

RAPPORT DU PROJET DPA-NA

NOVEMBRE 2021

LE MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS NOUVELLE-AQUITAINE, BENOÎT ELLEBOODE



« Le Développement du Pouvoir d'Agir en ACT soutenu par l'ARS Nouvelle-Aquitaine est un moyen pour les personnes accompagnées à devenir acteur de leur parcours de vie. Les outils proposés par le DPA Nouvelle-Aquitaine en ACT est à la portée de tous les professionnels pour améliorer son accompagnement vers la réhabilitation des personnes concernées.

Le pouvoir d'agir et le respect des choix et droits des personnes accompagnées sont les conditions sine qua non pour leurs réhabilitations et envisager un chemin vers l'espérance ».

Benoît ELLEBOODE,
Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

LE MOT DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT, LÉONARD NZITUNGA

Favoriser ce que les personnes ont de plus de cher à conserver et à développer : leur liberté de décider et d'agir.



Le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA) est à la fois un concept, une idée, une représentation et une méthode qui nécessite une réflexion profonde tant sur son organisation que sur le modèle que nous estimons le plus juste pour favoriser ce que les personnes ont de plus de cher à conserver et à développer : leur liberté de décider et d'agir.

La Fédération Santé Habitat (FSH) s'inscrit avec détermination et clarté dans une volonté d'évolution des politiques publiques sociales et médico-sociales tout en favorisant des modèles organisationnels respectueux du droit des personnes accompagnées. Luttant contre toutes les formes de discrimination pour favoriser l'accès aux soins, à l'accompagnement et au logement, la FSH en lien avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine a souhaité donner un nouvel élan à l'accompagnement médico-social pour permettre à chaque personne accompagnée en ACT, en prenant en compte ses désirs et ses attentes, de reprendre concrètement le pouvoir sur ces choix et projet de vie. Pour y parvenir, l'ensemble des ACT a engagé une évaluation de ses pratiques et co construit un guide permettant aux établissements de comprendre ce qu'est le DPA tout en les appuyant

dans la mise en place d'une organisation et d'un accompagnement favorisant ces pratiques.

Les associations gestionnaires d'ACT de Nouvelle-Aquitaine, pendant deux années se sont tout d'abord formées à des concepts et pratiques développés en France et en Amérique du Nord pour ensuite travailler ensemble à la construction de ce guide, spécifiquement adapté à l'accompagnement des personnes en ACT. Ce travail conséquent apporte des réponses concrètes au-delà de la région Nouvelle-Aquitaine et je souhaite que ce guide soit connu de l'ensemble des établissements ACT de France pour que chaque organisation, chaque personne malade et sans logement accompagnées en ACT puissent bénéficier d'un accompagnement mettant en œuvre les principes du DPA.

Je remercie tout particulièrement les associations, leurs équipes pluridisciplinaires, Arlette Communière en charge de l'animation du groupe, Jean-Luc Cousineau, ancien administrateur en charge du projet, l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour son soutien et son expertise et Stéphane Dufaure pour son choix de nous faire travailler ensemble qui a permis cette belle dynamique collective.

REMERCIEMENTS

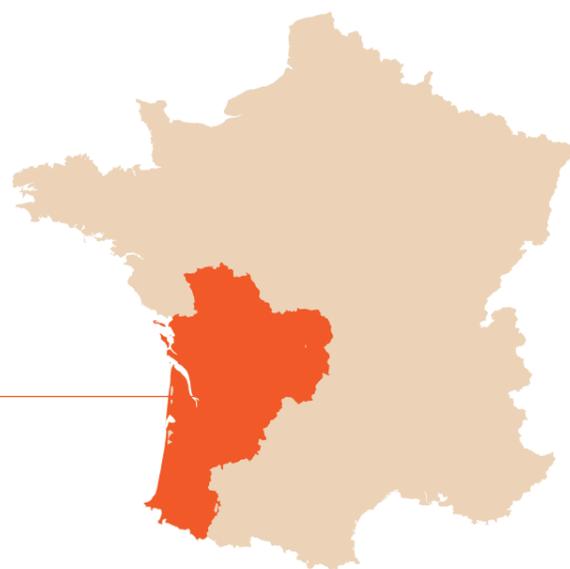
Remerciement aux équipes des ACT de la région Nouvelle-Aquitaine

Ce document existe grâce aux efforts continus fournis par un groupe de professionnels des ACT de la région Nouvelle-Aquitaine, à leur volonté de vouloir faire avancer leur pratique pour favoriser le développement du pouvoir d'agir des résidents qu'ils accompagnent. Au cours des différentes réunions et formations entre février 2018 et septembre 2020, les membres du groupe ont pu interroger leurs pratiques, leurs représentations, créer, adapter et tester des outils, des processus au sein de leurs ACT. Merci à chaque personne ayant participé à ce groupe à un moment ou à un autre.

Région Nouvelle-Aquitaine

Remerciements à l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Enfin, ce document existe également grâce au financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et à son suivi. Les responsables de ce projet ont su faire preuve d'écoute et d'adaptabilité tout au long du processus. Merci à eux pour cette belle collaboration.



PRÉFACE, PAR OLIVIA GROSS¹ 1/2



Ce travail collectif est à saluer. D'abord parce qu'il traite d'un sujet complexe, ensuite parce que c'est le fruit d'un gros travail collectif, mais peut être davantage encore parce qu'il émane de professionnels qui ont assumé le fait de s'interroger sur leurs pratiques, de manière à identifier comment agir, quitte à fixer des limites à leurs interventions.

S'intéressant au pouvoir d'agir des personnes accompagnées en ACT et à leur devenir, la question posée en filigrane tout au long du travail qui nous est restitué ici est celle du bien-agir dans le cadre d'accompagnements visant à faciliter l'amélioration des situations individuelles des personnes, à l'aune de leurs désirs et attentes.

Chercher à caractériser le bien-agir est la démarche éthique par excellence. Et les réponses varient selon que les focus sont plutôt axés sur l'agent moral ou sur les conséquences de ses actions. Les débats pour favoriser telle ou telle posture agitent les éthiciens de longue date.

Évacuant cette polarité, ce guide promeut une approche globale, selon laquelle les intervenants ont un devoir de bien-agir et que l'action réussie sera estimée comme telle, en fonction de sa capacité à répondre aux désirs et attentes des personnes qu'ils accompagnent. Ce faisant, les participants à ces travaux ont adopté le parti-pris d'une approche pragmatiste, selon laquelle les processus conditionnent les résultats et leur valeur, les processus étant sous le contrôle de leurs impacts, et réciproquement. Partant de là, ils ont travaillé sur leur posture professionnelle, elle-même guidée par des valeurs qui restaient à définir, pour faire en sorte que les intervenants soient des « accompagnateurs du changement ».

À l'analyse, le premier enjeu soulevé, est celui de leur légitimité à agir. Ces professionnels de l'accompagnement semblent avoir eu besoin de la prise de distance que ce travail collectif a favorisé pour s'autoriser à développer leur créativité et leur énergie pour surmonter des situations en partie paralysantes.

1. Directrice de la Chaire de recherche sur l'engagement des patients et des usagers dans le système de santé (LEPS-UR 3412) Université Sorbonne Paris Nord

PRÉFACE, PAR OLIVIA GROSS 2/2

Si l'ensemble de cette démarche n'avait abouti qu'à cela, ce serait déjà un résultat fructueux. Mais, ils sont allés au-delà, osant faire le lien entre leur propre pouvoir d'agir ainsi régénéré – et avec lui leur sens au travail –, et celui des personnes qu'ils accompagnent. Ce lien pourrait paraître hasardeux s'il n'émanait de personnes ayant réfléchi à leurs valeurs et à la finalité des actions à mener. C'est aussi en ce sens que l'ensemble de la démarche était nécessaire. Car rien ne permet autrement d'affirmer que le pouvoir d'agir des uns ne limite pas celui des autres.

Le seul moyen de s'assurer que tel ne soit pas le cas est de faire en sorte que le pouvoir d'agir soit développé dans le but de générer davantage de pouvoir disponible pour tous (Charlier, Caubergs, 2006²). C'est ce qui semble avoir animé ces praticiens réflexifs, qui se sont dès lors interrogés sur le sens à donner à leurs accompagnements et sur les modalités nécessaires pour réellement orienter leurs pratiques vers le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées, qui renvoie à « un processus de la personne ou d'un collectif, qui permet d'accéder à davantage possibilité d'agir sur ce qui est important pour eux » (ce qui évoque les préférences dans le cadre des capacités).

Le lecteur ne sera pas sans remarquer que le groupe de travail a précisé que la notion de pouvoir n'est pas à prendre comme un « pouvoir

sur » mais comme un moyen d'« accéder à la possibilité concrète et réelle d'agir, c'est-à-dire de créer les conditions pour que l'action soit possible ».

Cette précaution linguistique, qui vise à distinguer le pouvoir dont il est question du « pouvoir sur », traduit le malaise que ne cesse d'engendrer la notion de pouvoir dans le cadre des interventions adossées à l'empowerment, au point que de nombreux auteurs aient tenté, pour les uns d'en minimiser la force, pour d'autres de rappeler au contraire que les enjeux de pouvoir y sont centraux.

Dans la lignée de B. Vallerie et Y. Le Bossé (2006³), les auteurs de ce rapport ont pris soin de distinguer le « pouvoir d'agir » du « pouvoir sur autrui ». En insistant sur le « pouvoir de », ils ont opté pour la voie proposée par les théories des capacités selon lesquelles, les préférences ont besoin pour être mises en œuvre d'un ensemble de ressources, tant internes qu'externes.

Ce choix fait sens, dans la mesure où les postures et compétences professionnelles en termes d'accompagnement, telles qu'elles faisaient précisément l'objet de la réflexion des participants à ce projet, ont un rôle important à jouer dans l'accès aux ressources des personnes accompagnées et dans l'actualisation de leurs ressources internes.

Pouvoir : Accéder à la possibilité concrète et réelle d'agir, c'est-à-dire de créer les conditions pour que l'action soit possible.

Il s'agit d'une approche systémique qui s'oppose, comme c'est bien identifié dans ce rapport, à une approche néolibérale dans le cadre de laquelle ce sont les individus qui ne sont pas adaptés au système. En effet, dès lors, on va s'intéresser, non pas aux carences individuelles, mais aux ressources à disposition pour que les préférences individuelles puissent s'actualiser.

S'il est question de préférences, c'est que le bien-être, qui est l'objectif de l'empowerment, comme sans doute celui du pouvoir d'agir, ne peut s'entendre que comme une « liberté de bien-être » (Sen, 1985⁴) qui permet de concilier la liberté et le bien-être, soit la liberté de choisir les signifiants de son propre bien-être (Ibrahim, Alkire, 2007⁵).

En toute logique avec ce parti-pris, ce guide fait une large place aux ressources nécessaires pour que les personnes accompagnées se sentent moins impuissantes et s'autorisent à avoir des préférences. Pour qu'elles y arrivent, des jalons empruntant à ceux décrits dans le cadre du processus de rétablissement en santé mentale sont indiqués :

- ① Assumer plus de responsabilités dans l'orientation de sa vie
- ② Croire davantage en sa capacité d'exercer un plus grand contrôle sur son environnement,
- ③ Avoir davantage confiance en soi et développer un sens de l'autodétermination

- ④ Trouver le courage de relever des défis et de prendre des risques

Ces jalons permettent en outre d'insister sur le caractère immatériel des effets visés puisqu'ils renvoient à une attitude dans la vie et non à des possessions ou à des activités. Convoquer la notion de rétablissement vient compléter les approches et théories précédentes. Il s'agit certes de réaliser l'importance du contexte dans les situations individuelles, sans en appeler à l'auto-responsabilisation des personnes, mais sans non plus blâmer uniquement les responsabilités structurelles ou systémiques, ni déresponsabiliser les personnes de leur devenir. Pour le dire autrement, les personnes ne sont pas responsables de leur passé, mais sous certaines conditions, elles peuvent s'emparer de leur devenir. L'accueil en ACT, les accompagnements prodigués, sous réserve qu'ils mobilisent les « approches par les forces » en faisant partie.

L'ensemble de ces considérations indique que les accompagnements ont une visée transformationnelle. Et ce guide n'évacue pas non plus les moyens nécessaires pour produire des accompagnements de cet ordre. En fait, il donne même des directions précieuses à tous ceux voudraient contribuer au DPA des résidents en ACT et peut-être même au-delà.

2 Charlier, S., Caubergs, L. L'approche de l'empowerment des femmes : un guide méthodologique. Bruxelles : Commission Femmes et Développement, 2007, 45 p.

3. Vallerie, B., Le Bossé, Y. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement, Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, vol. vol. 39, no. 3, 2006, pp. 87-100.

4. Sen, A. Well-being, Agency and Freedom : The Dewey lectures 1984, The Journal of Philosophy, 1985, 82 (4), pp. 169-221

5. Ibrahim, S., Alkire, S. Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators, Oxford Development Studies, Vol. 35, No. 4, December 2007

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Partie 1 - Le contexte des ACT	11
■ Les ACT : un modèle innovant en perpétuelle évolution	12
■ Caractéristiques de la population accueillie en ACT	13
■ Effets attendus de l'accompagnement en ACT	15
■ Caractéristiques des ACT en Nouvelle-Aquitaine	15
Partie 2 - Démarche suivie par le groupe de travail regional DPA-NA	16
■ 1. Composition du groupe de travail	17
■ 2. Méthode du groupe de travail	18
■ 3. Freins et contraintes rencontrés par le groupe de travail DPA-NA	19
■ 4. Démarche suivie et décisions prises	21
Partie 3 - Résultats : Fondements de l'accompagnement en ACT	22
■ 1. Premiers résultats concernant l'accompagnement en ACT : l'état des lieux	23
■ 2. Le développement du pouvoir d'agir (DPA) : la définition retenue par le groupe	26
■ 3. L'accompagnement en ACT	31
↳ Question 1 : Quel sens donner à l'accompagnement au sein des ACT ?	31
↳ Question 2 : Comment définir des stratégies d'intervention qui s'adressent à une diversité de profils des personnes accueillies ?	34
↳ Question 3 : Comment modéliser sous forme de processus le déploiement du DPA au sein de l'équipe et en partenariat avec la personne accompagnée ?	36
↳ Question 4 : Comment s'appuyer sur les forces et compétences du résident ?	37
↳ Question 5 : Comment faire évoluer les postures et compétences des professionnels ?	42
■ 4. Analyse réflexive des participants sur leur posture professionnelle	43
■ 5. Propositions pour l'avenir	44
Partie 4 - La boîte à outils pour les ACT	46
Annexes	65
Conclusion	71

INTRODUCTION 1/2



Historique du projet

Les organisations gestionnaires d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) de Nouvelle-Aquitaine (NA), rassemblées par la Fédération Santé Habitat, avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont souhaité favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées (DPA) en ACT

Il s'agissait de regrouper des acteurs terrains pour initier et construire une approche DPA spécifique afin de la modéliser et de la déployer sur le territoire. Ce projet a été soutenu par l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine.

La démarche de construction du projet DPA ACT NA s'est construite de façon collaborative avec une équipe pluridisciplinaire associant, d'une part savoirs professionnels et empiriques des équipes ACT et d'autre part, les compétences en accompagnement (dont en ETP) du laboratoire EPS de Maison Blanche.

L'approche DPA

Au fur et à mesure de l'avancement des travaux du groupe de travail sur le développement du pouvoir d'agir (DPA), le partage de l'analyse des pratiques a amené le groupe de travail à réaliser l'importance des postures professionnelles, à travailler nos représentations, à établir une définition commune de ce concept.

