

CO-FORMATION PAR LE CROISEMENT DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES
entre des professionnels des unités de soins psychiatriques du CHU de Nantes et
des personnes ayant l'expérience de la pauvreté, militantes d'ATD Quart Monde.

9 AU 11 DÉCEMBRE 2013 À L'IFSI DE NANTES

La co-formation est une des applications de la démarche du croisement des savoirs et des pratiques, dont les principes éthiques et pédagogiques sont présentés dans la charte du croisement des savoirs. L'objectif de la co-formation est l'amélioration de la compréhension et de la connaissance mutuelles entre les professionnels et les personnes issues du milieu de la pauvreté et militantes associatives, ainsi que la recherche et la formalisation de conditions permettant l'amélioration des pratiques.

La co-formation a été organisée par l'Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité (ELPP) du CHU de Nantes, dirigée par le Docteur Hervé INIAL. Elle a été animée par Hervé LEFEUVRE (volontaire-permanent ATD Quart Monde, Ateliers du croisement des savoirs) référent du groupe des militants, et par Céline DUVERGER (assistante de service social de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Nantes) référente du groupe des professionnels ; Frédéric SUBBTIOTTO (volontaire-permanent ATD Quart Monde, Ateliers du croisement des savoirs) a soutenu l'équipe d'animation.

Ce compte-rendu a été réalisé à partir de l'enregistrement de la présentation des travaux faite par les participants le dernier jour. Il reprend également les exercices sur les représentations mutuelles.

PARTICIPANTS

12 professionnels :

- BERNE Patrick (infirmier)
- BLONDEL Sophie (infirmière)
- CADORET Nadège (infirmière)
- DUTERTRE Michaël (infirmier)
- CHARPENTIER Sylvie (infirmière)
- GUÉGUANIC Hélène (infirmière)
- GUINET Philippe (infirmier)
- HERVIEU Christelle (infirmière)
- LATOUCHE Karine (infirmière)
- MASSÉ Anna (assistante sociale)
- ROGER Christian (infirmier)
- BARBIER Pierre (psychiatre)

5 militants d'ATD Quart Monde :

- AUBRÉE Jacky
- GÉLIN Murielle
- GIRARD Sonia
- GODEFROID Yves
- POUILLAIN Pascal

DÉROULEMENT

JOURNEE 1

- Introduction par le Docteur Hervé INIAL
- Présentation des participants, du stage, de la démarche du croisement des savoirs et des pratiques
- Travail sur les représentations mutuelles
- Ecriture de récits d'expérience

JOURNEE 2

- Retour sur les échanges de la veille en présence de monsieur CAILLAUD, Directeur des soins, plate-forme de proximité n°3
- Analyse de récits d'un militant et d'un professionnel en groupes de pairs (un groupe militants et deux groupes professionnels) :
 - Formulation d'une **problématique**
 - Identification des **logiques** des militants, des professionnels, des institutions (recherche de la manière dont ces logiques favorisent ou non la relation et l'interaction)

JOURNEE 3

- Analyse d'un récit de militant en deux groupes mixtes (professionnels et militants ensemble) :
Identification des **initiatives et des prises de risques** (recherche de la manière dont les initiatives et les risques favorisent ou non la relation et l'interaction)
- Mise en forme en deux groupes des constats et des conditions principales pour améliorer les pratiques
- Evaluation collective

INTRODUCTION DU DOCTEUR INIAL

Je suis chef de service de psychiatrie 4 et référent médical de l'ELPP au CHU de Nantes. Je suis très heureux que cette formation ait lieu et je remercie ceux qui acceptent d'y participer, en particulier les personnes militantes d'ATD Quart Monde.

Pourquoi l'ELPP a souhaité cette formation ? Nous avons toujours à améliorer l'accueil, à apprendre des personnes pour lesquelles nous avons une mission, celle d'aider à l'amélioration de la santé psychique. C'est une première expérience pour le CHU et pour le domaine de la santé mentale.

