que le sevrage n'est pas une fin en soi, ils souhaiteraient que les usagers sollicitant des soins, aient un rendez-vous rapidement. En effet, il est difficile d'amener une personne extrêmement marginalisée aux soins, cela passe souvent par de « longues négociations ». C'est pourquoi, il paraît essentiel pour les professionnels du social que ces personnes puissent rencontrer un médecin rapidement.
- ✓ Il existe également un déficit de places de stabilisation, d'appartement semi-automes, ... Cela est d'autant plus exact que les personnes en situation de précarité présentes lors des groupes de parole organisés par le Réseau Santé et Précarité du Pas de Calais,

pensent qu'il est très difficile de passer directement d'une vie encadrée en collectivité à une vie totalement indépendante (perte de repère, manque de lien social, ...). Ces difficultés sont accrues pour les malades alcooliques.

- ✓ Les professionnels souhaiteraient généraliser la supervision des équipes. En effet, certains accompagnants sont « en souffrance », se sentent frustrés ou en situation d'échec. Ils ont alors besoin d'en parler, de prendre du recul.

3.2 Le dispositif PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans le Pas-de-Calais

Il nous a été demandé par le comité de pilotage de questionner les professionnels présents lors des groupes de travail quant au dispositif PASS sur leur territoire.

3.2.1 La PASS, principe et textes fondateurs

Rappelons brièvement le principe des PASS et les textes fondateurs de ceux-ci.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ou PASS instaurées dans les établissements de santé, les PASS ont pour but de faire face aux inégalités de santé touchant particulièrement les personnes les plus démunies.

La loi de lutte contre les exclusions est l'un des textes fondateurs des PASS. En effet, la loi d'orientation n° 98-657 du 29 JUILLET 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP) l'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé, par les établissements de santé « *dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)* », « *qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* ».

De plus, Selon les articles L.6112-1, 7° et L.6112-2 du CSP, incombe aux établissements de santé la mission de service public de contribuer « *à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux* ». Il leur appartient aussi de garantir « *l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent* », de veiller « *à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation* ».

3.2.2 Le dispositif PASS dans le Pas-de-Calais en 2007/2008

A part sur le Calaisis et le Boulonnais où il existe des permanences spécifiques pour les personnes en situation de précarité, il semblerait que ce dispositif ne soit pas véritablement effectif sur le terrain.

Selon les professionnels présents lors des groupes de travail, certains dispositifs qui fonctionnaient bien (à Lens par exemple) se sont essouffés par le départ des professionnels. Ainsi, les assistantes sociales du centre hospitalier ont été formées mais il manque un médecin référent qui relancerait la dynamique.

Sur les autres territoires c'est-à-dire Arras, St Omer, Béthune, le dispositif PASS semble être inexistant selon les professionnels malgré des rencontres avec des responsables hospitaliers.

Ainsi, les professionnels déplorent toujours des temps d'attente importants tant pour les prises de rendez-vous que lorsqu'ils arrivent à amener un usager aux urgences. Ils constatent également des retours en structure de personne dont l'état de santé nécessiterait un séjour plus long en hospitalier. De ce fait, les professionnels demandent souvent à ce qu'il y ait plus de personnel médical au sein de leur structure.

Pourtant certaines propositions ont été émises comme d'accorder aux structures d'accueil et d'hébergement un créneau horaire spécifique pour les usagers, ...

Cet état des lieux de l'accès aux soins des publics en situation de précarité propose une analyse et des préconisations énoncées par les professionnels lors de groupe de travail.

Ce travail a été réalisé en une année et a été remis le 5 Septembre 2008, lors de la dernière réunion du comité de pilotage.

Il appartient maintenant aux décideurs, aux financeurs, de tenir compte de cette étude afin de proposer des appels d'offre, de créer des postes, ...comme le demande les professionnels de terrain ; *« Il serait souhaitable que ces groupes de pilotage aboutissent à la création de services ou moyens. Il est trop souvent remarqué que des réflexions aussi poussées et judicieuses soient elles, demeurent en l'état ⁴»*.

Nous tenons à remercier le comité de pilotage pour son suivi, ses remarques pertinentes, ... Merci à la DDASS du Pas de Calais de nous avoir fait confiance pour ce travail.

Nous remercions les professionnels du social et du soin qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires et/ou de participer aux réunions du groupe de travail car sans leur implication rien n'aurait été possible.

Merci également à Melle Fourcalt du CIRDD de Bourgogne pour son éclairage méthodologique et à nos collègues de l'ANPAA62.

⁴ Citation écrite par un professionnel dans la partie « commentaires et suggestions » d'un questionnaire

Bibliographie

« Alcool et exclusion : l'alcoolisme facteur de désinsertion sociale ? », *Recherche et alcoologie* », la lettre d'information de l'IREB, n° 17, Juillet 1999.

FACY.F., DALLY S., RABAUD M., *Alcoolisme et précarité in Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001.

FACY F., RABAUD M., DALLY S, « *La prise en charge des sans domicile fixe dans les centres spécialisés en alcoologie* », *Alcoologie et Addictologie*, 2000.

HELARDOT V, « *Exclusion, pauvreté, précarité... Approche socio-historique de l'intégration sociale* », *La santé de l'Homme*, n°348, Juillet-Août 2000.

« *La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale* », Enquête diagnostique réalisée par Le CRAES, le CRIPS en partenariat avec la FNARS en Rhône-Alpes, Juillet 2005.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (sous dir), *Les inégalités sociales de santé*, Recherches, Paris, La découverte, 2000.

« *Etude sur la prise en charge des personnes en souffrance psychiques et en urgence sociale sur l'arrondissement d'Arras* », Rapport Syner Psy 2007

WRESINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale, avis et rapports du Conseil économique et sociale*, Journal officiel, 1987.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire centre de soin

Annexe 2 : Questionnaire centre d'hébergement

Annexe 3 : Analyse des questionnaires des territoires Arras/Bapaume

Annexe 4 : Analyse des questionnaires des territoires Boulogne/Calais/Montreuil

Annexe 5 : Analyse des questionnaires des territoires Béthune/St Omer

Annexe 6 : Analyse des questionnaires des territoires Lens/Liévin/Hénin/Carvin

Annexe 7 : Compte-rendu du groupe de travail Arras/Bapaume

Annexe 8 : Comptes-rendus des 2 réunions du groupe de travail Boulogne/Calais/Montreuil

Annexe 9 : Comptes-rendus des 2 réunions du groupe de travail Béthune/St Omer

Annexe 10 : Comptes-rendus des 2 réunions du groupe de travail Lens/Liévin/Hénin/Carvin

ANNEXE I

Questionnaire Centre de soin

Merci de retourner ce questionnaire avant le 3 Septembre à :

L'ANPAA 62

Résidence St Pol, 2 voie Bossuet 62000 Arras

ou par fax : 03.21.51.06.50

Tél : 03.21.71.36.11

Votre structure

Nom et adresse :

Téléphone

Fax :

Mail

Noms et postes des salariés :

Publics reçus (par an):

Hommes :

Femmes :

Capacité d'accueil de la structure ?

Partenariat

Travaillez-vous en partenariat avec des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ?

Oui

Non

➤ Si oui, lesquels ?

Avec des Services d'Accueil et d'Orientation ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, lesquels ?

Avec des Centres d'hébergement d'urgence ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, lesquels ?

Etes-vous en contact avec ces structures pour :

- Envoyer du public
- Réfléchir ensemble à une problématique
- Autres, précisez ...

Travaillez-vous avec d'autres structures accueillant un public précaire ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, lesquelles ?

Quel partenariat spécifique aimeriez-vous développer ? Pourquoi ?

Formation

Le personnel de votre structure a-t-il reçu une formation spécifique ?

- Formation à l'accueil
- Formation à la relation d'aide
- Formation à la prévention des violences
- Autres, précisez.....

➤ Si oui, quel personnel ?

➤ Quel était l'organisme de formation ?

Difficultés rencontrées par les professionnels

Accueillez-vous des personnes en situation de grande précarité ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, combien de personnes par an ?

➤ Si oui, font-elles l'objet d'un accueil spécifique ?

- Oui, lequel ? (accompagnement, suivi...)
- Non

Pensez-vous que l'accès au soin pour ces personnes dans votre structure est :

- Adapté
- Plus ou moins adapté
- Peu adapté
- Inadapté

Pourquoi ?

Rencontrez-vous des difficultés avec ce type de public ?

- Oui
- Non

Lesquelles ?

Pourquoi ?

Ces situations font-elles l'objet de discussions lors des réunions du personnel ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

➤ Pourquoi ?

➤ Des propositions concrètes ont-elles été émises ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, lesquelles ?

Perspectives

Aimeriez-vous trouver un appui, une réflexion sur les difficultés liées à l'accueil d'un public précaire dans votre structure ?

- Oui
- Non

Quel type d'appui ?

Seriez-vous intéressé pour participer à un comité de pilotage local autour du projet de l'ANPAA « alcool et précarité », afin de mettre en place une réflexion ou une action ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, quel professionnel pourrait être présent ?

➤ A quelle fréquence ?

Commentaires et suggestions

.....
.....
.....
.....

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à ce questionnaire.

NB : Pour ce document d'annexe, les espaces entre les questions ont été réduits.

ANNEXE 2

| |
|--|
| <h3>Questionnaire Centres d'accueil</h3> |
|--|

Merci de retourner ce questionnaire avant le 3 septembre à :

L'ANPAA 62

résidence St Pol, 2 voie Bossuet 62000 Arras

ou par fax : 03.21.51.06.50

Votre structure

Nom et adresse :

Téléphone

Fax :

Mail

Noms et postes des salariés :

Nombre de bénévoles et fonction de ceux-ci:

Publics reçus (hommes, femmes, couples, ...) :

Capacité d'accueil de la structure ?

La prévention

Organisez vous des animations de prévention en santé ?

- Oui
- Non
- Si oui, qui les anime ?
- Avez-vous à cette occasion abordé la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres produits psycho-actifs ?
- Si oui, avez-vous fait des actions spécifiques sur le thème alcool? Lesquelles ?
- Sur le tabac ? Lesquelles ?
- Sur le cannabis ? Lesquelles ?
- Sur d'autres produits psycho actifs ? Lesquelles ?
- Avez-vous fait des actions sur d'autres thèmes de santé ? (Précisez)

Faites-vous appel à des structures externes pour mener ces actions ?