Convenons que le DPA nécessite une coopération réciproque, entre personne accompagnée et professionnels, lors de laquelle seront mobilisées un ensemble de ressources en vue de produire des effets, la plupart du temps inattendus, avec une temporalité variable en fonction de l'histoire de chaque personne. Pour nous, le DPA s'oriente sur les acquis, les compétences actuelles et futures, croisées avec le potentiel des résidents accueillis en A.C.T. Ces réflexions ont amené le groupe de travail à repérer les approches éducatives individuelles et collectives, parmi lesquelles les approches par les pairs. A aussi été considéré l'importance des autoévaluations⁶.

6. À ce stade, il nous reste à mettre en place une stratégie d'évaluation du DPA en ACT (les effets de l'action sur les ressources mobilisées nous semblent être une piste à suivre).

LES ACT : UN MODÈLE INNOVANT EN PERPÉTUELLE ÉVOLUTION

1 – Création des ACT

En 1981, le virus du sida est découvert et décime très rapidement et à échelle mondiale des dizaines de millions de personnes. Il touche particulièrement durement les homosexuels, les usagers de drogues, les travailleurs du sexe. Les premiers traitements pour combattre l'infection sont peu efficaces, complexes et provoquent de nombreux effets indésirables. Début 90, quelques associations se mobilisent autour de la situation des malades précaires du VIH et ouvrent des places d'hébergement pour les sortir de la rue et leur assurer un suivi médical.

Un programme expérimental d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale a été progressivement mis en place à partir de 1994⁷.

2 – Évolution des ACT

Avec l'évolution de la recherche sur le virus, les thérapies progressent et avec elle, l'espérance de vie des malades. Aussi, la limitation des critères d'admission aux seuls malades du sida n'est plus pertinente. Elle évolue donc dès 2002 vers l'accueil des malades de pathologies chroniques lourdes en situation de précarité (hépatites, cancers, diabète de type 2, maladies dégénératives,

addictions etc.)

L'évaluation de l'ensemble du dispositif a démontré qu'il répond à la situation des malades accueillis, pour la plupart en état de grande précarité. Dès lors, et compte tenu des besoins persistants dans la population, ces structures sont intégrées dans le droit commun devant ainsi des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie⁸.

En plus de 20 ans les ACT sont devenus des structures généralistes proposant un accompagnement transversal, s'adaptant à des situations très hétérogènes et à une complexité croissante (en termes d'âges, de profils, de problématiques de santé, de vulnérabilités psycho-sociales), qui amènent les pouvoirs publics comme les acteurs du médico-social à lorgner sur le modèle ACT pour une déclinaison plurielle et auprès d'autres publics toujours très fragilisés.

On compte en juillet 2020 environ 2630 places d'ACT ouvertes sur le territoire français (métropolitain et ultramarin), financées par l'Assurance Maladie. Leur nombre progresse d'environ 300 places de plus chaque année et le public cible se diversifie : enfants malades, personnes en situation de handicap psychique, personnes sortant de prison, personnes ayant des comportements d'addiction, personnes en fin de vie, etc.

En 2017, dans le cadre de la politique du logement d'abord, l'ACT est le modèle retenu par la DIHAL pour créer les ACT « un chez soi d'abord » à destination de personnes sans-abri de longue date et atteintes d'une ou de plusieurs pathologies mentales sévères.

Cadre réglementaire de fonctionnement des ACT

Les ACT proposent un hébergement « à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion »⁹.

Fonctionnant sans interruption, ils s'appuient sur une coordination médico-psycho-sociale. Les personnes sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire, dont la composition varie d'un établissement à l'autre selon les spécificités du projet d'établissement et du public ciblé. Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les appartements de coordination thérapeutique peuvent également accueillir leurs proches.

3 – Caractéristiques de la population accueillie en ACT¹⁰

- Des personnes en situation de précarité psycho-sociale : elles ont un accès plus difficile que la population générale au système de santé, en raison notamment de problématiques administratives, financières, culturelles ou liées plus généralement au niveau de connaissance des différentes structures

et services sanitaires) qui contribuent au développement de certaines pathologies

- Une population vieillissante : 47% des résidents ont plus de 45 ans
- Plus d'hommes : 39% de femmes
- Des **pathologies chroniques complexes et souvent multiples**, nécessitant une coordination de soins. Pour 30% et 16% des résidents, le VIH et les cancers sont la pathologie chronique principale
- Une association avec **des comportements addictifs** : 17% et 14% des résidents présentent respectivement une dépendance à l'alcool ou ont un usage à risque ou nocif de substances psychoactives
- Des populations spécifiques dans certains ACT : **2% de résidents mineurs** vivant avec des pathologies chroniques sont hébergés en ACT (maladies génétiques -25%-, VIH -18%-, cancers -18%-, maladies hématologiques -13%-, insuffisance hépatite -12%-, drépanocytose -10%-, insuffisance rénale -10%-, maladie digestives -9%-

À l'entrée en ACT :

- 23% ont une protection sociale ou l'AME, 31% bénéficient du régime général et 30% sont sans protection complémentaire
- 39% sont sans ressources financières, seuls 23% bénéficient de l'AAH et 6% des résidents ont un emploi

7. sur la base des articles L.162 31, R.162 46 à R.162 50 et D.162 18 à D.162 21 du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation des actions expérimentales de caractère médical et social.

8. lois n° 2002- du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n° 2002 - 73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale." Circulaire n° 2002 551 du 30 octobre 2002 (Bulletin Officiel n°2003-13).

9. Article 1 du Décret n°2002-1227 du 3 octobre relatif aux appartements de coordination thérapeutique

10. FSH Bilan national d'activités, 2018.

- 50% des résidents étrangers sont sans titre de séjour ou possèdent simplement un récépissé ou ayant un rendez-vous en préfecture et 23% de résidents étrangers ont un titre de séjour « santé »

avec des accompagnants adultes uniquement, 44% hébergés avec des accompagnants mineurs uniquement et 28% hébergés avec des accompagnants mineurs et adultes.

6% de résidents sont sous-main de justice ou sortant de prison : 38% bénéficient d'un aménagement de peine, 52% d'une libération et 10% d'une suspension de peine pour raison médicale.

Quelques résidents vivent accompagnés : 16% des résidents sont hébergés avec un ou plusieurs accompagnants dont : 28% hébergés

Fréquence des pathologies en tenant compte également des comorbidités recensées (résidents)

IDF	Régions	Outre-Mer
VIH : 45%±3	VIH : 23%±2	VIH : 54%±8
Cancer : 20%±3	Maladies psychiatriques : 25%±2	Maladies psychiatriques : 10%±5
Maladies cardiovasculaires : 18%±2	Cancer : 20%±2	Diabète : 10%±5
Maladies psychiatriques : 17%±2	Maladies cardiovasculaires : 16%±2	Insuffisance rénale : 9%±4
Hépatite C ou B : 14%±2	Diabète : 15%±2	Cancer : 8%±4
Insuffisance rénale : 13%±2	Hépatite C ou B : 13%±1	Pathologies pulmonaires : 7%±4

Fréquence des pathologies en tenant compte également des comorbidités recensées (résidents)

	IDF	Régions	Outre-Mer
Usage à risque ou nocif de substances psychoactives (hors tabac et alcool)	9±2	18%±2	10%±4
Usage à risque ou nocif d'alcool	9%±2	22%±2	12%±5
Traitement de substitution aux opiacées	5%±2	12%±2	1%

4 - Effets attendus de l'accompagnement en ACT

À l'issue de l'accompagnement en ACT, la personne accueillie doit pouvoir se projeter durablement dans un projet de vie contribuant à retrouver une perception de meilleure qualité de vie.

Divers indicateurs peuvent mesurer ce « mieux être » au quotidien, parmi lesquels :

- Se soigner, prendre en charge sa santé
- Redynamiser les liens familiaux et sociaux
- Retrouver un sentiment de contrôle et de compétence en général pour se soigner, organiser son quotidien, gérer son logement, son budget, ses papiers etc...
- S'inscrire dans un projet de vie dès que cela est possible à l'extérieur de la structure : logement, travail, continuité des soins etc...
- Connaître une fin de vie digne, lorsque le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme

5 - Caractéristiques des ACT en Nouvelle-Aquitaine

On ne peut parler d'un ACT mais des ACT En effet, les ACT diffèrent en fonction de nombreux éléments : population cible, structures d'accueil, composition des équipes, orientations politiques et stratégiques etc...

Comme l'illustrent les 11 ACT représentés dans le groupe de travail DPA-NA, les ACT ont des formats très variables en termes de :

- De structure gestionnaire (groupe, hôpital, indépendant)
- D'organisation : ACT seul ou adossé à d'autres établissements (LAM, LHSS, CAARUD)
- De taille
- De population accueillie : accueil de personnes en situation irrégulière ou non, possibilité d'accueillir/de loger les proches ou non, familles, sortants de prison, personnes avec des comportements addictifs, personnes avec des problèmes psychiatriques
- De composition des équipes médico-psychosociales, avec une proportion de médicaux plus ou moins importante, présence ou non de psychologue, d'éducateurs...
- De locaux (espaces pour des groupes ou non)
- De type de logements : individuels, collectifs ou semi collectifs, diffus sur un territoire donné ou regroupés en un même lieu
- De fonctionnement : autorisation de consommer des substances psychoactives ou non, accompagnement coordonné par professionnel référent ou par toute l'équipe, participation au coût de l'hébergement (possibilité d'exonération ou non), possibilité de domiciliation ou non, durée de séjour maximum réglementée ou non

DÉMARCHE SUIVIE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL DPA-NA

PARTIE 2

1 - Composition du groupe de travail

(Voir en annexe 1 : liste des ACT et professionnels)

Le groupe de travail a été composé de professionnels de 11 ACT de Nouvelle-Aquitaine :



Le groupe était pluriprofessionnel, composé au départ de 21 professionnels :

- Responsables d'ACT ou directeurs (n= 6)
- Professionnels domaine social : (n=14) assistantes sociales, éducateurs, psychologues, AMP, conseillères en économie sociale familiale
- Professionnels domaine médical : (n=1) infirmière

Au départ, quelques résidents ont participé au groupe de travail, mais très vite les professionnels se sont rendus-compte de la nécessité de maîtriser le sujet avant de les impliquer dans un groupe de réflexion. Leur participation a été effective au sein des ACT dès lors que le groupe a commencé à s'approprier des outils et à les utiliser au sein des structures.

2 – Méthode du groupe de travail (Voir en annexe 4 : liste des actions)



Les travaux d'étude, de réflexion et d'analyse sur le pouvoir d'agir en ACT ont débuté en décembre 2017 et ont duré jusqu'en juillet 2020, sur la base d'une journée de travail par mois environ¹¹.

Les réunions se sont décomposées ainsi :

- Des réunions de travail du groupe : 3 en 2018, 8 en 2019 et 4 en 2020 en présentiel
- 9 temps de travail en sous-groupes à distance (visio-conférences)
- Des journées de formation et sensibilisation (3 jours)
- Lecture d'ouvrages et articles sur le DPA
- Partage d'expériences, d'outils, de questionnements et élaboration de traces de leurs réflexions

À noter que le groupe a connu une crise sanitaire COVID 19 avec deux confinements, des moments d'errance intellectuelle, conséquence directe

du caractère innovant de la commande et des concepts à l'œuvre. Certaines séances de travail ont été le théâtre d'importantes remises en question, du groupe, de ses fondements, de ses orientations. Les difficultés rencontrées par le groupe font directement écho aux difficultés rencontrées par les équipes à la mise en place d'outils favorisant le DPA (tentation de se rigidifier autour de ses postures, absence de langage commun entre discipline, inconfort du doute, etc.).

Document à destination des ACT de la région Nouvelle-Aquitaine

Il a paru nécessaire de consigner par écrit les synthèses des réflexions du groupe au cours de ce processus. Etayés par la littérature, les outils et/ou processus qu'ils ont pu créer/adapter/tester, la bibliographie qu'ils ont pu consulter etc... afin de les partager avec leurs équipes et éventuellement avec d'autres ACT Le contenu sera disponible en version informatique sur Smartsheet¹² et pourra ainsi être facilement consultable.

11. Note : le financement initial était prévu pour un an. Il a été reconduit dans le temps par l'ARS à la demande de la FSH à deux reprises en 2019 puis en 2020 en raison de la crise sanitaire COVID.

12. Smartsheet : outil collaboratif payant. L'abonnement est payé par la FSH.

3 – Freins et contraintes rencontrés par le groupe de travail DPA-NA

Le tableau ci-dessous résume les principaux freins et difficultés rencontrés par le groupe de travail, essentiellement fin 2018 et courant 2019.

Domaines de difficultés	Types de difficultés
Contours du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Appréhension très balbutiante des concepts • Manque d'expérience du groupe sur les travaux de fond
La composition du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de temps dédié au groupe car beaucoup de travail par ailleurs et surtout le concours de la crise sanitaire COVID 19, qui a empêché quelques séances par l'urgence qu'elle a suscité dans nos ACT respectifs • Tun-over des participants du groupe : Très peu de membres vraiment permanents et du temps souvent employé à résumer les séances précédentes pour les nouveaux participants et les absents • Déséquilibre dans la parité disciplinaire : majorité de travailleurs sociaux, peu de responsables, très peu de soignants • Une tentative d'inclusion de résidents dans le groupe de travail infructueuse (trop tôt)
Progression difficile	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à analyser leurs pratiques en termes de « favorisent elles le DPA des résidents ? » dû à une non maîtrise des concepts liés au DPA par tous et traduit par un besoin de maturation des concepts, un besoin de formations complémentaires, et de prise de recul par rapport à leurs pratiques habituelles. • Peu de réunions du groupe de travail en 2018 (3 réunions et une formation) • Perception de manque d'actions concrètes
Le lien entre groupe DPA-NA et les équipes professionnelles des ACT	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à rendre compte de l'avancée du groupe dans les institutions auprès des professionnels n'y participant pas • Résistances fortes au changement dues entre autres à une maturation/digestion des concepts à 2 vitesses (groupe/équipe) mais aussi à des langages différents, des représentations différentes, un changement de paradigme pour certains avec des implications pratiques compliquées ... • Peu de temps dans les institutions pour réfléchir en équipe à la mise en œuvre des travaux du groupe

4 – Démarche suivie et décisions prises

Face aux difficultés décrites ci-dessus, le groupe a su conserver son dynamisme en maintenant un groupe de travail fonctionnel jusqu'en juillet 2020, et ce en gardant trois à quatre responsables d'ACT toujours présents et actifs. On a pu voir une évolution des orientations liée au travail réflexif du groupe et aux difficultés décrites ci-dessus rencontrées dans leurs ACT avec leurs équipes.

Les décisions ayant permis de maintenir la dynamique et la réflexivité du groupe sont :

1 – Lecture d'ouvrages et d'articles par les participants et ouvertures à de multiples approches en lien avec l'accompagnement

Une sélection d'ouvrage et d'articles sur le DPA a été réalisé par la consultante et proposé aux membres du groupe de travail. Certains d'entre eux ont rédigé des fiches de lectures qu'ils ont partagé avec le reste du groupe. Ceci a permis au groupe un véritable prise de recul sur leurs pratiques, le maintien d'un processus réflexif et la prise de conscience de l'intérêt de ces démarches.