Nous sommes en attente de ce qui va sortir de ce travail, pour améliorer globalement l'accueil du CHU de Nantes, et plus largement, et celui d'autres équipes de santé mentale.

Nous aurons à imaginer comment partager le travail réalisé pendant les trois jours.

J'excuse Monsieur MACHON, directeur de la plateforme de proximité 3 au CHU, et Monsieur Martineau, médecin responsable du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie et santé mentale qui n'ont pas pu se libérer.

Apportez nous des idées, des façons de faire.

LES REPRÉSENTATIONS MUTUELLES

A PARTIR DU MOT « PAUVRETÉ » (représentation centrale pour chaque groupe en gras)

<i>Groupe professionnels 1</i>	<i>Groupe professionnels 2</i>	<i>Groupe militants</i>
DIFFICULTÉS	MANQUE	SCOLARITÉ
ISOLEMENT	MALHEUREUX	PRÉCARITÉ
MANQUE	EXCLUSION	REGARDS
MALHEUR	MINIMAS SOCIAUX	LUTTE
ISOLEMENT (SOCIAUX)	EXCLUSION	PAROLE
	DIFFICULTÉ	JUGEMENT
	MISÈRE	MANQUE
	MISÈRE	DROITS
		DIFFICILE

A PARTIR DU MOT « SANTÉ »

Groupe professionnels 1



C'est l'équilibre de tout un ensemble : matériel, affectif... et dès que la balance pèse d'un côté, cela déséquilibre tout.

Groupe professionnels 2



Pouvoir se soigner représente un coût, et tout le monde n'a pas les moyens de se soigner. Les besoins basiques doivent être assurés : le bien être, la protection, prendre soin... C'est aussi une question de solidarité.

Groupe militants



Il y a un problème de langage : on ne comprend pas ce qu'on nous dit, parce que les infirmiers et les médecins ne sont pas clairs entre eux.

CONDITIONS POUR AMÉLIORER LES PRATIQUES

Deux groupes, composés de professionnels et de militants, ont présenté des constats et des conditions relevés au cours de la co-formation. Ils ont retenu les éléments qui leur paraissaient essentiels, qui faisaient l'accord. Ce qui suit ne prétend donc pas restituer la totalité des sujets qui ont été abordés pendant deux jours et demi.

✓ **CONSTATS**

Ce qui semblait ressortir des échanges particulièrement, c'est **l'incompréhension** que peuvent avoir les personnes accueillies dans les structures : incompréhension du sens que les professionnels peuvent donner au soin, incompréhension à propos de la nécessité et du sens des règlements, incompréhension entre soignants et patients. Les militants ont dit leur sentiment de ne pas être entendus par les soignants, ont parlé du manque de dialogue avec les professionnels, du manque de disponibilité des infirmiers. Un mot très fort dans une intervention traduisait le sentiment de trahison, donc de manque de confiance.

Est-ce que c'est le manque de confiance qui donne le sentiment de trahison, ou est-ce du sentiment de trahison que découle le manque de confiance ?

Les professionnels (dans un groupe) ont demandé aux militants s'il s'agissait pour eux de 'sentiments' ou de réalités. Les militants ont expliqué qu'il s'agissait d'une réalité, d'expériences vécues : **la peur de parler** pour les personnes, la peur que la parole les isole encore plus, les risques qu'elles peuvent prendre en parlant, la peur des conséquences pour elles (séparation avec leurs enfants)... Au moment du travail sur les représentations mutuelles avec le mot Pauvreté, les militants ont parlé de la peur du jugement, du regard négatif.

Nous avons pris conscience que le même terme peut être interprété différemment entre les professionnels et les personnes. Non seulement nous n'accordons pas tous le même sens aux **mots**, parce que les mots parfois ont des sens multiples, mais parfois les professionnels utilisent des mots qui sont inconnus aux personnes et qui doivent être expliqués.