- Oui
- Non
- Si oui, lesquelles ?

Le personnel a-t-il reçu une formation spécifique en alcoologie ?

- Oui
- Non
- Si oui, quels professionnels de votre structure en ont bénéficié ?
- Quel type de formation ?

- Formation en alcoologie générale

- Formation sur d'autres addictions
- Formation à l'accueil
- Formation en relation d'aide
- Autres, précisez, ...

- Avec quel organisme ?
- Si non, est-ce une attente du personnel de la structure ?

Structure, alcool et autres produits psychotropes

Votre règlement intérieur destiné aux hébergés parle t il de l'alcool ?

- Oui
- Non

D'autres produits ?

- Oui
- Non

- Si oui à l'une ou l'autre de ces deux dernières questions, merci de joindre les extraits sur ces thèmes.
- Est-il possible de faire respecter le règlement ? Pourquoi ?

- Oui
- Non

- Pensez-vous qu'il serait utile de le modifier ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

La consommation de ces produits est-elle une source de difficultés pour le personnel ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Pour les hébergés ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Parle t on d'alcool au sein de votre structure (précisez) :

- Facilement
- Difficilement
- Jamais
- En cas de problème
- Pour un rappel au règlement
- Pour susciter du soin

L'accès au soin

Dans la structure

Existe-t-il des permanences de médecins ou d'infirmières au sein de la structure ?

- Oui
- Non

- A quelle fréquence ?
- Avec quelle fréquentation ?
- Les personnes sont-elles orientées par le personnel ou y vont-elles de leur propre chef ?
- Existe-t-il un passage à la demande ?
- Quels sont les problèmes que ce professionnel relèvent le plus souvent ?

Existe-t-il des permanences de psychologues, psychothérapeutes, ... ?

- Oui

Non

➤ A quelle fréquence (moments et heures) ?

Les personnes sont :

Orientées par le personnel

Volontaires

➤ Quels sont les problèmes que ce professionnel relèvent le plus souvent ?

Soins externes à la structure

Orientez vous des personnes vers des structures de soin ?

Oui

Non

➤ Si oui, quelles structures ?

➤ Si oui, de quelles façons ?

Proposition

Accompagnement sur place

Incitations

Autres ? Précisez...

➤ Si oui, combien de personnes sont orientées annuellement ?

➤ Si oui, combien de personnes sont suivies annuellement ?

Pensez-vous que l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool dans votre structure est :

Très mauvais

Mauvais

moyen

satisfaisant

- bon
- très bon

Pourquoi ?

Difficultés rencontrée par les professionnels au sein de la structure

Selon vous, combien d'usagers présentent des difficultés avec l'alcool dans votre structure ?

Nombre :

Pourcentage :

Combien vous semblent alcoolo dépendants ?

Nombre :

Pourcentage :

Dans quel ordre classez-vous la fréquence de consommation de produits psychotropes ?
(1=le produit le plus consommé)

Le tabac

L'alcool

Le cannabis

La surconsommation de médicaments

Autres, précisez ...

Quel est, selon vous, le produit posant le plus de difficultés ? Pourquoi ?

Est-ce que les conduites de consommation à risques font l'objet de discussions lors de réunions du personnel ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

➤ Pourquoi ?

➤ Des propositions concrètes ont-elles été émises ?

- Oui. Lesquelles?

Non

Partenariat

Travaillez-vous en partenariat avec des structures de soins spécialisées pour la prévention et la prise en charge de toutes ces consommations ?

Oui

Non

➤ Si oui, lesquelles ?

Faites-vous appel à ces structures pour :

Envoyer du public

Réfléchir ensemble à une problématique

Autres, précisez ...

Travaillez-vous avec d'autres structures ? Lesquelles ?

Quel partenariat spécifique aimeriez-vous développer ? Pourquoi ?

Perspectives

Aimeriez-vous trouver un appui, une réflexion sur les difficultés rencontrées dans votre structure à cause de l'alcool ou d'autres produits psycho actifs ?

Oui

Non

Quel type d'appui ?

Seriez-vous intéressé pour participer à un comité de pilotage local autour du projet de l'ANPAA « alcool et précarité », afin de mettre en place une réflexion ou une action ?

Oui

Non

➤ Si oui, quel professionnel pourrait être présent ?

➤ A quelle fréquence ?

Commentaires et suggestions

.....
Je vous remercie d'avoir consacré du temps à ce questionnaire.

NB : Pour ce document d'annexe, les espaces entre les questions ont été réduits.

ANNEXE 3

Analyse des questionnaires

Sur les territoires d'Arras/Bapaume

Présentation des structures ayant répondu aux questionnaires

Réponses obtenus ;

- Centre Hospitalier
- Service de médecine polyvalente
- CCAA
- SAUO
- CHRS

Le CHRS dispose de nombreux bénévoles ; médecin, huissiers, personnes présentes pour les activités de menuiserie, marche et pour l'écoute.

Le SAUO et le CHRS reçoivent toutes personnes âgées de plus de 18 ans sans domicile.

Les capacités d'accueil sont variables ;

- 170 lits, 50 en foyer de vie pour adultes handicapés, 40 en ULSD, 80 en EHPAD pour le centre hospitalier,
- 26 lits pour le service de médecine polyvalente,
- Le CCAA et le SAUO n'hébergent pas les usagers,
- 36 places pour le CHRS

Le partenariat

En ce qui concerne les centres de soins ;

Le CCAA et le service de médecine polyvalente déclarent travailler en lien avec les CHRS, le SAUO d'Arras, des centres d'hébergement d'urgence ainsi que des associations telles que les Restos du Cœur, association Magdala,

Ils estiment ce partenariat plutôt satisfaisant et ne souhaitent pas développer de partenariat spécifique. Ils déclarent être en contact avec ces structures afin d'orienter des patients, de réfléchir ensemble à des problématique et d'organiser des rencontres autour du problème « alcool ».

Le service de médecine polyvalente souhaiteraient, cependant, qu'il y ait une création de lits de crise afin d'assurer la continuité de la PEC en CHRS.

En ce qui concerne les structures d'accueil et d'hébergement ;

Le CHRS et le SAUO déclarent travailler en partenariat avec des structures de soins spécialisées pour la prévention et la prise en charge des consommations de produits psychotropes telles que le CCAA, l'unité d'alcoologie, le CSST, l'ANPAA, le Point écoute.

Selon elle, il est parfois difficile d'avoir un retour quant au suivi des personnes orientées vers ces centres.

Ils déclarent faire appel à ces structures uniquement afin d'y orienter le public reçu.

Ils aimeraient développer des partenariats spécifiques c'est-à-dire ;

- Concertations pluridisciplinaires sur la mise en place de parcours de soins.
- Partenariat avec des structures spécialisées telles que la cure ou la post-cure.
- Retours lorsqu'ils orientent une personne vers un professionnel.

Structure, alcool et autres produits psychotropes

Selon le CHRS, 80% soit environ 28 personnes lors de l'enquête semblent présentées des difficultés avec l'alcool selon les professionnels de la structure.

En terme de fréquence de consommation de produits psychotropes ;

1. Le tabac
2. l'alcool,
3. le cannabis,
4. la surconsommation de médicaments.

Le produit posant le plus de difficultés semble être l'alcool. En effet, les personnes en sevrage ou abstinences fréquentes quotidiennement des personnes qui consomment, il existe de nombreux problèmes liés à la consommation de ce produit, le personnel éprouve des difficultés quant à l'accompagnement dans une démarche de soin, les usagers sont souvent mis à l'écart de leur famille, de leur réseau d'amis.

Le règlement intérieur du CHRS évoque l'alcool et les autres produits mais il n'est pas toujours facile de respecter ce règlement. En effet, des personnes jugées en « état d'ébriété léger » sont tolérées (ceci n'étant pas toujours compris par les hébergés).

En fait, la consommation d'alcool est sanctionnée uniquement si la personne devient violente, agressive, ...

Les professionnels semblent parler d'alcool ;

- Facilement,
- Pour susciter du soin (dans les 2 structures),
- En cas de problème,

- Pour un rappel au règlement.

La prévention des conduites à risque au sein du CHRS

Le SAUO n'organisant pas d'actions de prévention des conduites à risque, nous étudions uniquement celles menées par le CHRS.

Les actions sont animées par des stagiaires infirmières et une infirmière, mise à disposition par le centre hospitalier, deux demi-journées par semaine.

Les actions spécifiques menées ;

- Sur le tabac informations collectives et entretiens personnalisés à la demande,
- Sur l'alcool informations collectives et entretiens personnalisés à la demande,
- Sur le cannabis informations collectives et entretiens personnalisés à la demande,
- Pas d'action sur les autres produits.

D'autres « thèmes santé » jugés essentiels pour les hébergés ont été abordés ;

- Les MST,
- La vaccination,
- Le diabète,
- Les allergies,
- L'hygiène,
- L'alimentation.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Au sein du CHRS, il existe des permanences (il n'existe pas de permanence au sein du SAUO) ;

- Une infirmière, deux demi-journées par semaine,
- Un médecin bénévole, une soirée par semaine,
- Une infirmière psychiatrique, une fois par semaine,
- En projet, permanence d'un psychologue,
- Des passages à la demande sont possibles.

Les difficultés les plus recensées par ces professionnels sont ;

- Le déni du problème de consommation
- L'adhésion de tous les hébergés
- Les troubles du comportement, problèmes psychiatriques multiples : état délirant, dépressif, schizophrénie, anxio-dépressif
- Problème de souffrance psychique

Les structures font également appel à des partenaires extérieurs tels que le CMP, le service d'alcoologie de liaison, le CCAA, le CSST, les médecins de ville.

Les usagers se voient proposer l'aide de ces partenaires mais il est également possible qu'ils soient accompagnés sur place ou que le SAUO et le CHRS prennent des rendez-vous pour les personnes.