Les lectures conseillées étaient les suivantes :

- En pratiques sociales : DPA-PC (Le Bossé Y., Jouffray, Vallérie ...), Paul M13. impliquée dans la formation de professionnels de l'accompagnement
- Le sentiment d'efficacité personnelle : les

croyances d'efficacité personnelle comme levier de l'action humaine Albert BANDURA

- Rapport à l'attention de la DGS « accompagnement à l'autonomie en santé – périmètre des missions et cadre évaluatif » déc 2018 – Paris 13 – UFR SMBH - LEPS
- En santé Aujoulat I14 (compétences psychosociales), Carl Rogers15 (approche centrée sur la personne, Greacen T16 (travaux sur le rétablissement en santé mentale – Patricia DEGAN), Giordan et Golay17 (motivation à se soigner), Balcou-Debushe18 (éducation thérapeutique du patient et littérature en santé), Gagnayre R. et d'Ivernois J.F19
- En pédagogie : conditions favorisant l'apprentissage Giordan A.20

De plus, la réflexion du groupe a été enrichie par les apports de différents champs de recherche dans différents domaines.

2 – Élaboration d'une conception commune de l'accompagnement en ACT

Dresser un constat de départ et réfléchir ensemble aux directions à donner à nos accompagnements s'est imposé de manière à fonder une culture commune permettant de guider nos actions. Cela a nécessité tant de revisiter certaines limites, que de définir l'accompagnement

et le sens à donner aux accompagnements en ACT Pour guider les réflexions, il a été demandé aux participants du groupe de travail et à leurs équipes de décrire et caractériser l'accompagnement des résidents dans leurs ACT (Questionnaire en annexe 2 et Blason en annexe 3). Puis, de faire émerger une définition commune des objectifs des accompagnements en ACT

3 – Centration sur le Pouvoir d'Agir des résidents

Compte tenu de la conception du DPA qui a émergé lors de l'étape précédente, l'ambition du groupe dans un premier temps a été de travailler non seulement sur le DPA des résidents, mais également sur deux autres versants : l'équipe et sur l'organisation. La tâche s'est avérée trop complexe, et même si le groupe considère que le développement du pouvoir d'agir des professionnels est un préalable « pour que ceux-ci aient en main les éléments qui leur permettent de contribuer ensuite au DPA des personnes qu'ils accompagnent » (Portal, Jouffray, 201821), il est apparu nécessaire de commencer par le DPA des résidents, et particulièrement sur les conditions favorisant le renforcement de leur pouvoir d'agir.

4 – Création d'une boîte à outils

La « boîte à outils » a été élaborée avec les membres du groupe de travail, à partir de leurs expériences, idées et/ou demandes. La majorité d'entre elles ont été testées dans les ACT de la région par une ou plusieurs équipes. L'idée du groupe était de commencer à constituer une boîte à outil structurée, qui

pourra être enrichie au fur et à mesure des expériences dans les équipes. Elle vise à susciter et structurer le travail entre les équipes d'ACT de la région.

Le groupe a travaillé sur des processus et des outils permettant d'aider les équipes à :

- Centrer l'accompagnement sur la personne accompagnée
- Mettre en mouvement la pluridisciplinarité (voire l'interdisciplinarité)
- Co-construire avec un résident auteur et acteur
- Faire évoluer la posture et les compétences des professionnels

Chacun de ces axes contribue à favoriser le DPA des résidents. Pour chacun de ces axes, ont été définis : des actions concrètes à développer et/ou renforcer ; des fiches décrivant des outils, des techniques, des processus, des expériences mis à disposition des équipes.

13. Paul M., L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Ed. L'Harmattan, 2004

14. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique, des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence, Thèse de doctorat de santé publique, 2007

15. Harlow et al. L'empowerment et Carl Rogers : réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers, Revue ACP pratiques et recherche N°10

16. Greacen T. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment, Ed ERES, 2012

17. Giordan A. et al. Comment motiver le patient à se soigner ? Maloine, 2010

18. Balcou-Debushe M., De l'éducation thérapeutique du patient à la littérature en santé, ED. Archives contemporaines, 2016

19. Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient, ed Maloine, 2016

20. Giordan A. Apprendre, 1998

21. Jouffray C., Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs : une nouvelle approche de l'intervention sociale, Presses de l'EHESP, 2018

RÉSULTATS : FONDEMENTS DE L'ACCOMPAGNEMENT EN ACT

1 - Premiers résultats concernant l'accompagnement en ACT : l'état des lieux

Un travail dans chaque ACT a été mené à partir d'outils permettant de faire émerger les représentations de l'accompagnement. Ceci a contribué à la prise de conscience des différences d'appropriation du concept d'accompagnement par les uns et les autres mais aussi des points de convergence. L'exercice a montré que définir l'action d'ACCOMPAGNER n'est pas évident.

Les professionnels du groupe renvoyaient aux corollaires suivants :

- Activités ou outils utilisés : « ce sont des techniques d'entretiens individuels ou collectives »
- Valeurs et principes partagés « respect, écoute, bienveillance, liberté »
- Posture du professionnel : basée sur le « faire ensemble » (et non faire à la place de) ; « se centrer sur les capacités des personnes à développer leurs propres ressources, leurs capacités d'initiative à s'investir dans un parcours visant à la réalisation de leur propre projet »
- Synonymes ou description de l'action d'accompagnement : Ecouter, Soutenir, Conseiller, Valoriser, Instaurer la confiance, Aiguiller, Epauler ...
- Objectifs pour les résidents (résultats attendus) : « tendre vers l'autonomie », « renforcer leur autonomie », « augmenter son niveau de bien être au quotidien »

Identification des principales difficultés rencontrées par les équipes pour accompagner les résidents

Les difficultés énoncées ci-dessous sont celles partagées par les professionnels au cours des différents temps de rencontres. Nous les avons regroupées en différentes thématiques :

Domaines de difficultés	Types de difficultés
Politiques et stratégies	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies institutionnelles Orientations des projets d'établissement (ex : durée de séjour, PPI à faire à l'entrée...) Positionnement des directions sur les stratégies d'accompagnement pas toujours affirmées <p>► Conséquences potentielles : confusion sur les attentes, perception de marge de manœuvre des équipes restreintes</p>
Organisation et temporalité	<ul style="list-style-type: none"> L'originalité de l'expérience engagée par l'ARS NA a nécessité une gestion nouvelle du temps avec la recherche d'une disponibilité supplémentaire aux équipes des ACT engagées dans ce processus pas toujours évidente. <p>► Conséquences potentielles : temps de rodage chronophage synonyme de perte de temps, temps insuffisants pour réfléchir à des stratégies d'intervention, prise de recul, impression de « tête dans le guidon »</p>
Matérielles	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'outils collaboratifs partagés au début du processus entre tous les professionnels et les résidents, <p>► Conséquences potentielles : difficulté au démarrage de communication entre les acteurs réglée au fil de l'eau – sentiment de perte de temps démobilisateur</p>
Posture des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Fossé parfois important entre théorie (« ce qu'il faudrait faire ») et pratique (« ce qu'on fait »), par exemple : Guider sans influencer les résidents vs faire à leur place Se centrer sur les besoins/demandes/désirs des résidents vs partir de ce que les professionnels pensent être bien pour eux Reconnaitances des compétences et forces des résidents vs non prise en compte de ce qu'il sait déjà faire, de ses savoirs expérimentaux... ; Résistance aux changements de certains professionnels (sortir de sa zone de confort) <p>► Conséquences potentielles : difficulté d'association des résidents – temporalité à trouver car plusieurs réglages préalables furent nécessaires</p>
Compétences des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Manque de clarté sur la caractérisation des accompagnements réalisés Manque de maîtrise de certains concepts Manque de compétences pédagogiques (approche apprentissage) Difficultés pour mener des entretiens réflexifs, centrés sur la personne, motivationnel Manque d'outils, de techniques pour animer des groupes Difficultés à réaliser des analyses de pratiques sur les processus d'accompagnement Difficultés à faire avec les rythmes, décisions, positionnement des résidents, des attitudes violentes, des résistances Difficultés à changer ses façons de faire habituelles Méconnaissance et/ou absence d'orientation vers les formations existantes <p>► Conséquences potentielles : multiplication des réunions pluri-professionnelles etc...</p>

Nous retrouvons dans la littérature spécialisée sur l'accompagnement des populations précaires et le pouvoir d'agir des difficultés identiques à celles rencontrées par les équipes d'ACT de Nouvelle-Aquitaine. Ces difficultés ont été prises en compte dans les propositions faites par le groupe de travail.

De plus, force a été de constater que le concept de « Pouvoir d'Agir » des personnes accompagnées n'est pas présenté de façon explicite dans la majorité des projets d'établissements, pas plus

que dans d'autres documents stratégiques. Les projets d'établissement des ACT de la région décrivent de façon plus ou moins développée leurs approches. Les concepts les plus fréquemment associés sont : rétablissement, auto-gestion, auto-détermination, empowerment, autonomie, forces et bien-être, prise de contrôle de sa vie, pouvoir d'agir, co-construction, renforcement des compétences et des capacités personnelles, renforcement de l'estime de soi, épanouissement, relation d'aide, approche par les pairs, réduction des risques etc.

La réflexion a également concerné les principales difficultés rencontrées par les résidents en ACT

Les difficultés énoncées ci-dessous sont celles rapportées par les professionnels à partir de leurs pratiques. Nous les avons regroupées à différents temps de l'accompagnement :

Temporalité	Types de difficultés
Avant l'entrée	<ul style="list-style-type: none"> Peu de places disponibles dans les institutions, conjoncture économique et sociale défavorable qui impacte l'accès au logement Impact de l'entrée entraînant un changement, parfois non reconnu, du rythme de vie, de la temporalité, etc. Méconnaissance des dispositifs et des solutions adaptées à sa situation Délais d'attente Stress, anxiété <p>► Conséquences potentielles : non demande, non choix, la personne s'en remet aveuglement au travailleur social qui l'oriente, adhésion de façade, acceptation contrainte de règles intenable pour l'accès au logement. Impression de réponses calquées sur ce que veut entendre le professionnel, manque d'authenticité dans les entretiens.</p>
À l'entrée	<ul style="list-style-type: none"> Etat général de la personne souvent très dégradé, Fatigue importante en lien avec trajectoire d'errance et pathologie Représentations de l'accompagnement liées à des expériences antérieures Difficultés de compréhension du dispositif d'accueil, du rôle de chacun Nombre important de professionnels entourant la personne Répétition du récit de vie <p>► Conséquences potentielles : un projet personnalisé (PPI) élaboré très tôt qui peut être le reflet des volontés du professionnel, risque d'infantilisation du résident, difficultés de mobilisation de la personne, positionnement d'attente, difficulté d'adaptation</p>

Temporalité	Types de difficultés
Pendant le séjour	<ul style="list-style-type: none"> Oscillation du résident dans son parcours de soin, découragement, Décrochage de la prise en charge Appréhension de la sortie Non verbalisation de modifications de leur projet Répétition du récit de vie Croyance : la structure a des solutions à chaque situation <p>► Conséquences potentielles : la personne n'est plus dans une logique de soin, menace de sortie du dispositif, exposer un projet ne correspondant pas à leur envie/besoin, mais à une hypothétique attente de la structure, positionnement d'attente</p>
À la sortie	<ul style="list-style-type: none"> Angoisses, peurs Préparation insuffisante dans certains domaines Difficulté à continuer à faire vivre le projet personnel <p>► Conséquences potentielles : réapparition des symptômes, perte de repères, rupture du lien social, reprise des consommations</p>

Partant de là, le groupe s'est accordé sur l'importance de faire émerger des définitions communes de l'accompagnement et de ses objectifs.

2 - Le développement du pouvoir d'agir (DPA) : la définition retenue par le groupe

Les échanges de pratiques et d'expériences entre les participants au projet ont permis de mettre en évidence un certain nombre d'enjeux majeurs pour tous les ACT en termes d'objectifs à donner aux accompagnements. Considérant que le développement de l'empowerment est une composante majeure de l'accompagnement, au même titre qu'il l'est pour l'éducation thérapeutique du patient, le groupe s'est entendu sur l'importance de viser le développement de l'empowerment des résidents.

Le terme anglo-saxon empowerment est traduit de plusieurs façons en français : « autonomisation », « habilitation », « appropriation », « pouvoir », « pouvoir d'influence », « développement du pouvoir d'agir » (DPA). Cette dernière traduction provient de F. Dufort et Y. Le Bossé et il s'agit de celle à laquelle le groupe a choisi de se référer.

Le terme pouvoir renvoie à : « cette nécessité de réunir les ressources individuelles et collectives à l'accomplissement de l'action envisagée » [16]. Pour accéder à ces ressources, il est nécessaire d'agir tant individuellement que collectivement, dynamique qui réfère aussi bien à un processus qu'au résultat de ce processus. L'utilisation du terme « développement » permettant de distinguer le processus, du résultat. L'intervention peut concerner aussi bien une personne qu'une collectivité. C'est ce qui conduit ces deux auteurs à traduire « empowerment » par « développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités ».

Le projet DPA-NA entend s'inscrire dans une démarche de conduite du changement telle que décrite par Le Bossé Y. c'est-à-dire « un processus de la personne ou d'un collectif, qui permet d'accéder à d'avantage possibilité d'agir

sur ce qui est important pour eux ». Dans cette démarche, les concepts sur lesquels le groupe de travail s'est appuyé sont ceux de Pouvoir et d'Agir, et non pas sur ceux « capacité d'agir »²² ou de « devoir d'agir »²³.

Nombreux chercheurs impliqués dans des projets avec des personnes présentant des problèmes de santé et/ou en situation de précarité tentent de

définir, d'enrichir, de redéfinir les concepts de pouvoir d'agir, développement du pouvoir d'agir, capacité d'agir etc.. Ces concepts sont « encore et sans doute pour longtemps en construction »²⁴, mais les travaux de Y. Le Bossé et de ses collègues français C. Jouffray, B. Portal^{25/26}, B. Vallerie²⁷, ont permis de choisir les définitions qui ont paru à tous être les plus pertinentes pour les équipes des ACT

Le terme POUVOIR est entendu comme " accéder à la possibilité concrète et réelle d'agir, c'est-à-dire de créer les conditions pour que l'action soit possible. Ce « pouvoir » oriente vers l'extérieur, c'est plutôt une force, quelque chose en tension, qui implique un mouvement " (Jouffray C.). Il ne s'agit en aucun cas de « pouvoir sur ».

