

Annexe 3



Bilan intermédiaire 2010

(uniquement pour les dossiers déjà financés en 2010 par le GRSP ou l'ARS)

1. Les objectifs de l'action ont-ils été atteints ?

Un des points important pour décrire concrètement l'efficacité des actions engagées, est de voir que ces actions sont menées sur 2 plans.

Dans le cadre de l'équipe de médiation de rue :

- mise à l'abri, soin primaire
- aide ponctuelle
- Premier contact à finalité de « repérage » ou « d'orientation. »
- Information, conseil
- soutien psychologique
- tisser des liens sociaux, »re-connecter » les personnes très désocialisées, maintenir le contact
- accompagner et créer un lien de confiance
- faciliter l'accès aux droits (accès aux soins, au RSA...)

Dans un second temps, avec une autre frange de ce public cible, qui lui à formulé une demande d'hébergement et s'est finalement décidé à intégrer le CHRS « Villa Médicis », l'hébergement représente en lui-même une offre réelle de soin, une possibilité d'accroche et de stabilisation sur le lieu, réalisant ainsi une intégration au sein d'une communauté de vie (principe de santé communautaire).

Compte-tenu de ses deux niveaux de l'offre de soin, il y a aussi deux niveaux de traitement de la demande, l'une pouvant émerger dans l'instant (urgence), ou bien à plus long terme (travail sur l'émergence d'une demande, travail éducatif concernant la réflexion et la définition du projet de soin).

Au vu des actions menées sur le terrain, tant dans la rue ou dans le cadre du CHRS, l'on peut considérer les objectifs comme atteints.

2. Veuillez décrire précisément en quoi a consisté votre action.

Dans le cadre du CHRS Villa Médicis de stabilisation, et de la médiation de rue à rue :

_travail sur l'émergence d'une demande de soin.

_demande de soin formulée dans la rue.

_demande de soin formulée sur le CHRS.

_orientation directe vers partenaire suite à une demande d'information.

_contact coordination téléphonique avec les partenaires, le réseau.

_accompagnement physique au rendez-vous.

_remises à jour des dossiers administratifs.

_entretien éducatifs concernant la réflexion et la définition du projet de soin.

_accompagnement administratif dans les démarches liées au projet de soin.

_dans le cadre du suivi individualisé, attentes fortes de l'équipe dans un parcours de soin pour une personne hébergé au CHRS.

_travail éducatif visant à une intégration du soin par la personne.

3. Quel a été le nombre approximatif de personnes bénéficiaires (par type de publics cibles) ?

Suivi des personnes lors de leur hébergement sur le CHRS en 2010 (30 personnes) :

- jeunes avec ou sans chien ayant des pratiques addictives, demandes : 10 personnes
- personnes de 30 à 50 ans avec ou sans chien, au parcours chaotique: 7 personnes
- personnes de 50 ans et plus: 4 personnes
- femmes : 9 personnes

Rencontre orientations et suivis uniquement dans le cadre de la médiation de rue :
54 hommes et 14 femmes (68 personnes).

Publics cibles accompagné pour l'année 2010 dans le parcours de soins :

- jeunes errants avec ou sans chien ayant des pratiques additives (les demandes ont pu être renouvelées plusieurs fois par une seule et même personne) : 45 demandes
- personnes de 30 à 50 ans avec ou sans chien au parcours chaotique (pratique additives éventuelles): 180 demandes.
- personnes de 50 ans et plus: 54 demandes
- femmes : 54 demandes

Même si les problématiques des personnes sans abri se complexifient, et demandent un accompagnement de plus en plus spécialisé (pathologie mentale, neurodégénérescence alcoolique, polytoxicomanie, sans papiers), les conditions de l'accès aux soins des personnes résultent d'un long travail relationnel, les conditions d'accès dépendant aussi de la définition du projet de soin élaboré par les personnes.

4. Quels ont été les date(s) et lieu(x) de réalisation de votre action ?

L'action s'est déroulée du 01/01/2010 au 31/12/2010.

- dans le cadre du CHRS de stabilisation 'Villa Médicis', Avignon.
- dans le cadre de la médiation de rue: ville d'Avignon et Grand Avignon (sur signalements)

5. Quels indicateurs d'évaluation de l'action avez-vous utilisés ?

Statistiques établies à partir de la base de données déjà existante depuis 5 ans.

Comptage du nombre de personnes rencontrées et ne disposant plus de droits.

Comptage d'actions engagées et des résultats obtenus.

Repérage des éventuels de dysfonctionnements, manques, créations de nouveaux projets...

Guide méthodologique d'analyse des résultats fournis par la base de données.

Enquête de satisfaction auprès des publics

6. Veuillez indiquer les autres informations qui vous sembleraient pertinentes.

Pour ce qui est de la population sans abri, les constats de terrain observés par les médiateurs de rue ainsi que par l'aide soignant, sont que nombre de personnes présentent une souffrance psychique ou des troubles graves de santé, sont que la demande de soin n'est pas ou rarement formulée: on peut alors avancer que ces personnes seraient dans le « déni du trouble psychique », dans une sorte d'inconscience de leur état de santé dégradé. Il est aussi envisageable de supposer qu'elles se soient dans une certaine mesure « habituées » à « subir » ces souffrances sans être en mesure ou avoir l'opportunité de se préoccuper de celle-ci et d'imaginer pouvoir évoluer vers un mieux-être. De fait, ces personnes ne bénéficient pas des soins que pourraient apporter les institutions représentant le système de santé publique et au-delà d'une reconnaissance de leur situation.

Pour une majorité de ces personnes les « parcours de rue » s'installent dans la durée.

Le trouble psychique et l'état de santé dégradé peut être pris en compte comme l'un des facteurs ayant contribué à l'installation des personnes dans la rue. Il peut aussi être mis en lien avec la durée et les caractéristiques de cette « installation ». De plus, un certain nombre de personnes se trouvent dans des situations de solitude et d'isolement, dont elles semblent ne plus pouvoir sortir.

Dans le même temps, l'institution demande le respect de codes et de procédures que ces personnes ne maîtrisent pas/plus ou utilisent d'une manière qui sera considérée comme non adaptée.

Pour ces personnes, la demande de soin n'est que très rarement directe et explicite. Il est en effet complexe pour la majorité d'entre eux de cerner les différentes possibilités disponibles au sein du dispositif soignant, de s'y repérer, de les utiliser: **un travail de médiation s'avère nécessaire entre soignants et soignés, pour (ré)instaurer du dialogue et de la compréhension mutuelle.**

Le bénéfice apporté l'intervention de l'aide-soignant, en allant vers la personne dans la rue, en amenant les premiers soins à elle et une écoute attentive et constructive, est d'initier son parcours au sein du réseau et de faciliter son accès au système de santé commun.

Ce travail d'articulation des différentes dimensions du parcours de soin requiert une bonne connaissance des missions de chacun des partenaires, des différents intervenants auprès de ces personnes sans abri, élaboration d'une **articulation du réseau sanitaire et social**, de son développement et de son fonctionnement.

Considérant ces remarques, nous préconisons d'intensifier le travail de cet intervenant, en doublant son temps d'intervention dans la rue, et en lui donnant la possibilité d'inter-agir encore plus fortement avec les partenaires du sanitaire et du social.