« Parfois l'entrée dans une démarche de soin est une condition afin d'être hébergé (contrat passé avec la personne), lorsque la personne a déjà fait plusieurs passages en CHRS et qu'elle s'est faite exclure à causes de ses consommations fréquentes. »

Le SAUO et le CHRS estiment que l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool dans leur structure est moyen voire mauvais.

Pour eux, cela est dû à :

- Un manque de concertation entre les partenaires,
- La stigmatisation des personnes en situation de grande précarité par les professionnels de santé. Les professionnels voient l'individu comme une personne précaire avant de le percevoir comme un malade,

- Le problème « alcool » n'est pas forcément la priorité des usagers,
- Il n'existe pas de suivi entre la cure, la post-cure, le suivi ambulatoire et, pour la plupart du temps, les personnes reviennent au foyer après la cure sans aucun de leurs problèmes ne soient résolus.

Les conduites de consommation à risque font parfois l'objet de réunions d'équipe pour le CHRS car « *c'est un sujet récurrent dans notre travail quotidien* ».

Suite à ces réunions, des propositions concrètes ont été émises mais celles-ci sont difficiles à mettre en place notamment par manque de moyen financier.

Les centres de soins ont déclaré accueillir, en 2006, entre 2 et 18 personnes en situation de grande précarité. Pour deux centres sur trois, ces personnes font l'objet d'un accueil et d'un suivi spécifique.

Ces structures estiment que l'accès au soin des personnes précaires au sein de leur établissement est plus au moins adapté/adapté.

Les difficultés rencontrées par les professionnels

Au CHRS, la consommation de substances psycho actives est une source de difficulté pour les professionnels qui ne s'estiment pas formés pour « *ce genre de problème* » et la gestion des crises.

Les professionnels du soin éprouvent des difficultés avec le public en situation de grande précarité ;

- Non respect du règlement intérieur,
- Mise en échec des démarches entreprises car le patient veut « *retourner à la rue* »,
- Urgences sociales et médico-psychologiques,
- Manque de repères dans la vie
- Difficulté d'adhérer à la démarche de soin lorsqu'il s'agit d'une injonction.

Ces situations font parfois/souvent l'objet de réunion du personnel.

Des solutions concrètes ont été trouvées pour le service de médecine (disposant d'une assistante sociale, d'un psychologue) ;

- Démarches auprès des bailleurs sociaux, des associations,
- Orientation Cotorep,
- Orientation en CHRS,

La Formation des professionnels

Le personnel du SAUO à l'inverse de celui du CHRS n'a pas reçu de formation spécifique en alcoologie.

Au CHRS, l'éducateur spécialisé, les agents de service interne, le veilleur de nuit (formé avant de travailler dans la structure) ont bénéficié de quelques formations ;

- Alcoologie générale,
- Formation à l'accueil,
- Formation à la relation d'aide.

Dans les centres de soin, 3 infirmières, 1 Assistante sociale, 1 ASH, 1 AMP ont également bénéficié de formation ;

- Formation à l'accueil,
- Formation à la relation d'aide x2,
- Formation à la prévention des violences.

Les organismes de formation étaient ;

- L'ANPAA x3
- L'AREAT

La formation des professionnels est une demande des structures.

Perspectives

Le SAUO et le CHRS souhaiterait trouver un appui, une réflexion, ... sur les difficultés rencontrées dans la structure à cause de l'alcool ou d'autres produits psycho actifs. Cet appui serait notamment nécessaire pour gérer les moments de crises.

Ces structures seraient prêtes à participer à des rencontres locales si la démarche s'avère concrète.

Les professionnels des centres de soin ne semblent pas intéressés par cet appui mais veulent bien participer à des rencontres locales pluridisciplinaires.

ANNEXE 4

Analyse des questionnaires

Sur les territoires de Boulogne/Montreuil/Calais

Présentation des structures ayant répondu aux questionnaires

Réponses obtenus ;

- HEPCIAD
- CPTCA
- CCAA de Calais et Boulogne
- CHRS du Denacre
- FIAC
- Association le Toît+SAUO

Le public reçu ;

- Pour l'HEPCIAD : 246 personnes en 2006 dont 163 hommes et 83 femmes,
- Pour le CCAA de Calais : 578 personnes dont 286 hommes et 109 femmes,
- Pour le CPTCA : 300 hommes,
- Les centres d'hébergement reçoivent tout public

Les capacités d'accueil sont variables ;

- 25 personnes pour le CHRS du Denacre,
- 41 personnes pour le FIAC,
- ALT ; 20 logements (toute composition familiale), CHRS ; 2 logements (T3) pour Le Toît

Le partenariat

Tous les **centres de soin** déclarent travailler en partenariat avec des CHRS, SAUO, centres d'hébergement d'urgence.

Ils sont en contact avec ces structures pour :

- Envoyer du public x3,
- Réfléchir ensemble à une problématique x2,
- Afin de travailler ensemble à la réinsertion sociale de la personne x1.

Les centres de soin travaillent également avec d'autres structures accueillant un public précaire comme les CCAS, les MDS, Emmaüs, ...

Les partenariats spécifiques souhaités sont ;

- Renforcer les liens entre les structures de soin et les centres d'hébergement, de réinsertion sociale et professionnelle des populations précaires,
- Développer une mise en place d'appartements thérapeutique,
- Mise en place de travail en réseau multidisciplinaire en fonction des demandes, des situations, des personnes accueillies.

Les **centres d'hébergement** travaillent tous en lien avec des structures de soins spécialisées.

Ils sont en contact avec ces structures pour :

- Envoyer du public x3,
- Concertation et suivi pour des situations communes x1,
- Demandes d'intervention pour préparer, organiser une réunion sur le thème des addictions.

Les partenariats spécifiques souhaités sont ;

- La présence d'un interlocuteur spécifique au sein des structures de soin,
- Des informations, prévention dans l'établissement avec l'aide d'un psychologue.

Structure, alcool et autres produits psychotropes (pour les centres d'hébergement)

Les pourcentages d'usagers semblant présenter des difficultés avec l'alcool/être alcoolo dépendants varient de 25 à 60% selon les structures.

En terme de fréquence de consommation de produits psychotropes ;

5. Le tabac
6. L'alcool,
7. La surconsommation de médicaments,
8. Le cannabis.

Le produit posant le plus de difficultés semble être l'alcool à cause de ;

- La facilité de son accès,
- Les habitudes culturelles liées à ce produit,
- Manque de moyens, de place,
- La prise en charge difficile de ce public pour une équipe éducative,
- Les inconvénients quant au fonctionnement de la structure,
- La mise en échec des démarches entreprises.

Tous les règlements intérieur parlent de l'alcool et des autres produits psycho actifs. Même s'il ne semble pas utile de les modifier, il reste difficile de les respecter.

Les professionnels semblent parler d'alcool ;

- Facilement x2,

- Pour susciter du soin x2,
- En cas de problème x1,
- Pour un rappel au règlement x2.

La prévention des conduites à risque au sein des centres d'hébergement

2 centres sur 3 organisent des actions de prévention en santé. Celles-ci sont animées par une Infirmière Diplômée d'Etat, un Assistant Social.

Les actions spécifiques menées ;

- Sur l'alcool réunions d'informations
- Sur le tabac réunions d'informations
- Pas d'action sur le cannabis et les autres produits psychotropes.

D'autres « thèmes santé » ont également été abordés :

- Atelier « commode » avec le relai santé de la CPAM
- Cancer du sein
- Alimentation

Certaines structures externes interviennent pour l'animation de ces actions comme ABCD, Boulogne Drogue Info, CMP, HEPCIAD, relais santé de la CPAM, CPTCA, CCAA, Vie libre, SLPS (service de promotion de la santé du conseil général).

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Il n'existe pas de permanences de médecins ou d'infirmières **au sein des structures d'hébergement**.

Un thérapeute vacataire intervient 2 fois par mois en demi-journée de 3 heures au FIAC. La principale difficulté relevée par ce thérapeute est le manque d'adhésion essentiellement sur le long terme.

Ces structures font également appel à des partenaires extérieurs tels que le CMP, BDI, ABCD, HEPCIAD, urgences de l'hôpital, médecine de ville, CCAA, ...

Les usagers se voient proposer l'aide de ces partenaires mais il est aussi possible qu'ils soient accompagnés sur place ou que les professionnels prennent des rendez-vous pour les usagers.

Annuellement entre 1 et 100 personnes sont orientées vers le soin.

Pour les professionnels, l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool est bon x1, moyen x1, mauvais x1 (dépendant du travail en réseau effectué ou non).

Le partenariat avec les CHR semble difficile et les temps d'attente pour un rendez-vous ou une hospitalisation paraissent trop longs.

Les conduites de consommation à risque font l'objet de réunions d'équipe pour 2 centres d'hébergement (pour le troisième, les discussions entre les professionnels restent informelles) car ;

- Le résident rencontre ses référents lors de consommations répétées,
- Les personnes en difficulté avec l'alcool posent des problèmes dans la structure,
- « *Notre objectif est l'insertion socioprofessionnelle* »

Les centres de soin accueillent tous des personnes en situation de grande précarité (en nombre difficile à évaluer pour la plupart et environ 18 personnes pour le CCAA de Boulogne).

Pour 3 centres, ces personnes font l'objet d'un accueil et d'un suivi spécifique (pour le 4^{ème} cela semble difficile car il n'y a pas d'AS dans la structure).

2 structures estiment que l'accès au soin des personnes précaires au sein de leur établissement est plus au moins adapté, les 2 autres pensent que celui-ci est adapté car ;

- Les consultations sont gratuites,
- Le réseau est solide et construit avec les partenaires pour la prise en charge et le suivi,

Un centre de soin évoque le manque de structures à la sortie du patient.

Les difficultés rencontrées par les professionnels

La consommation de substances psycho actives est une source de difficultés pour les professionnels des centres d'accueil et pour les hébergés (surtout pour les non-consommateurs).

Pour les professionnels ;

- Prise en charge et insertion professionnelle délicate,
- Cas par cas vis-à-vis des situations de violence,
- Problème de comportements ; violence, manque d'hygiène, difficultés relationnelles avec le voisinage, ...
- Manque de structures adaptées à la sortie de cure,
- Pour Calais, difficulté car centre de soin trop loin.