Le terme AGIR est entendu comme " faire quelque chose, individuellement ou avec d'autres, pour sortir de l'impuissance par rapport à ce à quoi on tient. " (Jouffray C.). Ce terme ne revêt pas l'idée de l'intervention d'une personne extérieure pour « activer » une personne qui est considérée, perçue « non active », en exerçant une pression

22. « Capacité d'agir » suggère le fait d'avoir ou non cette capacité (statique)

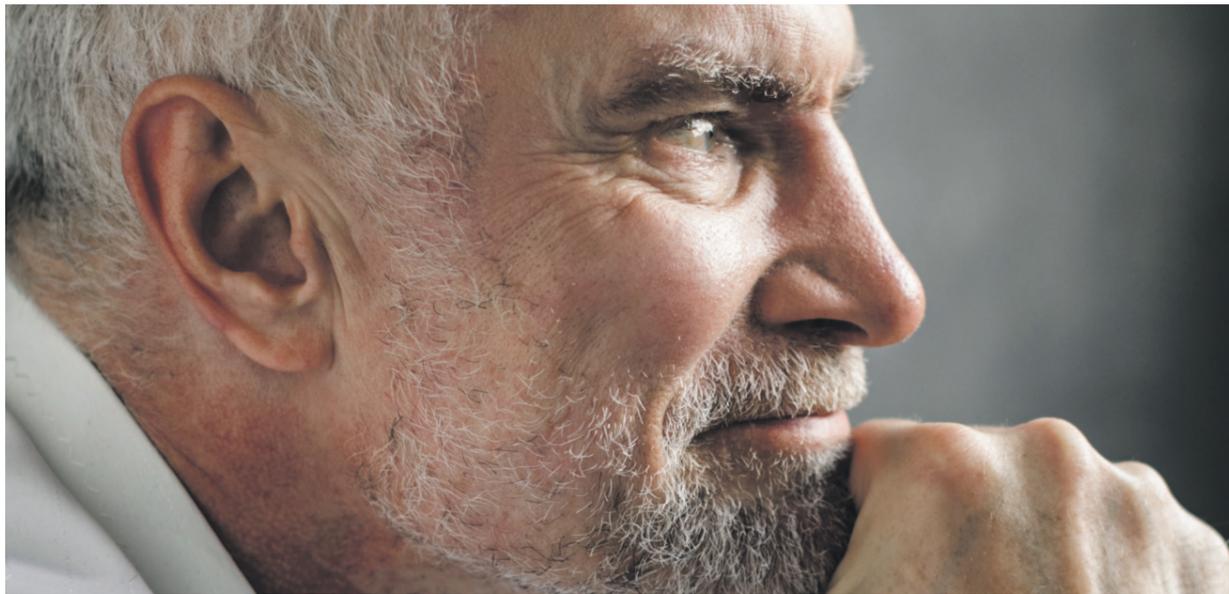
23. « Devoir agir » suggère de l'injonction, en exerçant des pressions pour que la personne soit active.

24. Gouedard C. et Rabardel P. Pouvoir d'agir et capacité d'agir : une perspective méthodologique, Revue PISTES - Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé (ISSN : 1481-9384). Laboratoire paragraphe, Paris, 2012.

25. Jouffray C., Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs : une nouvelle approche dans l'intervention sociale, Ed. Presses de l'EHESP, 2018

26. Jouffray C., Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs : une nouvelle approche de l'intervention sociale, Presses de l'EHESP, 2018

27. Vallerie B. Interventions sociales et empowerment, L'Harmattan, 2012



Le pouvoir d'agir ou empowerment est donc un pouvoir de soi et de sa communauté qui permet d'exercer le pouvoir de changer les choses bien au-delà de son seul sort.

« Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde », « Le but de l'éducateur n'est pas seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur, mais de rechercher avec lui, les moyens de transformer le monde dans lequel il vit ». Paulo Freire²⁸ (1968-1974).

Le pouvoir d'agir est aussi lié au rétablissement car il participe de ce processus de transformation qu'est le rétablissement.

Quatre dimensions sont au cœur de cette transformation : **la redéfinition et expansion de soi**: la découverte d'un nouveau soi après un processus de deuil ; **la relation à l'espace temporel**: la croyance en une vie meilleure et en l'existence d'un avenir ; **le pouvoir d'agir**: retrouver un rôle actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie personnelle et communautaire ; **la relation aux autres**: aux pairs autant qu'à la famille et aux relations aux services de santé et de soutien

Le pouvoir d'agir est lié à l'expérience du rétablissement ; cela implique **la transformation du sentiment d'impuissance** en pouvoir d'agir au cours d'un processus à l'intérieur duquel : l'individu assume plus de responsabilités dans

l'orientation de sa vie, croit davantage en sa capacité d'exercer un plus grand contrôle sur son environnement, a davantage confiance en lui et développe un sens de l'autodétermination, trouve le courage à relever des défis et à la prise de risque.

Un intérêt conjoint pour le DPA de l'intervenant et celui de la personne accompagnée.

Le professionnel qui se réfère au DPA met en œuvre les conditions susceptibles de favoriser l'atteinte d'objectifs jugés importants par la personne accompagnée. Il s'agit de prendre en compte l'influence des composantes sociales et celle des composantes personnelles dans l'analyse de la situation sur laquelle porte l'intervention.

En procédant ainsi, l'intervenant dépasse les deux grandes conceptions occidentales actuelles du changement sur lesquelles sont fondées toutes les pratiques sociales : d'une part, une conception du changement fondée sur une logique d'adaptation individuelle et ponctuelle, d'autre part, une conception strictement structurelle du changement. L'intervenant se référant à la première de ces conceptions considère les problèmes sociaux comme la conséquence de carences individuelles et tente de repérer chez la personne en difficulté des déficits et permettre

la correction de ces déficits par l'acquisition de compétences. L'intervention est alors centrée sur la personne, ce qui reste insuffisant. Dans le second cas, l'intervenant s'inscrit dans une logique de changement social et ne prend pas en compte d'éventuelles défaillances personnelles. La modification des structures est censée régler tous les problèmes. Les causes du problème sont perçues indépendantes des actions susceptibles d'être menées par la personne en difficulté.

En effet, l'influence de l'environnement est également à prendre en compte²⁹. En effet, en situation de pauvreté, les souffrances résultent de la dépossession du pouvoir d'agir, causées par les privations et les maltraitances auxquelles les personnes réagissent par la lutte et la résistance. Ces dimensions, qui sont au cœur de la pauvreté, soulignent que la pauvreté est dynamique et que les personnes en situation de pauvreté sont généralement proactives et non passives.

Les personnes que nous accueillons, qui sont à la fois précaires et fragilisées par une situation de santé, ont elles-aussi expérimenté un manque de contrôle sur leur propre vie. Leurs options et leurs choix ont été limités et contraints par les circonstances de la vie et les actions des institutions. Ces personnes ont peu de marge d'erreur dans les choix qu'elles font, tant les

conséquences de mauvaises décisions peuvent être graves. De plus, alors qu'elles sont souvent accusées de faire des mauvais choix, elles font en réalité souvent face à des options décalées, parfois inacceptables. Souvent, elles n'ont pas leur mot à dire dans les décisions prises à leur place par des personnes qui ont autorité sur elles.

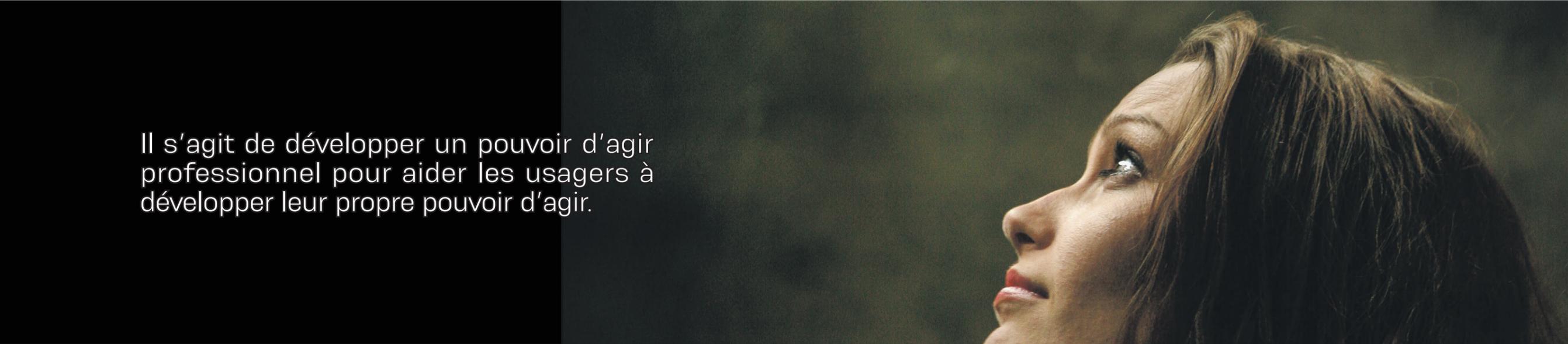
La double peine de la précarité et de la maladie peut être synonyme de soumission et de dépendance forcée à l'égard des autres, entraînant une perte de dignité et une déshumanisation. La perte de contrôle ainsi qu'un choix limité augmentent ces risques et peuvent diminuer les chances de sortir de ce qui apparaît au groupe fonctionner comme une « spirale infernale ».

La mise à disposition d'un logement dans le cadre du dispositif ACT, le soutien d'une équipe pluridisciplinaire, réduisent l'insécurité et créent un contexte favorable pour que les personnes accompagnées reprennent une forme de contrôle sur leur vie.

Mais cela ne suffit pas. Selon la logique du DPA, l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend à la fois des opportunités issues de l'environnement (cadre législatif, disponibilités budgétaires, ressources diverses, etc.) et des capacités de la personne ou de la collectivité à exercer ce pouvoir (compétences, désir

28. Freire, P. La pédagogie des opprimés, Paris, La Découverte, 2001

29. A partir du rapport d'ATD quart monde sur la pauvreté et pouvoir d'agir



Il s'agit de développer un pouvoir d'agir professionnel pour aider les usagers à développer leur propre pouvoir d'agir.

d'agir, etc.). Si la réalisation du changement visé par la personne ou le groupe concerné par l'intervention nécessite la modification d'une ou plusieurs composantes de l'environnement, alors l'intervenant privilégiant cette approche porte ses efforts sur cette ou ces composantes. Si la réalisation du changement visé dépend de la capacité de la personne ou du groupe à faire différemment, alors l'intervenant tente de contribuer à l'acquisition des compétences nécessaires. L'intervenant mobilisant cette approche devenant un : « accompagnateur du changement » [17].

Cette approche bidirectionnelle semble permettre de mieux répondre aux problématiques sociales actuelles. Si nous avons opté pour cette approche, c'est parce que les professionnels qui ont eu l'occasion de la mettre en œuvre mettent en avant le fait qu'elle leur « donne une légitimité pour être dans l'insistance ». Ils prennent conscience qu'« on a trop intégré l'impossibilité comme quelque chose de normal ». Aujourd'hui, pour eux, « à partir du moment où on a repéré un problème qui nous paraît scandaleux, grave, on peut aller au-delà du constat, réagir à ça ». Ils disent : « ça a conforté l'idée qu'il faut insister, aller plus loin », « ça m'a d'une certaine façon boostée ». Ils énoncent également que cette approche leur a donné des outils pour dégager de nouvelles marges de manœuvre

en particulier à partir de la compréhension et de l'intégration des enjeux des différentes personnes concernées : « ça m'a permis de faire exister les différents enjeux », « j'ai compris que les enjeux autres que les miens étaient légitimes et avaient autant de valeur ». Enfin les professionnels parlent de l'ouverture de nouveaux espaces : « ça permet d'être plus à l'aise pour inventer, pour explorer des chemins non pris », « ça a développé ma créativité ». Cette approche les aide à ne pas renoncer, à creuser de nouvelles pistes.

Ainsi, il s'agit de développer un pouvoir d'agir professionnel pour aider les usagers à développer leur propre pouvoir d'agir. Autrement dit, nous ne pouvons aider une personne à dépasser une situation d'impuissance ou à s'affranchir d'un obstacle que si nous sommes nous-même, en tant que professionnel, en capacité de développer notre propre pouvoir d'agir [25]. C'est en ayant notamment connaissance de ses propres marges de manœuvre, que l'intervenant est susceptible de développer son propre pouvoir d'agir et d'aider l'utilisateur à développer le sien.

3 - L'accompagnement en ACT

Ce cadre conceptuel ayant été posé, les participants se l'étant approprié, le groupe de travail s'est mobilisé autour de cinq questions.

Question 1 : Quel sens donner à l'accompagnement au sein des ACT ?

Cette question ne peut être appréhendée sans prendre en compte le caractère passager du séjour en ACT pour la personne accueillie et pour quels effets et/ou résultats : la démarche ou l'approche DPA indique qu'il va s'agir de redonner chaque fois que c'est possible un sentiment de compétence à la personne afin qu'elle puisse percevoir et éprouver un sentiment de meilleure qualité de vie et savoir désormais comment agir dessus.

Les missions sont régies et légiférées par le décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002. Elles sont donc communes à tous les ACT Ce décret balise le cheminement au sein des institutions. Cependant leur adaptation et application sur le terrain dépendent du public, du territoire, du contexte mais aussi de la compréhension et appropriation de ces missions et des effets espérés de l'accompagnement par les professionnels.

Pour certains professionnels, les effets de l'accompagnement sont plutôt des résultats concrets (par exemple, être autonome dans la demande de renouvellement de logement social), pour d'autres, ce sera plutôt l'intériorisation d'une posture nouvelle, la mise en place de processus de fonctionnements individuels (par exemple croire en ses capacités, anticiper, etc...).

Ces différentes orientations ont des conséquences directes sur l'accompagnement, le positionnement des professionnels, le suivi, les évaluations des résidents au cours de leur parcours en ACT, etc ...

Tendre vers une approche DPA suppose de clarifier au sein du groupe les effets prioritaires recherchés, ainsi que sur les représentations de l'accompagnement, à la fois par les résidents et les professionnels.

Définition retenue de l'accompagnement

Les travaux du groupe ACESO³⁰, du LEPS et PARIS 13 autour de l'« accompagnement à l'autonomie en santé » ont été convoqués pour y adosser nos réflexions.

L'accompagnement prend en compte un ensemble de facteurs développés dans un parcours temporel non déterminé au préalable. La durée nécessaire s'ajuste en fonction de la réalisation des engagements co-construits. En ACT, cela dépend des actions conjointes d'une équipe pluridisciplinaire, et non d'une seule personne, d'un seul métier. La création d'outils et la mise à disposition de technologies favorisent, entre autres, l'expression des besoins. De plus, la mise en place des meilleures conditions de partenariat résidents/professionnels sont nécessaires pour renforcer la coordination thérapeutique.

L'accompagnement est un processus dynamique qui requiert un travail de négociation permanent et délicat. S'y ajoute une tension entre autonomie et potentielle ingérence. Le suivi est nécessairement séquencé, adapté à

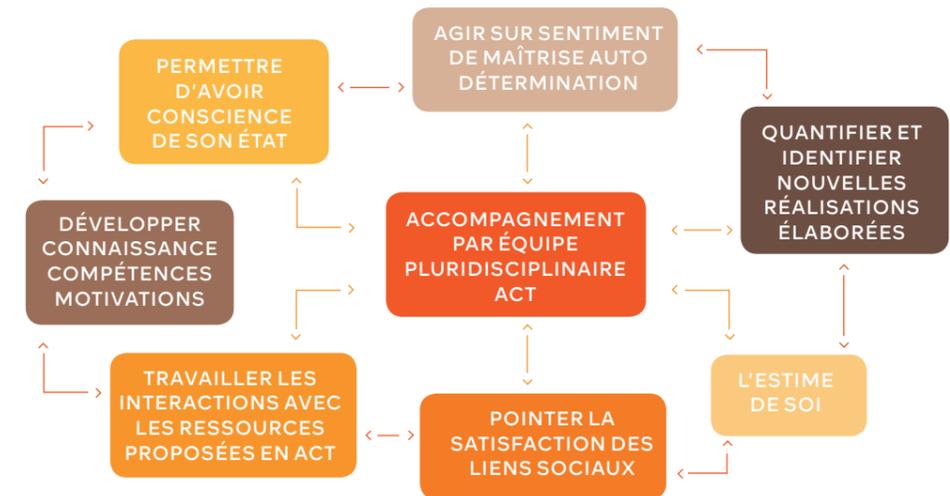
la personne, caractérisé par des échanges à la fois formels (rendez-vous, consultations) et informels (visite à domicile, ateliers), dont le nombre et la nature ne peuvent pas être déterminés à l'avance. La fragilité des situations, la vulnérabilité dans laquelle se trouvent les personnes accompagnées (sociales et/ou médicales), et leur droit de contrôler les informations, l'imposent.