De la part des personnes accueillies, il peut y avoir **une vision des soignants** faisant partie d'un système. Elles peuvent avoir le sentiment qu'elles ont à faire à un bloc de professionnels, alors qu'elles ont à faire à des soignants, des individualités, qui ont des personnalités, des différences.

Un participant nous a rappelé qu'il fallait **tenir compte des conditions de vie des personnes**. Quand les conditions de vie sont dégradées (privation de nourriture, d'eau, isolement social, plus personnes à qui parler...) cela provoque le sentiment d'être dominé par les professionnels, de ne plus être une personne. Etre en relation avec l'autre, et en particulier avec le soignant, cela devient très compliqué.

On s'est rappelé aussi que le temps, c'est quelque chose de subjectif, que nous avons tous **une perception différente du temps**. Les personnes hospitalisées et les soignants bien souvent n'ont pas la même perception du temps.

Le défaut de communication entre les structures. L'hôpital est une structure, il y a des structures extérieures à l'hôpital, et il y a une méconnaissance entre elles.

✓ **PROPOSITIONS**

A la première hospitalisation et à **la première rencontre avec l'équipe soignante**, il se passe énormément de choses. C'est là que se créent sans doute les premières impressions, les premières perceptions qu'on peut avoir les uns des autres. Il est donc nécessaire de soigner particulièrement l'accueil de la personne. Une équipe a expliqué qu'elle pratiquait un entretien 48 heures après l'admission. Quand la personne est dans un moment moins aigu, qu'elle a commencé à reconnaître les lieux, il lui est proposé un entretien d'accueil : c'est une première rencontre. Cet accueil est fait avec un infirmier, qui veillera à expliquer les lieux, les temps où la personne peut recevoir de la visite, les lieux pour téléphoner, quelles activités sont proposées, quand est-ce que la personne pourra voir le psychiatre, etc. Toutes sortes de questions peuvent être posées à ce moment-là.

Mais nous avons souligné qu'il y a des pratiques et des outils qui ont été réfléchis et mis en place par des équipes, et puis, du fait de l'usure qui s'installe, ou du manque de temps, cela finit par mal fonctionner ou par ne plus fonctionner.

Avec le **questionnaire de satisfaction**, non seulement la parole peut être prise en compte, mais l'avis de la personne, sur la façon dont elle a été accueillie, va être pris en compte. Le livret d'accueil est un support, mais des professionnels disent qu'il n'est pas rempli. Des patients le trouvent dans leur chambre, mais il n'est pas assez expliqué, il n'est pas remis par les infirmiers par exemple. Un livret en lui-même ne sert à rien s'il n'est pas accompagné avec la parole et la présence infirmière.

Comme on est dans un monde parfait, on va sûrement pouvoir réclamer plus de personnel pour être plus disponible, pour que les équipes n'aient pas à faire face sans arrêt à l'urgence, et qu'elles puissent soigner dans de bonnes conditions. Ce qui a été souligné, c'est le manque de disponibilité des soignants. Une solution, c'est qu'il y ait **plus de soignants disponibles**.

Il a été question de l'aménagement des lieux de rencontre pour les familles, et en particulier, pour **que les parents puissent accueillir leurs enfants**, pour que parents et enfants puissent se rencontrer, pour que les familles puissent se rencontrer. Dans les lieux de soin, les enfants parfois ne sont pas admis.

« **Éviter le flou au niveau des acteurs de soin** », qu'est-ce que ça veut dire ? A chaque fois que c'est possible, il faut expliquer et rappeler quel est le rôle et le domaine de chacun : du psychiatre, de l'infirmier, de la psychologue.

Autre point important, **la transparence de l'information** : un patient confie quelque chose à un professionnel, cela paraît important au professionnel que son équipe le sache. Il prévient le patient qu'il va en parler avec le reste de l'équipe, avec le médecin, s'il pense que c'est nécessaire. C'est un moyen pour éviter ce sentiment de trahison repris dans les constats.