Les professionnels du soin, de 3 centres, éprouvent des difficultés avec le public en situation de grande précarité ;

- Pas toujours possible de répondre aux attentes sociales (souvent invalidant pour les conduites hors de la structure),
- Accroche et travail sur moyen/long terme difficiles, public fuyant,
- Refus du patient de toute prise en charge,
- Refus de prise en charge par d'autres structures externes,
- Le sevrage alcoolique n'est pas une priorité pour ces personnes.

Pour le 4^{ème} centre, les difficultés ne viennent pas des personnes mais plutôt de l'articulation des actions notamment à cause des décalages entre professionnels, objectifs, temps, moyens, ...

La Formation des professionnels

Le personnel des centres d'hébergement ont reçu au moins une formation spécifique en alcoologie ;

- Formation en alcoologie générale x 1 pour le personnel éducatif,
- Formation en relation d'aide x 2 pour IDE, AS, animatrice sociale.

Dans les centres de soin, le personnel a également bénéficié de formation ;

- Formation à l'accueil x 2,
- Formation à la relation d'aide x 2,
- Formation à la prévention des violences x 1,
- Thérapie familiale et systémique,
- Thérapie cognitivo-comportementale,
- Techniques de relaxation

Les organismes de formation étaient :

- L'ANPAA x 3,
- Formavenir,
- Psychom,
- CHR de Reims,
- CH de Boulogne.

La formation des professionnels est une demande des structures.

Perspectives

Les centres d'hébergement souhaiteraient trouver un appui, une réflexion, ... sur les difficultés rencontrées dans la structure à cause de l'alcool ou d'autres produits psycho actifs.

Type d'appui ;

- Spécialistes de ces disciplines, apport d'un psychologue,
- Création d'un réseau sur le Montreuillois,
- Permanence médicale assurée par un médecin spécialisé.

Les professionnels de 3 centres de soin sur 4 aimeraient trouver un appui, une réflexion sur les difficultés liées à l'accueil du public précaire.

Type d'appui ;

- Partenariat renforcé, réseau,
- Groupe de travail et de réflexion, appui et analyse,
- Réseau avec les communes, les conseils généraux, les hôpitaux, les communautés d'agglomérations, ...

ANNEXE 5

Analyse des questionnaires Sur les territoires de Béthune/St Omer

Présentation des structures ayant répondu aux questionnaires

Réponses obtenus ;

- CCAA de St Omer,
- Service d'alcoologie du Centre Hospitalier de la Région de St Omer,
- La Presqu'île,
- CCAA de Béthune,
- EPSM de St Venant,
- Le Phare,
- La Vie Active, CHRS Masculin,
- Le CHRS de Béthune,
- SAUO de Béthune,
- Maison St Quentin,
- La Mahra, St Omer.

Secteur le plus important en terme de retour des questionnaires.

Le public reçu ;

- Les centres d'hébergement accueillent une majorité d'hommes majeurs sauf le CHRS de Béthune accueillant des femmes seules ou avec enfants,
- 301 personnes par an pour le CCAA de Béthune dont 168 hommes et 133 femmes,
- 110 femmes pour la Presqu'île.

Les capacités d'accueil sont variables ;

- 29 personnes (en théorie) pour le Phare,
- 34 personnes pour la Vie Active,
- 50 personnes en collectif, 42 en appartements pour le CHRS de Béthune,
- 26 personnes+2 en accueil d'urgence pour la Maison St Quentin,
- 15 lits pour le service d'alcoologie de liaison,
- 24 lits d'hospitalisation de 3 mois pour la Presqu'île.

Le partenariat

Tous les **centres de soin** déclarent travailler en partenariat avec des CHRS tels que la Mahra, la Vie Active, ... 3 sur 5 déclarent être en partenariat avec des SAUO (St Omerx2, Béthunex1) et 4 sur 5 déclarent être en lien avec des centres d'hébergement d'urgence (Emmaüsx2, le Phare x 2).

Ils sont en contact avec ces structures pour :

- Envoyer du public x5,
- Réfléchir ensemble à une problématique x2,
- Afin de travailler ensemble à la réinsertion sociale de la personne x2.
- Afin d'assurer un suivi des patients x1,
- Participation au Réseau Alcoologique de l'Artois x1.

2 centres déclarent également travailler avec d'autres structures accueillant un public précaire tels que Emmaüs, foyer Magdala.

Les partenariats spécifiques souhaités sont ;

- Partenariat en amont de la post-cure afin de faire connaître la structure,
- Amélioration du travail avec l'alcoologie de liaison et travail avec les urgences des CH,
- Réunions d'informations.

Tous les **centres d'hébergement** déclarent être en partenariat avec des structures de soins spécialisées telles que le Jeu de Paume, les CCAA, ABCD, CMP, ...

Ils sont en contact avec ces structures pour :

- Envoyer du public x5,
- Concertation et suivi pour des situations communes x4,
- Réunions de synthèse lors d'une hospitalisation.

Les partenariats spécifiques souhaités sont ;

- Partenariat plus efficace entre le milieu médical et éducatif avec échange de savoirs pour construire un projet plus concret,
- Réunions avec les centres de post-cure x2,
- Création d'un CHRS de post-cure à vocation psychologique,
- Amélioration de l'articulation entre foyers, hôpitaux, CCAA, ... afin, entre autre, d'obtenir des RDV plus rapidement,

Structure, alcool et autres produits psychotropes (pour les centres d'hébergement)

Le pourcentage d'usagers semblant présenter des difficultés avec l'alcool varie de 20 à 80% selon les structures. Celui des personnes paraissant alcoolo-dépendantes varie de 1 à 50%.

En terme de fréquence de consommation de produits psychotropes ;

9. Le tabac
10. L'alcool
11. Le cannabis
12. La surconsommation de médicaments

Le produit posant le plus de difficultés semble être le cannabis à cause de ;

- La banalisation de son usage par les plus jeunes,
- Commerce différent et actes délictueux,
- Les conséquences financières,
- La dépendance à ce produit n'est pas reconnue pas les usagers.

4 règlements intérieurs sur 5 évoquent l'alcool (le tabac est évoqué dans tous les règlements intérieurs).

Pour 4 structures, il est possible de faire respecter ce règlement. Pour la 5^{ème} cela paraît plus ou moins possible car le règlement doit être souple afin de pouvoir faire des exceptions individualisées mais cela n'est pas toujours simple.

Aucune structure ne pense qu'il soit utile de modifier leur règlements intérieurs.

Les professionnels semblent parler d'alcool ;

- Facilement x5,
- Difficilement x1,
- Pour susciter du soin x4,
- En cas de problème x3,
- Pour un rappel au règlement x3.

La prévention des conduites à risque au sein des centres d'hébergement

4 structures sur 5 ont mené des animations de prévention en santé.

Les actions spécifiques menées ;

- Sur l'alcool x3 rencontre avec des associations néphalistes, point écoute avec le CMP de St Omer, groupe de parole au CCAA 2 fois par an.
- Aucune action spécifique n'a été menée sur le tabac, le cannabis et les autres produits psychotropes.

D'autres « thèmes santé » ont également été abordés :

- Hygiène,
- Vaccination,
- Bilan de santé avec l'Institut Pasteur,
- Suicide,
- La sexualité, le VIH, les MST,

Ces actions sont animées par des stagiaires de l'IFSI, le planning familial, les associations néphalistes, le réseau alcoologique de l'Artois, CCAA, PMI, CPAM, ...

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Au sein des structures d'hébergement, seule un centre possède des permanences d'infirmière ;

- 2H/jour,
- A la demande 1 fois par semaine,
- Permanence d'une infirmière du centre de soins du Jeu de Paume,
- Il existe des « consultations privilégiée au CMP),
- La fréquentation est variable selon les époques de l'année,

- L'orientation des personnes se fait souvent par les professionnels,
- Les problèmes relevés le plus souvent par les professionnels sont la dépendance, la dépression, le milieu ne favorisant pas le soin.

Au sein de 2 structures, il existe une permanence de psychologue ;

- 1 psychologue à mi-temps,
- ¼ ETP sur la structure soit une journée par semaine,
- Les problèmes les plus souvent relevés par ces professionnels sont le mal être, le déni de la consommation et de la réalité.

Toutes les structures orientent les usagers vers des partenaires extérieurs tels que ;

- Le Jeu de Paume x3,
- Le CMP x3,
- CCAA x 5,
- Centres hospitaliers x 2,
- Service d'alcoologie x3,
- Médecin traitant, cure et post-cure, CPSM, x1.

Les usagers se voient proposer l'aide de ces partenaires (X5), il est également possible qu'ils soient accompagnés sur place (x3) ou fortement inciter (x5). Une structure contractualise le soin dans le cadre du projet individuel de la personne. Une autre procède à une concertation avec l'équipe soignante et conserve un lien pendant la cure.

2 structures déclarent orienter vers le soin et suivre le parcours de 30 personnes annuellement.

Pour les professionnels, l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool est moyen (x2) voire satisfaisant (x3) car ;

- Manque de temps, manque de relais, manque de place, sortie du sevrage sans concertation donc retour à l'hébergement d'urgence,
- Délais d'attente trop longs,

- RDV rapide avec le CMP, soutien des professionnels, retour possible entre les équipes de soin et de réinsertion,
- Les partenaires se connaissent facilitant les orientations, les prises de contact.
- L'alcool n'est pas un sujet tabou. Il existait un service de post-cure alcoologique au CHRS jusqu'en 2001. La prise en charge de la maladie alcoolique est partie intégrante de l'histoire de l'institution.

Les conduites de consommation à risque font souvent (x5) l'objet de réunions d'équipe car ;

- Ca fait partie de la prise en charge globale de la personne,
- C'est la problématique principale des résidents,

Suite à ces réunions des propositions concrètes ont été émises dans toutes les structures ;

- Accompagnement, projet individualisé x2,
- Souhait de formation du personnel,
- Volonté de développer le partenariat x2,
- Suivi thérapeutique, groupes de parole et activités.

Les centres de soin ont tous déclaré accueillir des personnes en situation de grande précarité (de 2 à 20 personnes par an). Pour un centre, ces personnes font l'objet d'un suivi spécial notamment grâce à la présence dans la structure d'une assistante sociale.