L'accompagnement est de surcroît l'objet de négociations critiques pour maintenir un climat de confiance entre accompagnants et accompagnés, car le consensus sur les normes et les valeurs est difficile à atteindre. En effet, ce qui est tolérable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. De plus, il faut savoir prendre en compte les compétences, les ressources des personnes accompagnées dans nos ACT au fur et à mesure qu'elles se développent. Cela exige donc des accompagnants des capacités d'adaptation et une remise en question permanente de leur posture.

L'accompagnement est composite et en même temps immatériel à cause de la somme des facteurs variables qui le déterminent.

Les dimensions du DPA retenues (à partir des travaux du LEPS et de Paris 13)

Composantes DPA du résident - Aspect individuel



De nombreux supports et outils de communication sont utilisés au sein des ACT : projet d'établissement, rapports d'activités, Projet Personnalisé (PPI), outil informatique (ex : ACX) etc... Le vocabulaire qui y est utilisé n'est pas stable et rend parfois difficile la compréhension. Par exemple, les termes « objectifs », « besoins », « demandes », « attentes », « co-construction » revêtent des significations différentes pour les professionnels et les résidents. Mais aussi parfois inter ACT Il semble donc nécessaire d'utiliser un vocabulaire explicite entre A.C.T pour travailler plus facilement ensemble. L'idée d'une charte commune a été évoquée.

Les dimensions du DPA retenues (à partir des travaux du LEPS et de Paris 13)

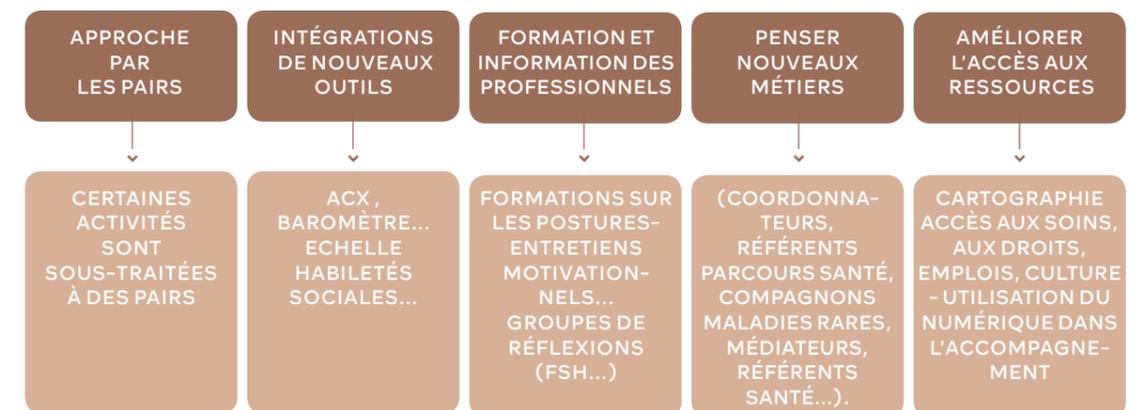
Composantes DPA du résident - Aspect individuel



Le DPA individuel cherche à renforcer les compétences de la personne par des actions à mettre en œuvre. L'idée dans le cadre de l'accompagnement engagé, est d'aider la personne à faire ses propres choix à partir d'une prise de conscience de sa situation. Cf. outils repérés.

L'environnement capacitant et organisationnel des ACT

1- L'environnement capacitant



Accompagner nécessite de la part des professionnels, des capacités à encourager, accueillir, s'adapter. Il s'agit d'instaurer un ensemble de bonnes pratiques renouvelées, non standardisées, avec l'aide des pairs aidants. De nouveaux outils sont donc au fil du temps à créer pour s'adapter à des configurations évolutives.

30. Le Pôle de Ressources en Education Thérapeutique du Patient Ile de France est en charge de la co coordination du projet ACESO (Accompagnement Coopératif Evolutif et Solidaire). Ce projet a été sélectionné par l'ARS Ile de France pour participer à l'expérimentation nationale des programmes d'accompagnement des personnes malades chroniques à l'autonomie en santé.

Les dimensions du DPA retenues (à partir des travaux du LEPS et de Paris 13)

2- L'environnement capacitant des ACT



La pluridisciplinarité, ADN des ACT, nécessite une organisation subtile pour mettre en commun les capacités et les ressources des professionnels. Cela suppose des méthodes de gestion de projets, des compétences spécifiques, pour chaque jour choisir, décider, agir en mode convergence orientée vers la personne accompagnée afin de co-construire son projet personnalisé.

Question 2 : Comment définir des stratégies d'intervention qui s'adressent à une diversité de profils des personnes accueillies ?

La population accueillie en ACT présente des diversités qui génèrent autant de projets individuels que d'individus. Cela suppose que, afin que ces projets soient réellement individualisés, chaque résident soit l'acteur principal de son parcours, et que les stratégies d'intervention soient centrées sur la personne.

Les stratégies d'intervention doivent donc prendre en compte les caractéristiques

des personnes et avoir les moyens nécessaires pour leur permettre d'agir et non pas d'être activées par les professionnels.

Un individu ne développe son pouvoir d'agir que sur ce qui est important pour lui-même

Y. Le Bossé insiste sur le fait qu'un individu ne développe son pouvoir d'agir que sur **ce qui est important pour lui-même** :
« Le développement du pouvoir d'agir c'est ne pas simplement s'agiter ou être actif mais

être acteur sur ce qui est important pour soi. Si ce n'est pas important pour soi ce n'est pas du développement du pouvoir d'agir. Pour soi, tout seul, pour soi et ses proches ou pour soi et la collectivité ou le groupe, la communauté à laquelle on s'identifie³¹... »

Ce positionnement laisse entendre que l'on doit partir de ce que vit la personne, de ce qui fait sens pour elle et de ses priorités.

Dans le cadre des ACT, le résident va exprimer des désirs, des demandes, des difficultés, des situations problématiques qui, pour pouvoir faire l'objet d'un « projet » avec l'équipe de professionnels doit être **EXPRIME, ENTENDU et DISCUTE**.

L'étude menée par la FSH et le LEPS sur les besoins éducatifs en santé en 2019 montre que les besoins en santé sont peu exprimés spontanément par les résidents des ACT Ils relatent des situations problématiques ou verbalisent des demandes. C'est le questionnement et/ou les propositions faites par les professionnels qui leur permettent d'accéder aux besoins.

On entend par **BESOIN** : « un écart entre l'état actuel (défini par la personne et le professionnel) et l'état souhaité (idéal, scientifique ou possible). Ce dernier répond à un besoin « idéal » et/ou normatif (défini par des experts) et/ou subjectif (personnel à chaque personne).³²

Il est primordial dans le cadre des ACT que ces besoins soient validés par les résidents, puis priorisés, afin de définir avec les professionnels les actions à mettre en place et les planifier dans le temps. Dans les ACT de la région, différents outils et supports sont utilisés pour l'expression et le suivi des besoins :

- Des entretiens individuels avec différents professionnels (médico-psy-social)
- Des auto-questionnaires écrits
- Des réunions pluridisciplinaires d'analyse des besoins

31. Vidéo Le Bossé Y. <https://www.kelvoa.com/yann-le-bosse-dpa/#:text=D%C3%A9finir%20le%20pouvoir%20d'agir,les%20%C3%A9l%C3%A9ments%20de%20sa%20vie>.

32. Définition inspirée de celle de Deccache A. Éducation du patient : comprendre les besoins du patients, communication orale CIESP, novembre 2008, disponible sur : http://www.educationdupatient.be/ciesp/ppt/Presentation_CIESP_26_fevrier_2009_00.ppt#314,10,BESOINS?

- Un outil informatique ACX pour faciliter la co-construction du projet personnalisé et renforcer la coordination thérapeutique
- Des PPI médico-sociaux, ou séparés PPI médical, PPI social
- Une maîtrise des outils de l'entretien motivationnel par les équipes

L'expérience dans les ACT montre que tout travail d'identification et de priorisation des besoins requière du TEMPS, et qu'il n'est pas le même pour chaque personne. Le problème majeur rapporté dans les ACT représentés dans le groupe de travail est la capacité des professionnels à accompagner les résidents à traduire ces difficultés en besoins puis en moyens nécessaires pour pouvoir y répondre.

Le temps d'expression, de prise de conscience des besoins est un des éléments essentiels de l'accompagnement vers le pouvoir d'agir des résidents. « Développer un pouvoir d'agir c'est vivre en cohérence avec ses aspirations ».

La démarche d'accompagnement au DPA dès lors que l'on interroge les besoins et aspirations d'une personne s'appuie quel que soit « le profil de la personne par l'approche par les forces » (développée question 4).

- L'évaluation des forces **ne remplace pas l'évaluation psychosociale ni les outils d'intervention conventionnels**, qui ont leur importance
- L'approche axée sur les forces s'oriente sur les **acquis, les compétences, les conditions favorables** et le **potentiel** des personnes
- Nous accompagnons les personnes, les familles et la communauté en **mettant l'accent sur ce qui fonctionne bien et sur les rêves qu'elles souhaitent concrétiser**

Pour les intervenants professionnels avec la personne accompagnée il s'agit de :



Faire équipe avec la personne

- Se préoccuper davantage de l'atteinte d'un but que de la résolution de problème
- D'améliorer la situation de la personne plutôt que de favoriser sa survie
- Nourrir les rêves et espoirs plutôt que de prôner simplement l'adaptation à la situation
- De triompher plutôt que s'attarder au traumatisme

Il est donc apparu nécessaire au groupe de travail d'interroger les outils et processus utilisés dans leurs ACT pour s'assurer qu'ils permettent d'avoir une réelle approche personnalisée, individualisée, dans laquelle le résident est réellement auteur et acteur de son projet.

Question 3 : Comment modéliser sous forme de processus le déploiement du DPA au sein de l'équipe et en partenariat avec la personne accompagnée ?

L'enjeu d'un processus d'engagement et de

changement est complexe car il s'agit d'une articulation, tout d'abord entre résident et le professionnel, puis de professionnel à professionnel au sein d'une même équipe.

La HAS décrit la démarche centrée sur la personne comme un processus qui « **s'appuie sur une relation de partenariat** avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluri professionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une **complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient** acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches ». Cette description peut être extrapolée au domaine psychosocial.

On retrouve dans le domaine médical le terme d'alliance thérapeutique entre la personne accompagnée et l'accompagnant. L'alliance thérapeutique est définie comme « *un processus d'engagement à co-constituer un projet de changement effectif d'un état de santé, et à collaborer, au sens premier et fort, pour mener ce projet à son terme. Ils ajoutent que cette alliance doit être « obtenue, puis maintenue dans la durée »*

(Lalau J-D)³³. Dans le domaine social, B. Portal et C. Jouffray³⁴ parlent de « faire équipe avec la personne », de « démarche conjointe qui les amène à élaborer et prendre des décisions », de « solidarité entre deux personnes qui partagent un intérêt commun : un investissement dans une affaire commune, une convergence d'intérêts ».

Le groupe de travail a dès lors souhaité s'interroger sur les processus à renforcer et/ou développer pour renforcer le partenariat, l'alliance entre les professionnels et le résident, mais aussi au sein de l'équipe de professionnels.

Question 4 : Comment s'appuyer sur les forces et compétences du résident ?

Souvent la personne vulnérable que l'on rencontre en ACT est réduite à un ensemble de représentations défavorables, ce qui n'est pas sans conséquences négatives puisqu'elle intériorise cet ensemble de représentations (« habite son stéréotype ») et éprouve beaucoup de difficultés à s'en distancer. D'autre part

l'approche habituelle de l'accompagnement est beaucoup trop centrée sur le manque, l'incapacité ou la difficulté. Ce qui conduit la plupart du temps à proposer une réponse de suppléance et/ou de compensation.

En décalant la focale sur les compétences et les forces de la personne (Vs inadaptation globale), cela permet de ramener la personne dans le prisme des représentations positives.

Exemples :

- En dépit de consommations massives d'alcool, Monsieur a réussi à travailler 3 demi-journées consécutives
- En dépit de souffrances psychologiques importantes, Madame a réussi à faire un pas vers son fils pour retisser du lien etc...

V. Chatel, citée par C. Jouffray rappelle que les personnes en situation d'exclusion se trouvent « renvoyées à la seule sphère privée, privées d'apparition au monde, de participation et de contribution au monde, de reconnaissance », ce qui détériore la confiance en elles-mêmes, contribue à leur perte d'espoir à partir de l'idée

33 . Lalau J.D, Lacroix A. et al. Créer une alliance thérapeutique. On n'éduque pas un adulte souffrant, Chroniques sociales, 2012
34 . Portal B, Jouffray C., Coproduire le changement par le DPA, le point de vue des personnes et des professionnels, Ed Presses de l'EHESP, 201



Cette approche permet aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie

qu'elles ne sont pas dignes de réussir quelque action. Pour répondre à cette situation, l'approche DPA propose de travailler avec la personne accompagnée sur des « actions concrètes, ajustées aux possibilités du moment », permettant ainsi aux personnes de réussir, « d'acquiescer confiance en soi et reconnaissance, d'apparaître au monde, de se situer dans un espace public ».

Il est donc apparu important pour le groupe de centrer les accompagnements sur l'émergence des forces, des compétences et l'identification des situations à travailler, en fonction des priorités du résident. Peut servir d'inspiration en ce sens le modèle d'approche par les forces proposé par C. Rapp et R. Gosha, de l'Université du Kansas et utilisé dans plus de 40 États américains et dans plusieurs pays.

Cette approche permet aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie en découvrant leurs forces, et en les utilisant pour atteindre leurs buts.

Cette approche est caractérisée par le fait qu'elle :

- Vise le rétablissement de la personne
- Est centrée sur les aspects positifs de sa vie
- Favorise l'établissement de buts importants pour la personne
- Mène vers un processus d'engagement

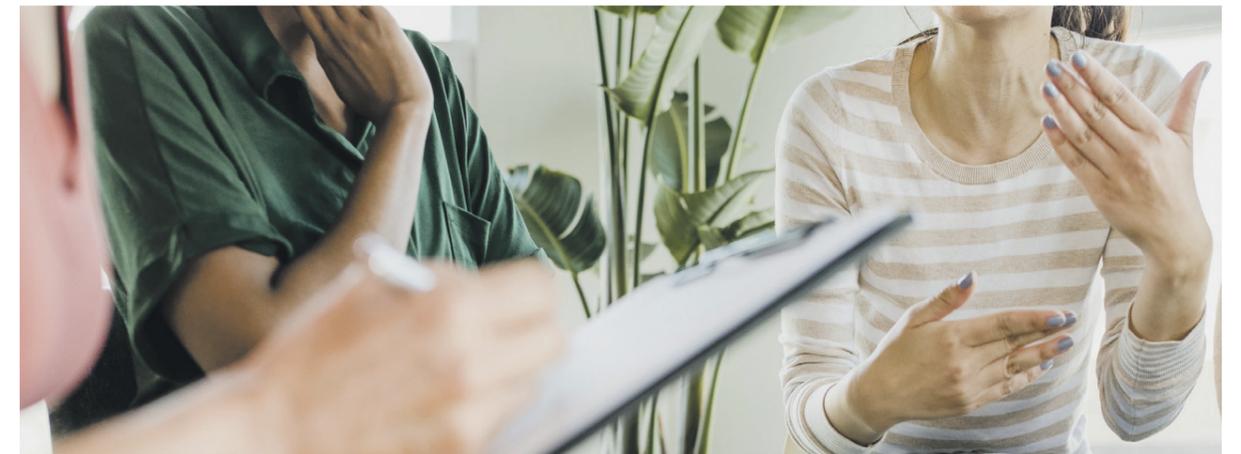
La philosophie de cette approche repose sur la reconnaissance d'un ensemble de postulats :

- Les personnes désirent sensiblement les mêmes choses, mais n'ont pas les mêmes possibilités (ressources, santé, finances, etc...)
- Malgré les différences et les inégalités, la majorité des personnes peuvent vivre une vie riche et satisfaisante dans leur communauté;
- La communauté joue un rôle important pour informer et sensibiliser la population, les familles et les personnes
- L'accent est mis sur les forces et non sur les déficits
- Une centration sur les forces augmente la motivation, tandis que l'accent sur les difficultés entraîne un sentiment d'impuissance

Les cinq principes de cette approche sont que :

1. Toute personne peut se rétablir et prendre du pouvoir sur sa vie
2. La personne est le maître d'œuvre de l'intervention. Elle est en charge de la direction que prendront les services
3. L'alliance thérapeutique repose sur la confiance et sur l'appropriation du pouvoir par la personne
4. Le lieu privilégié d'intervention est la communauté
5. La communauté est une oasis de ressources

Cela passe par faire un inventaire des forces avec la personne, afin de l'aider, ainsi que l'intervenant, à prendre conscience de ses compétences présentes et utilisées dans le passé, des connaissances accumulées à travers l'expérience de vie, des ressources qu'elle possède et de celles qui sont disponibles.