A propos de cette information partagée ou transmise, il faut que le patient puisse 'négocier' ce qu'il a envie que le professionnel partage avec le reste de l'équipe. A charge pour les professionnels d'inviter les patients à parler de ce qui est important pour eux et au bon endroit.

Le terme 'négocié' a fait réagir une militante qui a dit « dans tout ce qu'on vit, partout, on est toujours obligé de négocier. En psychiatrie, il faut négocier pour une cigarette, les visites... ».

Nous avons parlé de l'engagement qui consiste à **prendre le temps du dialogue**. Si le professionnel est en train de faire un travail et qu'il n'a pas le temps d'écouter le patient au moment où celui-ci en a besoin, le professionnel doit être capable de dire : ce n'est pas possible maintenant, ce que j'ai à faire ça va me prendre ¼ d'heure ; dans ¼ d'heure, une demi-heure, cela va être possible. Le professionnel s'engage à prendre le temps du dialogue. Sinon, le patient s'isole encore plus, sa situation s'aggrave.

Au sujet du médicament, il faudrait que soit les infirmiers soit les médecins expliquent quel est le médicament prescrit, les effets possibles sur la personne ; et que la personne soit écoutée quand elle connaît les médicaments qu'elle prend et leurs effets (en référence à un récit d'expérience où une personne s'est vue administrer un médicament avec une dose double, aux effets catastrophiques).

La direction des usagers. C'est un service spécifique tenu par des usagers, avec des représentants d'usagers. Son fonctionnement et le service ne sont pas bien connus : comment l'interpeller, quel est numéro de téléphone, quand sont les permanences ? Ce

devrait être indiqué dans le livret d'accueil.

Il est important de **prendre en compte la réalité de la personne**. Il existe déjà dans le dossier infirmier, quand les personnes arrivent à l'hôpital (à Nantes), « une feuille de synthèse initiale ». Elle est complétée par les infirmiers et reprend un certain nombre d'informations : contexte de vie de la personne, ses liens ou absence de liens avec sa famille, ses ressources, pour quel symptôme est-elle hospitalisée, le motif médical de son hospitalisation. Ce dossier pourrait être un bon outil pour prendre en compte, dès l'entrée, le contexte de vie de la personne.

Nous avons souligné le défaut de communication entre les structures, la méconnaissance entre elles. Pour que le personnel soignant et les travailleurs sociaux puissent faire le lien avec les structures à l'extérieur, encore faut-il qu'ils connaissent ces structures, qu'ils sachent quelles sont celles qui interviennent. C'était assez évident dans l'exemple du récit d'expérience où la personne est orientée directement par le foyer où elle est accueillie. Mais parfois, les agents ne savent pas quels sont les intervenants extérieurs qui ont rencontré la personne hospitalisée. C'est pourquoi il nous semblait important de pouvoir faire un bilan à l'entrée avec des intervenants extérieurs qui peuvent rencontrer la personne, cela permettait de **faire le lien entre les structures**.

Nous avons aussi retenu l'idée d'une fiche à remplir tout au long de l'hospitalisation, pour **mieux préparer et penser la sortie de la personne**. Dans un récit d'expérience, une sortie a été décidée en deux jours : aujourd'hui on décide la sortie qui va avoir lieu dans deux jours. Il y a toujours des risques plus importants en cas de sortie précipitée. C'est plus compliqué d'anticiper et de préparer une sortie dans ce contexte. Un moyen est nécessaire pour que la sortie se passe au mieux, en pensant à tout ce qu'il y a à faire de la part des infirmiers, comme prévenir telle et telle structure, prévoir les démarches que va devoir faire la personne (dossier à la CPAM pour la carte vitale)...

Nous avons également évoqué la possibilité, pour les professionnels, d'aller visiter les structures. Ce sont des structures de soin de l'hôpital, mais qui ne sont pas géographiquement à l'hôpital, comme le CMP (Centre médicaux psychologique), l'hôpital de jour ou le CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Le but est de pouvoir bien se connaître au niveau de l'hôpital entre les différentes structures. Le but serait aussi d'aller visiter des structures à l'extérieur de l'hôpital, qui ne sont pas forcément des lieux de soin : connaître un foyer, comment il fonctionne, quel type de public est accueilli, quelle est la mission, combien de temps les personnes vont être accueillies... ?.