Selon les professionnels, l'accès au soin de ces personnes dans leur structure est plus au mois adapté (x2) voire peu adapté (x2) ;

Car ;

- Cadre institutionnel difficile à accepter, parfois source d'opposition aux soins,
- Nécessité de temps hors hospitalisation,
- Discussion fréquente avec les partenaires, travail de terrain privilégié mais il serait préférable d'agir en amont, en prévention.

Les difficultés rencontrées par les professionnels

La consommation de substances psycho actives est une source de difficultés pour les professionnels (X4, le 5^{ème} centre estime que cette consommation pose plus au moins des problèmes) des centres d'accueil car ;

- Gestion complexe, difficulté des professionnels à laisser la personne se dégrader,
- Manque de discernement, manque de connaissances sur les conduites addictives,
- Difficultés de prise en charge, de gestion et de protection du groupe, de risques de violence, de protection des enfants,
- Problème de violence, de malaises,
- « *Difficulté de pointer un dysfonctionnement intolérable pour la collectivité et la détresse dans laquelle se trouve le résident subissant la dépendance.* »

Pour 4 structures, ces conduites sont également une source d'ennuis pour les hébergés car ;

- Cohabitation difficile, conflits, intolérance,
- Insécurité,
- Difficulté de projection dans l'avenir,

Les **professionnels du soin**, de 3 centres, éprouvent des difficultés avec le public en situation de grande précarité ;

- Difficultés psychiques,
- Difficultés à suivre le programme, retours à la vie souvent difficile,
- Troubles du comportement, opposition aux soins, problème d'hygiène, difficultés à s'adapter à la vie en groupe.

Ces difficultés font parfois l'objet de réunion du personnel lorsque les personnes ont un problème d'hygiène persistant, lorsqu'elles refusent d'intégrer un foyer d'urgence, lors d'une injonction de soin.

Suite à ces réunions, des propositions concrètes ont été émises dans 3 centres ;

- Proposition de la remise d'une allocation de RU,

- Travail en amont avec les équipes nous adressant les patients et étant prêtes à les reprendre instantanément en cas de problème,
- Conventions de partenariat signées, proposition de mise en place de supervisions pour aider efficacement les équipes de terrain.

La Formation des professionnels

Les **professionnels** (maître de maison, éducateur x2, chef de service, secrétaires, agent d'accueil, travailleurs sociaux) de tous les **centres d'hébergement** ont reçu une formation spécifique en alcoologie.

Ils ont également reçu d'autres formations ;

- Formation sur d'autres addictions x3,
- Formation à l'accueil x1,
- Formation en relation d'aide x2.

Dans les centres de soin, le personnel a également bénéficié de formation ;

- Formation à l'accueil x3,
- Formation à la relation d'aide x5,
- Formation à la prévention des violences x2,
- Accompagnement alcoologique, écoute téléphonique x2,
- Alcoologie, mon vêtement, ma seconde peau,

Les organismes de formation étaient :

- ANPAA x3,
- Vie active,
- PRS,
- CCAA,
- FNARS,
- IRTS,

- ABCD x2,
- IREMA
- AREAT x2,
- GRAA,
- DATIS,
- SFA

La formation des professionnels (gratuite) est une demande des structures.

Perspectives

Les centres d'hébergement aimeraient trouver un appui, une réflexion sur les difficultés rencontrées dans leur structures à cause de l'alcool ou d'autres produits psycho actifs ;

- Aide à la réflexion,
- Echanges et réflexions, ...

2 centres de soins seraient également partants pour cet appui afin de mieux aider le public à venir aux soins, une écoute réelle des difficultés des équipes de la part des décideurs car les idées de solution sont sur le terrain.

Commentaires des structures d'hébergement ;

Attention à « l'effet millefeuille » car il existe déjà le réseau santé et précarité, santé mentale et précarité, ...

« Il serait souhaitable que ces groupes de pilotage aboutissent à la création de services ou moyens. Il est trop souvent remarqué que des réflexions aussi poussées et judicieuses soient elles, demeurent en l'état ».

ANNEXE 6

Analyse des questionnaires

Sur les territoires de Lens/Liévin/Hénin/Carvin

Présentation des structures ayant répondu aux questionnaires

Réponses obtenus ;

- Accueil 9 de cœur,
- Declic,
- Le Square,
- CCAA de Liévin,
- Les Erables,
- CAN (Centre Alcool Nutrition).

Le centre d'hébergement dispose de nombreux bénévoles ; 1 pédiatre (2H/quinzaine, 1 institutrice (2H/semaine), 1 professeur de Maths (2H/semaine), 1 médecin du sport (2H/mois).

Les publics reçus en 2006 sont ;

- ✓ Les femmes, couples et familles « *connaissant de graves difficultés notamment économiques, familiales, d'insertion afin de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale* » selon l'article 157 loi du 29/07/98 pour le CHRS.
- ✓ Accompagnement uniquement de femmes par l'équipe mobile de Déclic,
- ✓ Pour « le Square » File active toxicomanie = 789 personnes, alcoologie = 597 personnes, plus de 650 personnes par équipe de liaison. Les femmes représentent environ 15% de la file active.
- ✓ 590 personnes pour le CCAA,
- ✓ 697 pour les Erables.

Les capacités d'accueil des structures sont variables ;

- 60 place CHRS et 8 places de stabilisation pour accueil 9 de cœur,
- Le CCAA ne dispose pas de limite d'accueil,
- 8 lits d'hospitalisation uniquement pour la toxicomanie ou la polydépendance pour « le Square »,
- 25 lits d'hospitalisations, consultations externes en ambulatoire pour les Erables.

Le partenariat

Tous les centres de soins déclarent être en partenariat avec des CHRS, 3 avec des SAUO, 4 avec des centres d'hébergement d'urgence.

Les professionnels sont en contact avec ces structures pour ;

- Envoyer du public x4,
- Réfléchir ensemble à une problématique x3,
- Accueillir les personnes orientées x1,
- Réunions du réseau alcoologique du bassin de vie x1.

Ils déclarent tous travailler également avec d'autres structures accueillant un public précaire telles que le Secours catholique, le réseau Convergence, les urgences des CH, ...

Ces professionnels d'un centre aimeraient développer un partenariat spécifique ;

- Approfondissement du travail de réseau avec Artois Chrysalide pour « alcool et femme enceinte ».

Le **CHRS** déclare travailler en partenariat avec des structures de soins spécialisées pour la prévention et la prise en charge des consommations à risque telles que le CCAA, le Square, les Erables, médecin libéral, ...

Les professionnels font appel à ces structures pour envoyer du public, réfléchir ensemble à une problématique, des formations.

Structure, alcool et autres produits psychotropes

En terme de fréquence de consommation de produits psychotropes ;

13. Le tabac,

14. L'alcool pour les hommes, la surconsommation de médicaments pour les femmes,

15. le cannabis pour les hommes, l'alcool pour les femmes,

16. la surconsommation de médicaments pour les hommes, le cannabis pour les femmes.

Le produit posant le plus de difficultés semble être la drogue.

Le règlement de fonctionnement parle d'alcool et des autres produits psycho actifs ; « *Interdiction d'introduire de l'alcool ou des produits toxiques (drogues)* ». Selon les professionnels, il est possible de faire respecter le règlement car « *la consommation n'est pas évoquée dans le règlement et peut donc faire l'objet d'une prise en charge personnalisée et adaptée Tant que les comportements sont conformes à la vie sociale (il existe donc une différence entre les pratiques d'internat et celles des appartements éclatés). L'interdiction d'introduction de ces produits n'est pas corrélée à une expulsion et permet une sanction (ou un échange) adaptée et progressive, permettant l'élaboration d'un accompagnement où cadre, écoute active, ... sont présents.* »

Il ne semble pas utile de le modifier car la prise en charge des personnes obligent régulièrement les professionnels à revisiter leurs pratiques (formation, accompagnement, règlement).

Les professionnels semblent parler d'alcool facilement, en cas de problème, pour un rappel au règlement, pour susciter du soin.

La prévention des conduites à risque au sein du CHRS

Le CHRS a mis en place des actions de prévention en son sein. Celles-ci sont animées par une conseillère en économie sociale et familiale, une socio-esthéticienne, ...

Les actions spécifiques menées ;

- Alcool atelier d'informations et d'échanges (avec le SLPS de Lens et Viel Libre), diététicienne du CCAA (élaboration des menus, ...), accompagnement personnalisé,

- Tabac, cannabis, autres produits ateliers d'informations et d'échanges, accompagnement personnalisé.

D'autres « thèmes santé » jugés essentiels pour les hébergés ont été abordés tels que le sommeil, le stress, la contraception, l'IST, ...

Le CHRS fait appel à des structures externes pour mener ces actions telles que le CCAA de Liévin, le Square, SLPS de Lens, le Réseau Artois Chrysalide, les Erables, le réseau émergence.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Au sein du CHRS, il n'existe pas de permanence de médecin, d'IDE ou de psychologue.

La structure fait appel à des partenaires extérieurs précédemment cité. Les usagers se voient proposer l'aide de ces partenaires. Il est également possible qu'ils soient accompagnés sur place. Les femmes peuvent bénéficier d'un accompagnement privilégié par le Réseau Artois Chrysalide. De plus, le CHRS dispose d'une convention avec les Erables.

En 2006, 16 personnes ont été orientées et 18 ont été suivies.

Les professionnels du CHRS estiment que l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool est satisfaisant.

Pour eux, cela est dû au fait qu'il existe un réseau actif.

Les conduites de consommation à risque font souvent l'objet de réunions d'équipe.

5 centres de soins sur 6 ont déclaré accueillir des personnes en situation de précarité, en 2006 (entre 5 et 40 personnes). Pour 4 de ces centres, ces personnes font l'objet d'un accueil spécifique ;

- Prise en charge sociale immédiate (2 ETP AS dans la structure),

- Accompagnement social, travail en réseau et concertations plus intensifs, accompagnement psychologique plus soutenu.