La mise en évidence des forces vise à en faire ressortir 4 types :

1- Les qualités personnelles, qui sont des traits qui nous définissent.

Exemples :

Honnête

Sensible

Curieux

3- Les intérêts et les aspirations : Ce sont des éléments importants qui favorisent la motivation d'atteindre un objectif.

Exemples :

Apprendre
à cuisiner

Chasse
et pêche

Occuper
un emploi



2- Les habiletés et talents : ici, nous ne faisons pas référence à ce qu'est la personne, mais à ce qu'elle possède comme compétences.

Exemples :

Aptitudes
numériques

Talent pour
la musique

Talent pour
les sports

4- Les forces environnementales : Il s'agit de forces extérieures à la personne, mais qui peuvent l'aider grandement à atteindre ses buts.

Exemples :

Une famille
soutenante

Un groupe
d'entraide

Un emploi,
un parcours
scolaire

Les postures adoptées par les professionnels ont des incidences sur les personnes accompagnées

Question 5 : Comment faire évoluer les postures et compétences des professionnels ?

Les échanges de pratique au sein du groupe et le test de nouveaux processus ou outils ont mis en évidence de réelles « résistances » au changement de certains professionnels. Cependant, pour tendre vers une approche DPA, il est nécessaire de faire évoluer sa posture et ses compétences, de façon individuelle et collective.

B. Portal et C. Jouffray rappellent que les postures adoptées par les professionnels ont des incidences sur les personnes accompagnées et ont pour conséquences qu'elles aussi adoptent certaines postures à leur égard.

Parmi ces postures, elles en pointent deux chez les travailleurs sociaux qui peuvent être étendues aux autres professionnels des ACT

- La posture de « l'EXPERT » -celui qui sait, désire, et qui fait à la place du résident, car il estime que ce dernier n'est pas à même de savoir ce qui est vraiment bon pour lui
- La posture du « SAUVEUR » qui veut le bien de l'autre, veut que la personne « s'en sorte » et qu'elle « prenne de bonnes décisions ». Une posture qui se manifeste par une personne qui s'investit énormément, anticipe les problèmes, cherche à protéger la personne accompagnée. Cette posture crée de la dépendance et de la culpabilité car il

présent in fine que cette posture est délétère. Les travaux de Y. le Bossé sur le DPA, repris par B. Portal et C. Jouffray (2019³⁵) préconisent aux professionnels de tendre vers une **posture de PASSEUR** caractérisée par le fait de « marcher côte à côte pendant un bout de chemin, le but étant que la personne franchisse elle-même l'obstacle qui l'empêche d'avancer ». Les auteurs rajoutent que cette posture implique « un changement de regard sur les personnes qui n'est plus focalisé sur les manques qui seraient à combler mais sur les potentialités »

Il est donc apparu nécessaire au groupe de travail de s'interroger sur les processus à mettre en œuvre pour faire évoluer les compétences et postures, en travaillant autrement en équipe.



Brigitte Portal

4- Analyse réflexive des participants sur leur posture professionnelle

Ce cadre conceptuel ayant été posé, les participants se l'étant approprié, le groupe de travail s'est mobilisé autour de cinq questions.

Dans le but de faciliter pour d'autres professionnels la même évolution qu'ils avaient vécu, les membres du groupe ont cherché à retracer le processus qu'ils avaient eux-mêmes parcouru pendant ces deux ans et demi. Certains membres du groupe de travail ont exprimé ce que cette expérience leur avait apporté sur le plan personnel et professionnel. Voici une synthèse de leurs réponses.

Évolution des positionnements professionnels dans les accompagnements des personnes

- Envie d'être encore plus attentifs, plus à l'écoute des besoins, des envies, des demandes des résidents
- Faire plus confiance aux compétences des personnes, respecter leur rythme
- Approche plus réflexive des accompagnements effectués
- Prendre conscience des accompagnements réalisés
- Commencer à faire évoluer les postures professionnelles

Travailler autrement en équipe

- Partager les informations des autres membres de l'équipe
- Envie de créer du travail de fond au sein des équipes
- S'interroger en équipe

Développement de savoirs, et savoir-agir

- Appropriation progressive d'une culture « DPA »
- Evolution de pratiques d'accompagnement
- Remise en question d'outils et de processus utilisés dans les ACT

Nouvelles expériences

- Tests de nouveaux outils et pratiques
- Sortir la tête du guidon, faire un pas de côté, prendre du recul sur sa pratique
- Appréhender sa pratique différemment
- Partager, découvrir des partenaires régionaux

Ils en ont déduit plusieurs propositions pour l'avenir.

35. Portal B, Jouffray C., Coproduire le changement par le DPA, le point de vue des personnes et des professionnels, Ed Presses de l'EHESP, 2019



Propositions pour l'avenir

5- Propositions pour l'avenir

Une proposition de module formation DPA auprès des écoles (IFSI – IRTS – Université)

Un travail d'identification des besoins pédagogiques, en termes de compétences à développer et de ressources à travailler a été élaboré par le groupe de travail.

Objectif général de la formation

Développer des compétences au sein des équipes des ACT pour accompagner au mieux les résidents, en favorisant le développement de leur pouvoir d'agir.

Compétences à développer ou renforcer

1. Expliciter les principes d'accompagnement des résidents dans son contexte
2. Se positionner comme facilitateur du développement du Pouvoir d'Agir des résidents

3. Travailler dans une équipe interdisciplinaire
4. Mener des entretiens individuels dans une approche réflexive et motivationnelle pour le résident
5. Utiliser des techniques favorisant la participation et la réflexion chez les résidents et avec ses collègues
6. Mettre en place de nouvelles activités (y compris éducation en santé)
7. Evaluer l'accompagnement des résidents

Modalités de formation : quelques réflexions

- Privilégier des formations d'équipes pluridisciplinaires
- Privilégier des temps de formations avec plusieurs équipes
- Prendre le temps en espaçant les temps de formation (nécessaire à la maturation et aux tests/mises en pratiques dans leur ACT)

- Utiliser les outils/techniques/fiches-actions élaborés par le groupe de travail régional DPA
- Utiliser des techniques d'animation de groupe pouvant être transférées par les équipes dans leur ACT (avec les résidents ou en équipe)
- Faire un plan de formation sur une période d'une année
- Prévoir en complément une formation spécifique à l'éducation thérapeutique du patient pour des équipes pluriprofessionnelles

La totalité du groupe a également émis le souhait de pouvoir poursuivre la dynamique mise en œuvre autour du DPA et des ACT

Plusieurs thématiques ont été identifiées :

L'intégration du DPA sur les projets d'établissement avec les directeurs

Cela suppose UN travail de lobbying auprès des directions hébergeant des ACT, qui sera d'autant plus efficace s'il est réalisé en groupe.

La création d'un référentiel d'évaluation DPA (en lien avec l'ETP)

Un travail en collaboration avec des partenaires impliqués dans la recherche sur ce type d'évaluation est souhaitable.

L'ouverture d'un espace ressource documentaire DPA numérique

Un premier travail d'organisation de ressources a été fait au cours de ce projet sur un support numérique partagé, financé par la FSH.

LA BOITE À OUTILS POUR LES ACT

PARTIE 4

Sont exposées dans les pages suivantes les différentes fiches qui ont été construites dans le cadre des travaux menés.

Celles-ci ont été élaborées dans le but de : soutenir un accompagnement orienté vers la personne ; mettre en mouvement la pluridisciplinarité ; co-construire avec un résident ; penser les pratiques professionnelles ; prioriser les besoins et les préférences.

Ce sont des techniques d'animation pouvant être utilisées au sein de l'équipe

Des Fiches - Techniques

Ce sont des techniques d'animation pouvant être utilisées au sein de l'équipe de professionnels, avec un groupe de résidents ou au cours d'une réunion de travail résidents-professionnels.

Chaque fiche décrit les objectifs, le déroulement, le matériel nécessaire et des exemples d'utilisation sont proposés ainsi que des conseils. Ces fiches sont réalisées à partir de références pédagogiques ou autres.

A ce jour, les fiches techniques proposées sont :

- Fiche Technique – Blason
- Fiche Technique – Photo langage
- Fiche Technique – Carte conceptuelle
- Fiche-Technique – Météo émotionnelle



Des fiches-Ressources

Nous entendons par ressources, tout matériel pouvant être partagé et utilisé par différentes équipes, réalisé à partir des travaux de chaque membre du groupe, par le groupe ou par d'autres partenaires.

A ce jour, les fiches ressources proposées sont :

- Fiche Ressource – Questionner autrement
- Fiche Ressource – Besoins en santé
- Fiche Ressource – Glossaire
- Fiche Ressource – Critères d'interdisciplinarité
- Fiche Ressource – Bibliographie
- Fiche Ressource – Plateforme ACX
- Fiche Ressource – Etoile de compétence
- Fiche Ressource – Exemple de Charte des fondements de l'approche centrée sur le DPA
- Fiche Ressource – Compétences et contenus de formation pour les équipes en ACT
- Fiche Ressource – Exemple d'évaluation de compétences psycho-sociales
- Fiche Ressource – COMETE (Compétences psycho-sociales en ETP)

Des fiches-Expériences

Les fiches expériences sont des descriptions de processus en test ou des exemples de pratiques mises en œuvre dans certains ACT. Certaines Fiches Expériences pourront à terme se transformer en fiche ressource si les processus ou pratiques sont modélisés et validés par le groupe de travail.

A ce jour, les fiches expérience proposées sont :

- Fiche Expérience – d'un PPI vers un PPAA
- Fiche Expérience – Hiérarchiser les causes en équipe pluridisciplinaire
- Fiche Expérience – Exemple de valeurs pour l'accompagnement en ACT
- Fiche Expérience – Exemples de définition de l'accompagnement en ACT
- Fiche Expérience – Analyse de pratique d'un problème en équipe pluriprofessionnelle
- Fiche Expérience – RETEX

Pour centrer l'accompagnement sur la personne accompagnée

CE QUE L'ON PEUT OBSERVER DANS LES ACT

Au sein des équipes, parfois des difficultés à :

- Amener la personne à exprimer ses attentes, ses désirs, ses perceptions,
- Prendre en compte les forces, compétences de la personne

Chez les résidents, souvent...

- Avant l'entrée : non demande d'admission, expérience d'autres dispositifs, anxiété, adhésion «de façade»
- A l'entrée : état général souvent dégradé, fatigue, positionnement d'attente
- Pendant le séjour : non expression de ses envies/besoins
- A la sortie : sentiment d'abandon, angoisses, réapparition des symptômes



A FAIRE, RENFORCER DANS LES ACT

- Partir du vécu raconté : demandes, désirs, perceptions, ressentis, obstacles perçus....
- Aider à formuler les besoins, les prioriser
- Amener la personne à se représenter dans le collectif (les autres) et en interaction avec eux (les relations)
- Amener la personne à reconnaître ses forces, à faire des liens
- Amener la personne à s'interroger sur ses actions, s'auto-évaluer
- Prendre en compte des caractéristiques (cognitives, culturelles, état de santé ...)
- Hiérarchiser les causes en équipe
- Travailler les compétences psycho-sociales dans une approche éducative

BOITE À OUTILS

- Fiche Technique – Météo émotionnelle
- Fiche Ressource – Questionner autrement
- Fiche Ressource – Exemples de besoins en santé
- Fiche Ressource – Plateforme ACX (désirs/besoins/ co-construction)
- Fiche Ressource – Etoile de compétences
- Fiche Ressource – Exemple d'évaluation de compétences psycho-sociales
- Fiche Ressource – COMETE (Compétences psycho-sociales en ETP)
- Fiche Expérience – Hiérarchiser les causes en équipe pluridisciplinaire

Pour mettre en mouvement la pluridisciplinarité

Ce que l'on peut observer dans les ACT

Au sein des équipes et avec les résidents :

- Des représentations parfois divergentes sur : accompagner, accompagnement, effets attendus, missions, valeurs => Une appropriation variable
- Une compréhension des termes parfois différente : autonomie, pouvoir d'agir, capacité d'agir, effets, résultats, besoins ...
- Des valeurs, des missions et des buts poursuivis dans l'ACT interprétés différemment
- Un fonctionnement encore en mille feuilles
- Peu de connaissance de la démarche projet
- Résistances au changement



A FAIRE, RENFORCER DANS LES ACT

- Travail en équipe sur valeurs, missions, effets recherchés, accompagnement ...
- Vocabulaire commun
- Visibilité des missions, valeurs, positionnement
- Analyses de pratiques réflexives
- Développer la culture et la méthodologie de projet

BOITE À OUTILS

- Fiches-Techniques - photolangage, blason, carte conceptuelle
- Fiche Ressource - Glossaire
- Fiche Ressource - Critères d'interdisciplinarité
- Fiche Ressource - Exemple de charte des fondements de l'approche DPA
- Fiche Expérience - Exemples de valeurs en ACT
- Fiche Expérience - Exemple de définitions de l'accompagnement en ACT

Pour co-construire avec un résident auteur et acteur

CE QUE L'ON PEUT OBSERVER DANS LES ACT

Des professionnels qui ont tendance à :

- « Imposer » leur temporalité et travaillent en silo : logique du planning dépendant
- Proposer en priorité leurs objectifs
- Résumer la personne à sa demande
- Tendance à être dans des réponses de compensation et de suppléance immédiates

Des résidents qui parfois :

- Sont « passifs »,
- « Décrochent »
- « Attendent » des solutions de l'ACT, ne verbalisent pas une modification de projet
- Désirabilité



A FAIRE, RENFORCER DANS LES ACT

- Entamer le processus d'identification des besoins dès l'entrée en ACT au cours d'entretiens structurés
- Co-construire le projet personnalisé progressivement avec la personne et les autres professionnels, Elaborer une stratégie d'accompagnement (résident/professionnel) centré sur : la temporalité co-construite
 - le repérage des ressources
 - capacité du résident
 - l'aide du résident à s'auto-déterminer
- Laisser le temps de maturation nécessaire (respecter la temporalité de la personne)
- Utiliser un seul et unique support d'information partagé entre les résidents et toute l'équipe
- Proposer des actions qui vont mettre la personne en situation de réussite les causes en équipe
- Travailler les compétences psycho-sociales dans une approche éducative

BOITE À OUTILS

Fiche Expérience - D'un PPI vers un PPAA

- Fiche Ressource - Plateforme ACX en accès libre
- Fiche Ressource - Etoile de compétences (EVA)

Pour accompagner les personnes avec une équipe facilitatrice et compétente

CE QUE L'ON PEUT OBSERVER DANS LES ACT

- Infantilisation des résidents
- Hyperempathie
- Prise de décisions à la place de ...
- « Fossé » entre discours et pratiques
- Manque de compétences : animation de groupe, entretiens réflexifs et motivationnels, psychopédagogiques
- Difficultés à faire avec les rythmes, décisions, attitudes de certains résidents
- Difficultés à changer sa façon de faire
- Résistance au changement de certains
- Difficultés à réaliser des analyses de pratiques sur les processus d'accompagnement



A FAIRE, RENFORCER DANS LES ACT

- Renforcer et sélectionner les analystes des pratiques professionnelles
- Centrer la formation continue des équipes
- Renforcer l'organisation du travail de l'équipe en mode convergence -> résident
- Développer les RETEX
- Créer des groupes de réflexion sur l'accompagnement (internes ou régionales)
- Intégrer DPA / Pluridisciplinarité dans les formations initiales

BOITE À OUTILS

- [Fiche Ressource - Bibliographie](#)
- [Fiche ressource - Compétences et contenu de formation](#)
- [Fiche ressource - Exemple de formation sur les compétences psychosociales et précarité](#)
- [Fiche-expérience - Analyse de pratique d'un problème en équipe pluriprofessionnelle](#)
- [Fiche Expérience - RETEX](#)

Fiche ressource ACX

Modalités de co-construction et de co-décision avec les personnes accueillies et leurs représentants

Qu'est-ce que c'est ?