L'amélioration de la communication dans les équipes est également indispensable pour une meilleure prise en charge de la personne. C'est important qu'il y ait une bonne communication entre la femme de ménage, l'infirmier, le médecin, l'assistante sociale, le psychologue ; c'est important qu'entre les professionnels on soit bien au clair sur quel est notre travail respectif, sur le rôle de chacun, comment on travaille, nos missions. On a besoin de pouvoir bien se parler dans l'intérêt de la personne, pour qu'on fasse au mieux pour elle.

Par exemple, l'assistante sociale de l'hôpital ne connaît pas les soins. Inversement, pour les infirmiers, il y a des aspects purement du ressort de l'assistante sociale qu'ils ne vont pas connaître. Une professionnelle a parlé de la prise en compte des spécificités professionnelles, des études des structures extra hospitalières.

Nous avons abordé le fait d'**ouvrir les portes de l'hôpital**. Souvent les structures ont des

plaquettes pour se présenter au public qu'elles accueillent. Ce pourrait être intéressant, quand les professionnels de l'hôpital vont visiter des structures à l'extérieur, de ramener ces plaquettes de présentation, et qu'elles puissent circuler dans les services. C'est un moyen pour les professionnels de **se renseigner sur les structures qui sont à l'extérieur de l'hôpital**.

Toujours sur le fait d'ouvrir les portes de l'hôpital, nous avons pensé qu'il était important que des professionnels du secteur social puissent voir comment cela se passe à l'hôpital, et inversement, que des soignants de l'hôpital puissent éventuellement aller faire des stages dans des structures sociales. Le but est de **se connaître, de comprendre les réalités des uns et des autres, en sachant mieux ce qu'on fait les uns et les autres**, en partageant sur un ou deux jours (ou plus longtemps) le quotidien et le fonctionnement de la structure, que ça permettait de bien comprendre. On sait bien que c'est compliqué à mettre en place, mais c'est quelque chose qui pourrait se faire.

Les professionnels ne peuvent pas connaître tout ce qui existe sur une agglomération comme Nantes. C'est compliqué de tout savoir. Mais à l'occasion de rencontres avec d'autres professionnels, qui vont être en lien avec une association, une structure d'hébergement ou autre, on peut faire le lien. On peut prévoir de visiter une structure ou de rencontrer une équipe avec l'assistante sociale, un infirmier... cela permettrait de mieux connaître le fonctionnement et les missions des différentes structures et donc de mieux accompagner la personne.

Les portes ouvertes pendant la semaine de la santé mentale sont une autre occasion pour visiter plein de structures.

Le dernier point que nous avons abordé, c'est le l'organisation de réunions avec tous les partenaires, en invitant la personne à un moment de l'échange. Ce serait un moyen pour que les partenaires puissent échanger sur les pratiques, sur ce que chacun met en place au mieux pour la personne, pour **travailler avec la personne le projet** qui pourrait être mis en place, pour aller dans le sens du projet de la personne. Avec la situation que nous avons analysée ce matin, on aurait pu imaginer une synthèse entre l'hôpital, avec le médecin, un infirmier référent, les travailleurs sociaux extérieurs, éventuellement le médecin des urgences. Mais se pose pour les militants la question de la place et la réaction de la personne seule devant tous les professionnels, et pour les professionnels, celle du secret professionnel.

LA CO-FORMATION PAR LE CROISEMENT DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES entre les professionnels des unités de soins psychiatriques du CHU de Nantes et les personnes ayant l'expérience de la pauvreté, militantes d'ATD Quart Monde a été organisée et mise en place par l'Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité (ELPP) du CHU de Nantes avec les Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques d'ATD Quart Monde.