Ces structures estiment que l'accès au soin des personnes précaires au sein de leur établissement est plus au moins adapté (x3), voire adapté (x2) car ;

- La mobilité de l'équipe facilite « l'accroche de soins », le suivi, l'émergence d'un projet de soin grâce à la pluridisciplinarité,
- Difficulté à trouver un logement d'urgence,
- Pas d'AS dans la structure,
- Locaux neufs, personnel formé et qualifié, échanges avec les partenaires, volonté du service de l'accueil de ces patients,
- Difficile de franchir la porte d'un service d'addictologie, regard jugeant des autres patients.

Les difficultés rencontrées par les professionnels

Au CHRS, la consommation de substances psycho actives est une source de difficulté pour les professionnels car elle entrave les démarches d'insertion et entraîne des prises en charge longue. De plus, il existe peu de solutions adaptées (logement adapté, ...).

Ces consommations semblent aussi poser problème pour les autres hébergés et la vie en communauté.

Les professionnels du soin de 4 structures éprouvent des difficultés avec le public en situation de grande précarité ;

- Difficulté d'adhésion au projet de soin,
- Instabilité familiale et sociale x2,
- Pathologies psychiatriques associées x2,
- Ambiguïté quant aux missions du personnel,
- Violence conjugale,
- Vigilance vis-à-vis de la protection de l'enfance,
- Difficile de maintenir l'abstinence à la sortie,

- Complications somatiques,
- Difficulté à élaborer un projet de vie différent,
- Réalité du « Bassin minier »,
- Difficulté financière, pas de couverture sociale.

Ces situations font souvent l'objet de réunion du personnel afin de mettre en commun la perception de chacun, d'assurer une prise en charge globale du patient, d'ajuster l'accompagnement.

Des solutions concrètes ont été trouvées;

- Concertation avec les partenaires, formation d'un groupe (projet labellisé PRSP, actuellement recherche de financements),
- Groupe de réflexion avec l'APSA + autres partenaires de l'addictologie,
- Orientation en post-cure, foyer VISA.

La Formation des professionnels

Au CHRS, l'ensemble de l'équipe a suivi une formation spécifique en alcoologie. Certains ont assisté à d'autres formations ;

- Alcoologie générale,
- Autres addictions,
- Formation à l'accueil,
- Relation d'aide,
- Prévention des violences.

Dans les centres de soin,

- Formation à l'accueil x5,
- Formation à la relation d'aide x5,
- Formation à la prévention des violences x2,
- Conduites d'entretiens,
- Tabac

Les organismes de formation étaient ;

- L'ANPAA x4,
- AREATx4 (dont 1 par le biais du Réseau Artois Chrysalide),
- IREMA x2,
- Carole Gammer,
- Association Culture et Liberté.
- Psycom.

La formation des professionnels est une demande des structures.

Perspectives

Le CHRS et 3 centres de soins aimerait trouver un appui, une réflexion sur « Alcool et précarité » ;

- Formation intra muros permettant de réfléchir sur le projet individuel et les différentes pratiques de prise en charge personnalisée,
- Réflexion sur les réponses de proximité,
- Manque de structure « bas seuil » sur la région pouvant accueillir un public précaire présentant des conduites de polydépendance,
- La réflexion sur la difficulté à élaborer une vraie demande de soins en alcoologie et une implication dans le programme de soins, Qu'est ce qui est urgent ? L'hiver ? Le problème social ? Financier ? L'alcool ?
- Mise en place d'un groupe de réflexion.

ANNEXE 7

Compte rendu de la 1^{ère} réunion de Groupe de Travail

Le 29 Janvier 2008

Territoires d'Arras/Bapaume

Personnes présentes ;

Thierry BOCKSTAEL, SAUO Arja,

Vanessa BOUVET-LEPRINCE, CCAA,

Isabelle BRIAVAL, CHRS d'urgence Le petit âtre,

François-Xavier DEAL, ANPAA 62,

Hélène PAUCHET, ANPAA 62,

Kévin POUESSEL, coordonateur PTS de l'Arrageois,

David TORRES, coordonateur PTS du Ternois.

Tour de Table. Présentation du projet.

Remise de l'analyse des questionnaires sur le territoire afin de l'expliquer, en discuter ensemble et ainsi l'étoffer.

- Il semble qu'il y ait un souci d'articulation entre le médical et le social.

En effet, les professionnels du social souhaiteraient avoir un suivi de leurs usagers lorsque ceux-ci accèdent aux soins.

Ce suivi est souvent compliqué car les professionnels du secteur médical refusent de donner des informations considérées comme étant du domaine du secret professionnel.

Il semblerait qu'il y ait, donc, un manque de concertation entre les différents professionnels (sous couvert du secret partagé).

Les concertations qui pourraient être mises en place ne seraient pas spécialement formalisées. Il suffirait que les professionnels se rencontrent lorsqu'ils suivent ensemble une

personne. Elles pourraient également mettre fin à ce que les professionnels du social appellent la « logique cloisonnée ».

- Les professionnels n'ont pas la même vision du soin.

Pour les équipes soignantes, le soin ne représente pas une urgence car il faut que le malade chemine vers le soin et non qu'il se précipite.

Les professionnels du social estiment, au contraire, que le soin en addictologie est une urgence pour les hébergés. Ainsi, ils déplorent les délais d'attente d'accès aux soins. Pour un grand marginal, le fait de se déplacer et d'accepter le soin est déjà une démarche importante. Dans ce cas, l'attente décourage ces personnes.

Ces professionnels comprennent qu'une adhésion aux soins ne peut se faire totalement dans l'urgence. Ils soulignent, par conséquent, le fait que des concertations préalables concernant des cas précis seraient un atout pour les professionnels et les malades.

- Tous les professionnels déplorent un manque de préparation à la sortie des soins.

En effet, les usagers retournent en foyer et se réalcoolisent généralement assez rapidement. Les concertations évoquées précédemment pourraient également servir à structurer un parcours pour le malade venant de centre d'hébergement.

- L'accès aux soins semble être facilité lorsqu'une assistante sociale est présente dans les structures de soins ou tient des permanences dans les structures d'hébergement.

L'assistante sociale semble jouer un rôle clef au même titre que le psychologue. Ces personnes peuvent être des interlocuteurs privilégiés en relation avec les structures d'hébergement.

Les professionnels déplorent, d'ailleurs, le manque d'assistantes sociales et de psychologues sur le territoire.

- Les professionnels aimeraient pouvoir être formés spécialement sur le sujet.

Ils souhaitent adhérer à un projet de formation relais d'aide spécialement adapté au public en situation de précarité.

Un module « gestion de crises » semblent également essentiels pour les professionnels.

- Les professionnels du social déplorent le manque de compréhension des professionnels de l'urgence tels que les pompiers, la police, l'équipe médicale d'urgence, ...

Selon eux, peu d'urgentistes considèrent la personne dépendante à l'alcool comme un véritable malade.

La plupart du temps, police et pompiers ne se déplacent plus surtout lorsque les personnes ne leur sont pas inconnues. Les professionnels du social ressentent une certaine lassitude de la part des urgentistes.

De plus, Les usagers malades alcooliques fréquentant les centres d'hébergement subissent un double regard négatif de part leurs conditions. Certaines brimades leurs sont également adressées.

Dans de nombreux cas, ce manque de prise en charge est fortement dommageable pour la santé de la personne en situation de précarité (maladies détectées trop tardivement, infections de blessures bénignes, ...)

- M.Bockstael remarque que certains de ces constats étaient déjà révélés dans la recherche action intitulée « *Etude sur la prise en charge des personnes en souffrance psychique et en urgence sociale sur l'arrondissement de Arras (62)* ».

Elle souligne notamment le fait que 20% des patients nécessite une prise en charge pluri disciplinaire.

Cette étude, réalisée en 2007 fait également part de certaines recommandations.

- Il semble également opportun de trouver une articulation avec le réseau local « précarité et santé mentale » afin d'éviter « l'effet millefeuille ».

Les professionnels mettent en avant le fait que de nombreuses études sont réalisées. Ils espèrent que les préconisations seront entendues afin de ne pas provoquer une lassitude.

- Le produit posant le plus de difficultés semblent rester l'alcool.

A l'hôpital, l'entrée sur 5 est liée directement ou indirectement à l'alcool.

Dans les structures d'hébergement, l'alcool est le second produit psycho actif le plus utilisé (derrière le tabac). La consommation de ce produit pose essentiellement des difficultés en cas de violence (d'où, entre autre, le besoin de formation en gestion de crises).

ANNEXE 8

Compte rendu de la 1^{ère} réunion de Groupe de Travail

Le 31 Janvier 2008

Territoires de Calais, Boulogne, Montreuil

Personnes présentes ;

Marie-France ANDRIEUX, CCAA Boulogne-sur-Mer, 5 place Navarin 62200 Boulogne,

Sandrine DABROWNY, Hepciad, 7 rue Arthur Becquart 62600 Berck,

Jean-Hugues DANGLA, SAUO de Boulogne-sur-Mer, 9 rue Pasteur 62200 Boulogne,

Christine DEHARVENG, CHRS des 2 Caps, Château de Ledquent BPI4 62250 Marquise,

Virginie GAILLARD, CHRS le Moulin Blanc, 22 rue Andrique Bât U BP625 62228 Calais
Cedex

educatifchrscalais@orange.fr

Matthieu LAWNICZAK, Hepciad, 7 rue Arthur Becquart 62600 Berck

mlawniczak@ch-montreuil.fr,

Yohan LEGRAIN, FIAC, 76 rue du maréchal Delattre de Tassigny BP98 62603 Berck
cedex.

Fiac.sauo@wanadoo.fr,

Hélène PAUCHET, ANPAA 62, Résidence St Pol, 2 voie Bossuet 62000 Arras

hpauchet.anpaa62@nordnet.fr,

Delphine PENNE, CHB Boulogne-sur-mer, all Jacques Monod 62200 Boulogne-sur-Mer.

Frédéric SAUVAGE, FIAC, 76 rue du maréchal Delattre de Tassigny BP98 62603 Berck
cedex.

NB ; les personnes présentes ont souhaité que figurent leur adresses et leur mails.

Tour de Table. Présentation du projet.

Remise de l'analyse des questionnaires sur le territoire afin de l'expliquer, en discuter ensemble et ainsi l'étoffer.