L'outil ACX est une plateforme numérique construite par des professionnels des ACT Cordia. Chaque participant (établissements/résidents), s'engagerait en contrepartie de l'utilisation à contribuer à l'analyse des effets produits et à l'amélioration de l'outil par l'apport de propositions ergonomiques et/ou

techniques. ACX est accessible 24h sur 24 avec deux portes d'accès : une pour les professionnels et une pour les résidents. Individuellement, via ces deux entrées distinctes. Ils vont renseigner les besoins identifiés et indiquer un poids à donner à chacun de ces besoins.

Ce travail sert de support à la discussion entre le résident et les professionnels pour déterminer les actions prioritaires à mettre en place.

Le résident devient ici acteur concret de la réalisation de son projet personnalisé.

Au cours de l'accompagnement, les besoins et leur hiérarchie (présence d'un algorithme permettant de faire varier le poids du besoin en fonction d'une temporalité) sont régulièrement réactualisés pour s'ajuster à la demande, forcément évolutive, du résident.

Ce sont les résidents qui en parlent le mieux :

- « Une fois l'objet maîtrisé, on fera mieux que vous »
- « Savoir que c'est nous-mêmes qui avons défini nos besoins nous valorise »
- « On peut voir comment ça évolue dans le temps et donc nos progrès »
- « Ça nous met dans la réalité : ça nous permet d'atterrir en nous rassurant
- sur des points très compliqués »

L'approche pluridisciplinaire de l'accompagnement génère, en moyenne, 3 besoins simultanés par famille de professionnels : psy - social - soins - vie quotidienne.

Cette modalité de co-construction facilite et renforce la convergence des regards de toutes les parties qui ont accès à toutes les données concernant la personne hébergée. Cela permet de planifier la réalisation des réponses aux besoins, de suivre en temps réel les sujets traités et de pouvoir s'en inspirer le cas échéant pour élaborer les moyens à mettre en oeuvre.

Quelle est la finalité recherchée ?

Faciliter le développement du pouvoir d'agir de la personne

- Favoriser la co-construction du projet personnalisé des personnes précaires malades grâce à des relations pluridisciplinaires

coordonnées et partagées avec le soutien du numérique

- Utiliser le plus largement possible cet outil pour renforcer l'agilité de chacun

- Positionner la personne comme actrice précise de son projet sans passer par des intermédiaires. La somme des besoins résolue répond à la demande qui permet ensuite la mise en oeuvre du désir de la personne

Le support numérique devient vecteur de l'accompagnement sans se substituer aux professionnels - l'algorithme soutien le déploiement à mettre en oeuvre par la hiérarchisation du poids du besoin pouvant varier dans le temps. Il permet de répondre à la question « par quoi pouvons-nous commencer » dans des temporalités co-construites.

L'outil permet également aux partenaires externes à la structure de suivre si besoin et avec l'accord du résident, l'évolution de l'accompagnement (SPIP

– ARS – CMP – CCAS...).

La co-construction du projet personnalisé est ainsi efficiente. Elle intègre l'avis concret du résident, le partage d'informations de tous les professionnels concernés en temps réel.

Quelle est la méthodologie retenue ?

Chaque besoin repéré par le résident et/ou le professionnel est valorisé (de 1 à 5 en fonction de l'importance). La valeur est déterminée d'un côté par la personne accompagnée et de l'autre par le professionnel. La valeur est enregistrée séparément sur l'outil conçu pour discuter la comparaison, trouver une valeur commune et élaborer l'action à mener dans un temps donné d'un commun accord.

Les algorithmes présents font varier le poids du besoin en fonction du temps déterminé par l'intervalle entre les entretiens. Ainsi, un ordre de besoins repérés, classés par niveau d'importance, va également concrétiser le projet personnalisé édité automatiquement par l'outil et validé par la personne. Chaque partenaire externe concerné par l'accompagnement est invité à une réunion d'information et d'apprentissage du logiciel – avec en soutien le tutoriel disponible aussi sur Youtube.

Comment est-ce évalué ?

Méthodes d'évaluation, indicateurs choisis, périodicité au regard des objectifs ci-dessus

L'évaluation prend en considération toutes les dimensions de l'accompagnement; elle ne se concentre pas uniquement sur les bénéfices directs et immédiats pour les résidents, les aidants et les structures, mais intègre, d'une part, la dimension cumulative des activités et des dispositifs, d'autre part la dimension systémique des interactions et des partenariats mis en oeuvre (entre professionnels et entre accompagnants-accompagnés).

Notre démarche vise à co-construire avec les résidents les modalités évolutives et participatives. Dans le cadre du déploiement de l'outil, actuellement nous testons avec eux le principe des valeurs produites et non pas uniquement les effets produits.

Actuellement, Cordia met en oeuvre 2 évaluations :

- La variation du poids du besoin identifié (si le besoin est = à 0 alors le besoin est résolu)
- La somme des valeurs créées sert également à l'évaluation de la démarche pour mieux répondre à la logique de démocratie en santé. En effet plus nous aurons co-créé de valeurs, plus l'autonomie de la personne sera efficiente

CONTENU DE LA BOITE A OUTILS

1 – Des outils à utiliser avec les résidents pour favoriser leur pouvoir d'agir

1.1 Pour exprimer leurs représentations sur différents thèmes

- 1-1-1 Blason pour les résidents : exprimer ses représentations
- 1-1-2 Carte conceptuelle pour les résidents : exprimer ses représentations et connaissances
- 1-1-3 Blason pour les professionnels : exprimer ses représentations
- 1-1-4 Carte conceptuelle
- 1-1-5 Photo-langage



FICHE 1-1-1 : BLASON pour les résidents	Exprimer ses représentations sur un sujet donné
Objectifs	<p>► Permettre aux membres d'un groupe d'exprimer, de défendre et de confronter leurs représentations en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettant l'expression de chaque membre du groupe - Facilitant les échanges
Critères de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Respectant les opinions, avis de chaque membre - Favorisant l'argumentation de ses idées - Ayant une production organisée
Public	Groupe de résidents (minimum 4 pers., maximum 12 pers.)
Matériel	<p>► Une feuille A3 par participant + stylo ► Une feuille de paper-board pour la synthèse + marqueurs (pour le groupe)</p>
Déroulement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation de la finalité du travail de groupe (5 mn) 2. Chaque participant devra compléter le blason qui lui aura été remis de façon à le présenter, dans un second temps, au reste du groupe. Remarque : Il ne s'agit pas ici de répondre à des questions mais bien de livrer son opinion 3. Lecture collective des items constitutifs du blason 4. Écriture du blason, seul ou en sous-groupe (de 20 à 30 mn) Sous forme de mots-clés, phrases courtes. Des dessins ou symboles peuvent aussi être utilisés 5. Présentation orale de chaque blason (2-3 mn par binôme) 6. Discussion autour des idées émises par le groupe (30 à 40 mn) 7. Synthèse par le facilitateur (10 mn)
Thèmes possibles	<p>► Développement de mes compétences personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce que je sais déjà faire • Ce que j'aimerais savoir faire • Ce qui pourrait m'aider à apprendre à faire de nouvelles choses • Ce qui pourrait me bloquer pour apprendre à faire de nouvelles choses • Une de mes compétences que je peux utiliser pendant mon séjour en ACT <p>► Mes représentations du PPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le PPI pour moi c'est • Le PPI pour moi ce n'est pas • Ce qui m'aidera à m'impliquer dans mon PPI • Ce qui me bloque pour m'impliquer dans mon PPI • Un PPI idéal c'est... <p>► Ce que j'attends de l'ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce que m'apporte l'ACT aujourd'hui • Ce que ne m'apporte pas l'ACT aujourd'hui • Ce que j'aimerais en plus • Ce que je ne voudrais pas • Une idée qui me tient à coeur <p>► Ce que je pense de l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour moi, être accompagné c'est • Pour moi, être accompagné ce n'est pas • Ce qui est facile dans l'accompagnement c'est • Ce qui est compliqué dans l'accompagnement c'est • Une de mes qualités pour être bien accompagné c'est
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Penser la construction du blason en amont • Expliquer les avantages à travailler en groupe autrement, en utilisant des techniques participatives • Expliquer les items choisis et s'assurer de leur compréhension • Peut être utilisé en entretien individuel, scanné et gardé dans le dossier du résident

Exemple de Blason

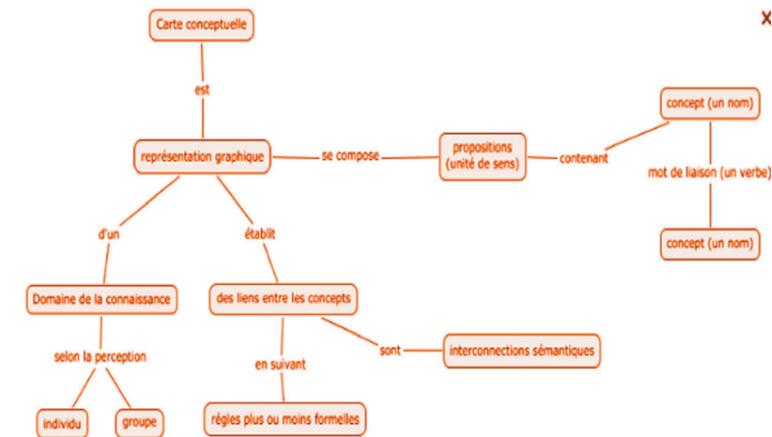


Exemple de synthèse de blason réalisé avec un groupe de 10 résidents en ACT

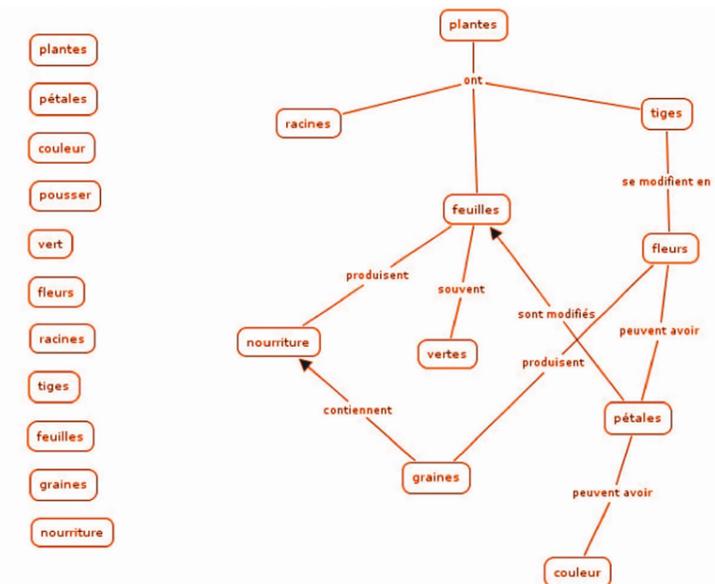
<p>CE QUE M'APPORTENT LES ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un soutien matériel, psychologique et médical • Une aide à la compréhension des soins • Le suivi des RV médicaux divers • Un logement • La vie en communauté • Le retour à l'autonomie • La reprise de confiance en soi • L'accueil possible des enfants et des animaux de compagnie • L'amélioration de la santé • Moins de solitude • La diminution des consommations 	<p>CE QUE NE M'APPORTENT PAS LES ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas assez de recul • Seulement un début d'autonomie, pas d'autonomie complète • Les ACT ne sont qu'une béquille après la chute • Pas de cours de français proposé • Des difficultés pour les lessives le weekend • Pas suffisamment d'aide dans la diminution des consommations addictives
<p>CE QUE JE SOUHAITERAIS AUX ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un soutien dans les décisions • Une aide pour exprimer ce dont j'ai envie • Avoir suffisamment de temps pour aboutir au projet désiré • Plus d'accompagnement en santé • Aller au bout des soins • Aller mieux • Prendre un nouveau départ • Aide à la recherche d'un logement 	<p>CE QUE JE NE SOUHAITE PAS AUX ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être forcé à faire quelque chose • Des règles de vie difficiles à respecter • « Il y a des limites à la colocation » • L'accompagnement médical ne permet pas la libre expression • Fermeture du portillon

FICHE 1-1-2 : CARTE CONCEPTUELLE pour les résidents	Exprimer ses représentations et connaissances sur un sujet donné
Définition	Représentation écrite, organisée, hiérarchisée d'un ensemble de concepts et de relations de sens qui les relient
Objectifs	<p>► Utilisation en groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet la confrontation d'idées • Provoque un conflit socio-cognitif • Permet l'élaboration des connaissances pendant une activité • Pousse à expliquer ses connaissances <p>► Utilisation en entretien individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet l'expression de connaissances partielles ou erronées • Favorise la motivation produit un sentiment de satisfaction • Permet de développer des compétences métacognitives (auto-évaluation) • Permet l'élaboration et l'intégration d'un savoir
Public	Groupe de résidents (en individuel ou en petits groupes de 3-5 personnes)
Matériel	<p>► Une feuille A3 par participant + stylo</p> <p>► Une feuille de paper-board pour la synthèse + marqueurs (pour le groupe)</p>
Déroulement	<p>► Déroulement en groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choisir un thème à traiter : concept, compétence, situation • Lister les concepts ou connaissances associées au concept ou thème à traiter • Classer les concepts du plus général au plus spécifique • Agencer les concepts sur la carte en respectant leur hiérarchisation • Relier les différents concepts entre eux : flèche, expression verbale <p>► Déroulement en individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noter le thème ou le concept central • Noter ce qu'exprime la personne interrogée en respectant son langage • Aider si besoin à la verbalisation et inciter la personne à expliciter ses connaissances
Thèmes ou concepts possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Vivre en ACT • Etre accompagné • Ma sortie de l'ACT • Mes maladies • Gérer ma vie quotidienne •
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les questions suggestives • Eviter les interprétations • Ne pas intervenir immédiatement sur les connaissances • S'appuyer sur le vécu de la personne le plus possible