- Le SAUO de Boulogne n'a pas reçu le questionnaire destiné aux structures d'accueil.

En effet, le SAUO est ouvert depuis le premier trimestre 2007, le personnel ne pouvait donc répondre aux questions sur l'activité 2006, les difficultés rencontrées, la présence dans le réseau,...

Ainsi, M.Dangla expose brièvement l'activité du SAUO.

Le SAUO dispose de 2 professionnels à temps plein. Un psychothérapeute et une IDE interviennent à temps partiels.

Il semblerait que la présence de ces professionnels du soin au sein de la structure, facilite la communication avec les acteurs du monde médical. A l'inverse des éducateurs se retrouvant souvent devant la difficulté des professionnels à partager des informations qu'ils estiment être de l'ordre du secret médical.

Le SAUO fait partie du réseau local « précarité et santé mentale » du Calaisis (regroupant le soin, les MDS, les CCAS, la tutelle, les bailleurs sociaux, les associations d'entraide, les CHRS, les foyers, la maison de la famille) ainsi que du réseau départemental « santé et précarité ». Ces participations à ces différents réseaux sont facilitantes lorsqu'il s'agit d'orienter une personne car les éducateurs connaissent les professionnels à joindre directement.

- Mme Andrieux souhaite préciser les nouvelles orientations du CCAA prochainement CSAPA.

La mise en place du CSAPA de Boulogne s'accompagne d'une véritable volonté d'ouverture et de travail en réseau.

Il semble essentiel de travailler avec le social sous couvert du secret partagé afin d'assurer un suivi dans les démarches du patient et afin que les professionnels comprennent qu'ils ne sont pas seuls.

- En ce qui concerne l'HEPCIAD ;

Il y a eu des changements au niveau de l'équipe de professionnels.

Les professionnels de l'Hepciad ont l'habitude de travailler avec des professionnels du social sous couvert du secret partagé (favorisé par la présence d'un psychologue à plein temps).

Ainsi, les éducateurs peuvent accompagner et assister facilement aux consultations des malades.

Il semble intéressant d'avoir un référent par structure pour les personnes et pour les professionnels. Cette idée serait peut être à développer.

L'Hepciad ne situe au cœur d'une zone rurale et il est difficile de s'y rendre pour les malades non véhiculés notamment à cause du manque de transports en commun.

De plus, peu d'associations néphalistes sont présentes sur ce territoire.

- Le travail en réseau semble être satisfaisant sur le territoire.

Ce travail en réseau est notamment facilité par les équipes de rue, les professionnels du social faisait partie du samu social, les permanences d'IDE dans les structures d'hébergement, ...

- Les professionnels soulignent un manque d'informations et de prises en charge aux urgences.

Il semble que les urgentistes ont encore du mal à considérer la dépendance à l'alcool comme une véritable maladie.

L'équipe de liaison qui est en train de se former sûrement multiplier les informations en direction de ces professionnels.

- Les professionnels aimeraient également avoir accès à des formations spécifiques.

Les formations autour, par exemple, de « qu'est ce que l'accompagnement », « comment gérer les situations de crise », ... permettraient aux professionnels d'acquérir des connaissances adaptés à leur vie professionnel et de pouvoir se rencontrer en pluri disciplinarité.

La seconde réunion du groupe de travail aura lieu le Jeudi 3 Avril à 9H30 au CCAA de Boulogne-sur-Mer.

Compte rendu de la 2ème réunion de Groupe de Travail

Le 3 Avril 2008

Territoires de Boulogne, Calais, Montreuil

Personnes présentes :

Astrid ABRAS, Blanzly Pourre,
Marie-France ANDRIEUX, CCAA Boulogne,
Sandrine DABROWNY, Hepciad,
Jean-Hugues DANGLA, SAUO Boulogne,
Christine DEHARVENG, CHRS les 2 Caps,
Céline FERRIER, Blanzly Pourre,
Virginie GAILLARD, CHRS Le Moulin Blanc,
Céline HOUDRE, SAUO Boulogne,
Franck LEGRAND, CHRS de Wimille,
Hélène PAUCHET, ANPAA62,
Delphine PENNE, CCAA Boulogne sur mer,
Valérie PETIT, étudiante cadre de santé,
Noémie POULAIN, coordinatrice PTS,
Frédéric SAUVAGE, FIAC, CHRS de Berck,
Patrick TABET, Blanzly Pourre.

Tour de table, présentation des personnes et de leur structures.

Le CCAA de Boulogne et le CSST sont en train de fusionner afin de se réorganiser en CSAPA dès 2009. L'équipe médicale va s'étoffer d'autres professionnels (diététicienne, socio-médicaux, ...).

Le CSAPA travaillera avec les CARUD, ... une convention a déjà été signée avec BDI (Boulogne Drogues Info).

Contrairement aux idées reçues, le public accueilli provient de toutes catégories sociales confondues.

Avec la création du CSAPA, différents groupes et ateliers ont été mis en place comme le groupe pédagogique consistant à mettre en valeur les capacités de chacun, ...

Pour les professionnels du social, il existe un problème de « cloisonnement » des personnes ne permettant pas une prise en charge globale de celles-ci.

M.Tabet demande donc que les professionnels du monde social soient engagés dans le fonctionnement du CSAPA.

Les professionnels éprouvent un véritable besoin de travailler ensemble car le groupe pense que le social et le médical ne se connaissent pas suffisamment. La mise en place des CSAPA et les réunions de concertation semblent des temps propices pour que chacun se rencontre et connaisse le travail de l'autre.

Depuis la dernière réunion du groupe de travail, le FIAC et l'Hepciad se sont rencontrés et ils mettent en place un partenariat basé sur le secret partagé.

Les professionnels présents ont découvert que sur certaines situations, ils faisaient un double travail. En effet, certaines personnes sont prises en charge en structure d'accueil et en CCAA et n'ont pas le même projet avec les deux structures. Les professionnels rencontrent donc des échecs qu'ils ne comprennent pas. Il semble donc manquer de concertation entre les structures.

De plus, il paraît important que les professionnels aient une base de connaissances commune, des formations ensemble (le social peut « faire peur », manque de connaissances de base de ce que sont les soins, ...).

Ces problèmes entraînent une prise en charge des personnes plus compliquée et plus longue que ce soit dans les structures de soins et dans les structures d'hébergement.

ANNEXE 9

Compte rendu de la 1^{ère} réunion de Groupe de Travail

Le 5 Février 2008

Territoires de Béthune, St Omer

Personnes présentes ;

Danielle BORKOWSKI, CHRS de Béthune (masculin et féminin),

Pierre-Philippe CARON, Coordonateur PTS de St Omer,

Alain CHARPENTIER, la Presqu'île,

François CHOVAUX, le Phare,

François-Xavier DEAL, ANPAA 62,

Benoît LABRE, CMP de Béthune,

Alain LORIDAN, CMP de Béthune,

Hélène PAUCHET, ANPAA 62,

Tour de Table. Présentation du projet.

Remise de l'analyse des questionnaires sur le territoire afin de l'expliquer, en discuter ensemble et ainsi l'étoffer.

- Il existe de nombreux réseaux sur le territoire, il faut faire attention à ne pas résulter sur un effet millefeuille.

Il serait peut être intéressant d'organiser les réseaux avec, par exemple, la création d'un comité de pilotage et de différents comités techniques dans une organisation claire.

- Il serait intéressant de favoriser la formalisation par le biais d'une convention commune entre le soin et l'hébergement.

L'accès aux soins semblent être facilités dans certaines structures lorsque les structures de soin se déplacent afin d'assurer une permanence.

Il est à souligner que même dans les structures possédant une permanence de soins, il est très difficile de toucher le public dehors.

- Il y a un manque de lien entre la cure et la post-cure.

En effet, à la suite des soins, les usagers reviennent en structures d'hébergements et se réalcoolisent souvent assez rapidement.

En effet le « temps » de l'alcoologie et le « temps » des personnes en situation de précarité ne semble pas être le même. Les professionnels de l'alcoologie estiment qu'il n'y a pas d'urgence et que la personne doit cheminer un moment avant d'intégrer leurs structures. De plus, ils souhaitent être certains que le CHRS récupère leur usager en cas de problème.

Pour les professionnels du social, il est difficile de faire émerger une demande de soins en alcoologie de la part des personnes précaires (pour lesquelles, le soin n'est pas forcément une priorité). Ainsi, lorsque la personne commence une démarche, il semble important qu'elle soit prise en charge rapidement.

Il faut donc travailler sur un parcours complet de soins construit dans la durée.

- Il serait intéressant pour les professionnels de certaines structures d'hébergement qu'un professionnel externe supervise les équipes.

Cette pratique est déjà en place au Phare, elle permet de remettre du sens, remotiver, analyser les pratiques des professionnels et évacuer certaines émotions notamment lors d'un décès.

- Le besoin de formation a été évoqué par les professionnels (essentiellement du secteur social)

Il semble intéressant que les professionnels d'une même structure accèdent aux mêmes formations afin qu'il y ait une cohérence dans les équipes (pour ce faire, il faudrait que les formations soient gratuites pour les participants).

La seconde réunion du groupe de travail aura lieu le Mardi 22 Avril à 14H au CHRS
d'Annezin

Compte rendu de la 2ème réunion de Groupe de Travail

Le 22 Avril 2008

Territoires de Béthune, St Omer

Personnes présentes ;

Danielle BORKOWSKI, CHRS de Béthune (masculin et féminin),

François CHOVAUX, le Phare,

François-Xavier DEAL, ANPAA 62,

Benoît LABRE, CMP de Béthune,

Bernadette LAURENT, CCAA Béthune,

Alain LORIDAN, CMP de Béthune,

Hélène PAUCHET, ANPAA 62,

Frédérique PURNODE, SAUO de Béthune,

Sandrine ROLAND, SAUO Béthune

Tour de Table. Retour sur le compte-rendu de la précédente réunion de groupe de travail.

Le groupe insiste sur le fait qu'il est difficile voire impossible de faire respecter le règlement « alcool 0 » au sein de la structure car certaines personnes sont dépendantes.

Mme Laurent remet à chacun la plaquette du « Réseau alcoologique de l'Artois ». C'est un réseau médico-social composé essentiellement de professionnels du social existant depuis 2001.

Il semble important au groupe de former les professionnels afin que chacun ait une base de connaissance et de pratique communes surtout en ce qui concerne l'alcool, la dépendance, ... Il paraît essentiel de partager le « même regard ». De plus, lorsque plusieurs professionnels de champs différents interviennent autour de la même personne, il faut que

ceux-ci aient le même langage. Il faut que la personne sente qu'il y a une cohérence entre les professionnels.

Il serait intéressant que ces formations soient des « form'actions » se basant, en partie sur le terrain, sur des cas concrets.

Ces formations devraient être durables afin de déboucher sur de la supervision.

La supervision des équipes semble être un point essentiel. En effet, certains professionnels sont « en souffrance », se sentent frustrés ou en situation d'échec. Ils ont alors besoin d'en parler, de prendre du recul.

En ce qui concerne les préconisations, le groupe de travail estime que de nombreuses choses existent et qu'elles pourraient mieux fonctionner si les moyens étaient augmentés notamment pour ;

- Les places de stabilisation ; il en existe 4 à Annezin au foyer masculin et 5 au sein du foyer féminin et 3 au Phare (en appartement). Alors que dans les textes, ces places devraient être attribuées pour une durée illimitée, cela s'avère impossible sur le terrain. Il faudrait alors multiplier ces places qui permettent aux personnes les plus autonomes de préparer leur future vie et de construire leurs projets en étant en « semi-indépendance ».

Il est intéressant ici de souligner que lors des ateliers d'échanges organisés l'année dernière par le réseau Santé et Précarité du Pas-de-Calais, les hébergés ont mis en clairement en évidence la difficulté qu'ils ont à passer d'une vie en collectivité guidée par les éducateurs à une indépendance totale. La plupart des hébergés jugent ces places de stabilisation très utiles voire indispensables mais insuffisantes.

- Les réseaux existent mais finalement personne ou presque n'a une vue d'ensemble de ce qu'il se passe sur le territoire. Le groupe de travail propose donc de créer un poste de chargée de mission. Cette personne s'occuperait d'animer le réseau (coordination des réseaux, compte rendus, ...) et de créer des fiches techniques sur les structures du territoire avec des mises à jour régulière.
- Il faudrait renforcer l'équipe médicale dans les structures sociales. Puisque la santé fait partie de la prise en charge globale de la personne, il est important qu'il y ait des professionnels médicaux au sein des structures selon le groupe de travail. En effet, ceux-ci peuvent suivre des personnes, les orienter, ... alors que celles-ci n'iraient pas spontanément vers le soin. Il faut pour ces personnes un premier lien de proximité avec le soin.

- Pour les professionnels présents, il manque des places en post-cure et le temps de post-cure est parfois un peu court essentiellement pour les personnes ayant vécu dans la rue depuis de nombreuses années.

En ce qui concerne le dispositif PASS ;

Rien ne semble exister sur Béthune concernant le PASS malgré les rencontres entre professionnels sociaux et médicaux.

Pour le groupe de travail, il suffirait, par exemple, qu'un créneau horaire soit réservé aux structures car il est souvent long et difficile pour les professionnels sociaux d'amener une personne vers le soin, cela passe souvent par un temps de négociation.

Cette négociation est aussi valable pour les soins en alcoologie. En effet, les professionnels sociaux passent souvent beaucoup de temps à construire une demande de soin en alcoologie avec les usagers. Ils demandent donc que les délais de prise de rendez-vous soient moins longs. Pour les professionnels médicaux, la demande des personnes doit être profonde et réfléchie, le rendez-vous ne peut donc être donné dans l'urgence.

ANNEXE 10

Compte rendu de la 1^{ère} réunion de Groupe de Travail

Le 8 Février 2008

Territoires de Lens, Liévin, Hénin, Carvin

Personnes présentes ;

Georges KOWALSKI, Le Square,

Pascale LANCEL, Le Square,

Didier LEFEBRE, APSA La Boussole,

Josée MEISSNER, CAN de Carvin,

Juliette OTENDE, Déclic,

Hélène PAUCHET, ANPAA 62.

Tour de Table. Présentation du projet.

Remise de l'analyse des questionnaires sur le territoire afin de l'expliquer, en discuter ensemble et ainsi l'étoffer.

Il y a de plus en plus de jeunes à la Boussole. En effet, entre 30 et 35 % des personnes hébergées ont entre 18 et 21 ans. Ce sont essentiellement des jeunes ayant connu des maltraitements, des familles d'accueil, ...

- Le partenariat semble bien fonctionner sur le territoire mais il semble qu'il manque des réunions de synthèse.
- Il faudrait peut être relancé le Réseau Bassin Minier (en passant par exemple par un système de conventionnement) qui fonctionnait bien mais qui commence à s'essouffler.

- En ce qui concerne les consultations avancées au sein des structures d'hébergement, les avis sont partagés.

A la Boussole, une psychothérapeute est présente pour faire émerger la demande de soins ainsi les hébergés se présentent dans des services hospitaliers comme tout à chacun. De plus, au sein de la structure, l'IDE facilite les liens avec les professionnels externes du soin.

- Les professionnels déplorent un manque de préparation à la sortie des malades.

En effet, à la sortie des soins, les usagers des centres d'hébergement se retrouvent dans les mêmes conditions et se réalcoolisent rapidement.

- La poly consommation de produits psychotropes semble être une réelle difficulté pour les professionnels.

Le sevrage est plus compliqué lorsqu'il y a une association de produits.

Pour les professionnels du social, la gestion de crises lorsque la personne a consommé divers produits semble être compliquée et entraîne parfois des débordements de violence.

- Les professionnels aimeraient que les PASS soient remis en place car ils répondraient à des réalités de terrain.

L'accès aux soins des personnes en situations de précarité est facilité lorsqu'il y a une IDE dans les structures d'hébergement et une assistante sociale dans les structures de soins. Cependant, il est à noter qu'il existe toujours une stigmatisation du SDF accrue lorsque celui-ci est malade alcoolique.

Face à ce regard jugeant des professionnels de soin, il est nécessaire d'aborder ces situations lors de formations (par exemple, la psychothérapeute de la Boussole intervient dans les IFSI afin de parler des personnes en situation de précarité).

- Les professionnels présents ont déjà recours à des formations spécifiques (avec le CRES, l'IRTS, la Vie Active, ...).
- En terme de perspectives, les professionnels ont évoqué certaines pistes ;

Il faudrait redynamiser le réseau local avec des temps communs d'échanges, de formations, ... afin d'avoir une vision d'ensemble. Les réunions devront être harmonisées afin que le réseau ne s'essouffle pas avec le temps.

Il faudrait encourager la création de lits de coordination thérapeutique avec une réflexion profonde et pluri disciplinaire sur les besoins (travail avec Ephémère, le fil d'Ariane, le Sagittaire).

Il serait souhaitable d'assurer une cohérence entre les discours des acteurs sociaux et les pratiques des professionnels urgentistes comme les pompiers par exemple.

En terme d'outils, il serait intéressant d'avoir une sorte de « Gispac » pour les CHRS (essai de mise en place s'avère compliqué pour l'instant).

La seconde réunion du groupe de travail aura lieu le Mardi 22 Avril à 9H au CAN de Carvin.

Compte rendu de la 2ème réunion de Groupe de Travail

Le 22 Avril 2008

Territoires de Lens, Liévin, Hénin, Carvin

Personnes présentes ;

Isabelle COIFFIER, coordinatrice PTS Hénin, Carvin,

François-Xavier DEAL, ANPAA 62

Christelle DUBOCAGE, CAN et Déclic,

Josée MEISSNER, CAN,

Sabrina NOIRET, Le Square,

Hélène PAUCHET, ANPAA62.

Retour sur l'analyse des questionnaires ;

En ce qui concerne les chiffres donnés sur les publics reçus par structure, des erreurs se sont glissées dans le document en effet, le CCAA de Liévin a reçu 590 personnes et les Erables en ont reçu 697 pour l'année 2006.

En ce qui concerne les lits d'hospitalisation d'urgence ;

- Le Square possède 8 lits d'hospitalisation mais pas de lits d'urgence,
- Il en existe 1 aux Erables.

De nombreux projets, de réseaux, Ont déjà été mis en place sur le terrain mais ne sont pas assez reconnus.

Il semble que, sur le territoire, il manque de places de stabilisation pour les personnes en situation de précarité.

En ce qui concerne le dispositif PASS ;

- Toutes les assistantes sociales du Centre Hospitalier de Lens ont une mission PASS qui leur permet, par exemple, de se déplacer à la Boussole.
- Il n'y a donc pas l'assistante sociale référente PASS. Les Infirmières ont la liste des assistantes sociales par service afin de pouvoir les contacter facilement.
- Actuellement, il n'a pas de médecin PASS ce qui entraîne des difficultés de mise en place et de prise en charge des personnes.

Les professionnels sont ouverts au principe du « secret partagé » entre le social et le médical. Cependant, force est de constater, que ce lien est plus facile à mettre en place quand les professionnels se sont déjà rencontrés précédemment. Ainsi, pour le groupe de travail, les rencontres, les réunions de synthèse, ... sont essentielles. En effet, même si celles-ci prennent du temps, elles permettent d'en gagner au final.

En ce qui concerne Déclic, il y a un travail avec les services sociaux du département. Ainsi, une convention de fonctionnement a été rédigée. Celle-ci comprend des temps de réunion de synthèse avec tous les professionnels et des temps de restitution avec le patient.

Des professionnels ont l'impression que certains usagers sont « fichés » lorsqu'ils font appel aux services d'urgence rechangeant parfois à intervenir.

Les professionnels présents mettent également en évidence le fait qu'il est plus que nécessaire de construire une demande de soins avec les personnes en situation de précarité étant souvent dans de l'immédiateté. Il est aussi essentiel de trouver des solutions à la sortie du soin. En effet, un retour en structure avec les mêmes problèmes, ... entraînent, la plupart du temps, une réalcoolisation et renforce, par conséquent, un sentiment d'échec partagé par les personnes et les professionnels.