Exemples de carte conceptuelle



selon André Laflamme, CP, U. de Montréal



FICHE 1-1-2 : BLASON pour les professionnels	Expression des représentations des professionnels sur différents sujets
Objectifs	<p>► Permettre aux membres d'un groupe d'exprimer, de défendre et de confronter leurs représentations en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettant l'expression de chaque membre du groupe - Facilitant les échanges
Critères de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Respectant les opinions, avis de chaque membre - Favorisant l'argumentation de ses idées - Ayant une production organisée
Public	Groupe de professionnels (minimum 4 pers., maximum 12 pers.)
Matériel	<p>► Une feuille A3 par participant + stylo ► Une feuille de paper-board pour la synthèse + marqueurs (pour le groupe)</p>
Déroulement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation de la finalité du travail de groupe (5 mn) Chaque participant devra compléter le blason qui lui aura été remis de façon à le présenter, dans un second temps, au reste du groupe. Remarque : Il ne s'agit pas ici de répondre à des questions mais bien de livrer son opinion 2. Lecture collective des items constitutifs du blason 3. Écriture du blason, seul ou en sous-groupe (de 20 à 30 mn) Sous forme de mots-clés, phrases courtes. Des dessins ou symboles peuvent aussi être utilisés 4. Présentation orale de chaque blason (2-3 mn par binôme) 5. Discussion autour des idées émises par le groupe (30 à 40 mn) 6. Synthèse par le facilitateur (10 mn)
Thèmes possibles	<p>► Accompagnement des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les résidents c'est • Accompagner les résidents ce n'est pas • Ce qui est facile dans l'accompagnement • Ce qui est difficile dans l'accompagnement • Une compétence prioritaire pour accompagner <p>► Développement du pouvoir d'agir des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DPA c'est • Le DPA ce n'est pas • Ce qui favorise le DPA des résidents • Ce qui gêne ou bloque le DPA des résidents • Une chose que je dois changer dans ma pratique <p>► Posture favorisant le DPA des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les postures/attitudes favorisant le DPA des résidents • Les postures/attitudes bloquant le DPA des résidents • Ce que je sais déjà faire • Ce qui me manque ou que je dois changer dans ma pratique • Un levier majeur pour faire évoluer notre posture <p>► Environnement favorisant le DPA des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • ...
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Penser la construction du blason en amont • Expliquer les avantages à travailler en groupe autrement, en utilisant des techniques participatives • Expliquer les items choisis et s'assurer de leur compréhension

Exemple de Blason



OUTIL- Questionner autrement les résidents sur leur santé

A l'entrée et en cours de séjour (évaluation de l'évolution des perceptions)

- Quelle place occupe votre santé aujourd'hui dans votre vie quotidienne ? Pour quelles raisons ?
- A votre avis, quelles sont les origines de ces maladies ? Les liens entre vos maladies ?
- Si vous deviez classer vos maladies par ordre de priorité, quelle est celle dont vous vous occupez le plus ? Pour quelles raisons ? Est-ce que c'est toujours cette maladie qui est prioritaire ? Pourquoi ?
- Concernant toutes les maladies ensemble, considérez-vous qu'elles ont entre « pas du tout » et « beaucoup » d'effets sur votre vie quotidienne (demander au résident de se situer sur une échelle type EVA) ? Pour quelles raisons vous vous situez à ce niveau ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Questionner la douleur et le sommeil

En cours de séjour :

- Qu'est ce qui pourrait être fait (en plus ou différemment) à l'ACT pour vous préparer à vous occuper de votre santé quand vous serez sorti de l'ACT ? Qu'en pensez-vous ?
- Qu'est-ce que vous faites aujourd'hui au sein de votre ACT pour améliorer la gestion de la santé des autres résidents ? Souhaiteriez-vous faire autre chose ? Quoi et comment ?

Faire exprimer, rechercher les ressources internes des résidents au cours d'entretiens à différents temps (capacités, compétences, réseaux personnels, vécus/ressentis, aidants).
Source : recherche LEPS-FSH

OUTIL- Questionner autrement les résidents sur leur santé

Principe : le RETEX (retour d'expérience) est un processus de réflexion mis en œuvre pour tirer les enseignements positifs et négatifs de projet en cours ou terminés. Il s'agit de porter un regard sur la démarche développée, les méthodes employées, les

actions réalisées, le rôle et le niveau d'implication des collaborateurs, ainsi que les moyens utilisés. Il sert surtout à éviter le recommencement du problème et/ou à préciser la méthodologie d'une réussite.

Document rédigé par :	
Date :	
Diffusion :	
Intitulé de la situation :	
Contexte et enjeux :	
Commanditaire :	
Résultats espérés :	
Date de début :	
Date de fin du projet :	

Critères	Indicateurs	oui	non	Analyse des causes	Éléments capitalisés
Pertinence :	Réponse à un réel besoin				
	Acteurs clairement identifiés				
	Rôle de chacun identifiés				
	Démarche suffisamment cadrée				
	Disponibilité suffisante des acteurs impliqués				
	Autre				
Cohérence :	Moyens suffisants et adaptés pour l'atteinte des objectifs				
	Compatibilité et complémentarité des moyens				
	Compétences des personnes impliquées dans le projet				
	Démarche coconstruite et partagée				
Durabilité :	Diffusion en interne des résultats obtenus				

Critères	Indicateurs	oui	non	Analyse des causes	Éléments capitalisés
	Diffusion en externe				
	Reproductibilité de la démarche				
Impact	Motivation renforcée des acteurs pour l'application des résultats et du plan d'actions éventuel				
	Effets prévisibles des travaux menés				
	Effets non prévus induits par le projet				
	Autre :				
Flexibilité	L'organisation et les modes de fonctionnement du service ont été modifiés pendant le projet				
	Evolution du périmètre du projet des méthodes et des moyens				
	Redéfinition du rôle des acteurs				

Mise en oeuvre éventuelle d'un plan d'actions pour modifier les pratiques :

Rédacteur	
Date de diffusion :	
Classement :	

ANNEXES

1. Composition du groupe de travail régional
2. Questionnaire pour les équipes d'ACT
3. Exemple de Blason (dans la boîte à outils)
4. Activités réalisées
5. Carte conceptuelle DPA
6. Boîte à outils





Annexe 1 : Composition du groupe de travail régional

Liste des ACT impliqués :

ACT 64	M ^{me} Marie Sage, M ^r Serge FIGIEL
ARSA	M ^{me} Aude Rouch
AURORE	M ^r Philippe VAN MELLE, M ^{me} Marion Puybarreau, M ^{me} Axelle MAZET, M ^{me} Sophie ALARY
CH Esquirol	D ^r Pierre VILLEGGER, M ^{me} Cindy Fernandez
CORDIA	M ^r Jean-Luc Cousineau
FSH	M ^r Arly COMMUNIER, M ^r Laurent THEVENIN
Groupe SOS	M ^{me} Corinne STROUSSER-DAMEME
La CASE	M ^{me} Rebecca RATEL, M ^{me} Vanina Marquié
La Sauvegarde	M ^{me} Amandine IRAGUE
La Source Landes Addictions	M ^{me} Karine GAILLARDET, M ^{me} Mélissa CONSTANS
UDAF16	M ^r Éric GARANS, M ^{me} Peggy BERAUD

Animation du groupe :

Arly COMMUNIER Consultante FSH

Annexe 2: Questionnaire pour les ACT

En réalisant ce questionnaire, nous souhaitons vous associer à la dynamique d'évolution de nos pratiques dans et de notre service. Merci de participer à la démarche.

1. Quelles sont les 5 valeurs qui soutiennent votre accompagnement ?

2. Le Pouvoir d'Agir des résidents, pour vous, ce que c'est en quelques mots ?

3. Que faites-vous aujourd'hui pour favoriser le développement du pouvoir d'agir des résidents ?

4. Qu'est-ce qui vous semblerait important de modifier dans vos pratiques pour tendre vers l'accompagnement au développement du pouvoir d'agir des résidents ?

Annexe 3: Exemple de Blasons réalisés auprès des équipes d'ACT de la région

1 – Blason sur la notion d'accompagnement (compilation des réponses de 3 équipes)

<p>Accompagner un résident en ACT c'est</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lui permettre de réaliser des objectifs • Lui permettre de mieux comprendre ou d'expliquer ses difficultés ou problématiques, de l'orienter en fonction leurs demandes • Nécessaire, une de nos missions prioritaires, parfois difficile • L'aider à aller mieux, faire avec • L'amener vers l'autonomie, le chemin vers l'autonomie • Lui redonner de l'autonomie, promouvoir l'autonomie et la réinvestir • L'épauler, lui permettre de faciliter l'accès aux soins • Ecouter, Soutenir, Conseiller, Valoriser, Instaurer la confiance, Aiguiller • La bienveillance, l'écoute, le partage • Créer une relation de travail • Respecter son intimité • Lui permettre l'émergence de ses envies et de ses besoins 	<p>Accompagner un résident en ACT ce n'est pas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'assister ▶ Faire sans lui ▶ Trouver des solutions ▶ Créer des besoins ▶ Faire à sa place ▶ Assister, remplacer, changer ou faire changer ▶ Travailler seul, sans réflexion, être autoritaire, diriger, commander, infantiliser ▶ Chouchouter
<p>Ce qui est facile dans l'accompagnement d'un résident en ACT c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer du lien avec le résident, le relationnel • Trouver des énergies, des motivations • Voir des résultats • L'adhésion aux soins • Mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire • Compter sur l'équipe pluridisciplinaire, partager • Le fait échanger avec lui • Le parcours de deux ans permet de se placer dans un « objectif de temps » • Facile si le résident rend cela possible • Avoir de l'empathie 	<p>Ce qui est compliqué dans l'accompagnement d'un résident en ACT</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respecter le cadre des ACT ▶ Etablir une relation de confiance ▶ Eviter les mensonges, faire avec les non-dits ▶ Faire avec les techniques de fuites qu'il met en place ▶ Son ressentis, son mal-être ▶ Ne pas pouvoir agir, ne pas s'installer dans l'accompagnement ▶ Être en capacité d'identifier les demandes sous-jacente ▶ Prendre en compte les motivations et le cheminement du résident en respectant son rythme tout en tenant compte des impératifs de la PEC en ACT « C'est difficile si le résident le rend difficile par des hésitations, un manque d'envie, de la mauvaise foi... » ▶ Parfois de la violence, souffrance ou insaisissable lorsqu'il dérape ▶ L'accompagnement d'une fin de vie, ▶ Garder la bonne distance professionnelle
<p>Compétences nécessaires pour accompagner : La considération, le respect, L'humilité, La patience, La disponibilité, le non-jugement, s'adapter</p>	

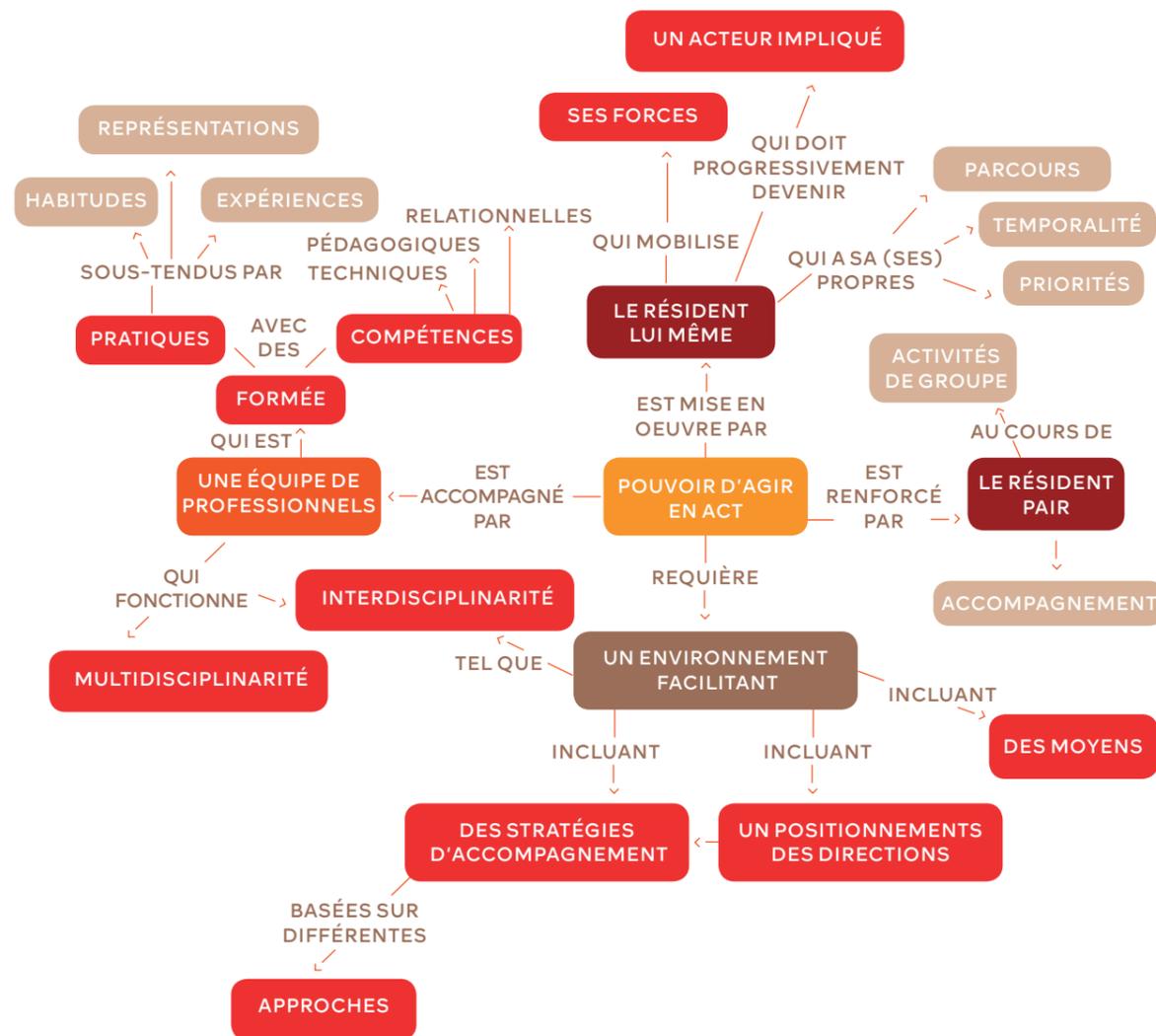
Annexe 4 : activités du groupe de travail

Dates	Activités
02/02/2018	Présentation du projet, identification des besoins
28 et 29/6/2018	Formation par la structure Maison Blanche (empowerment, DPA ? rétablissement...), élaboration d'un plan d'action
06/09/2018	Travail sur les outils nécessaires à développer (guide), réflexion sur une Charte
23/11/2018	Etat des lieux des pratiques professionnelles : quand fait-on du DPA ou non ?
08/02/2019	Journée de sensibilisation des équipes des ACT de la région au DPA
15/03/2019	Travail sur les différentes dimensions du DPA : individuelles, collectives, environnementales et institutionnelles
05/04/2019	Point d'étape avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine
17/05/2019	Travail sur différents outils d'expression des représentations des professionnels et des résidents.
17/06/2019	Présentation au colloque de la FSH à Besançon des travaux du groupe régional et partage d'expérience
12/07/2019	Partage d'expériences du colloque, discussion sur la participation des résidents au groupe de travail et sur le fonctionnement du groupe de travail
Août à octobre 2019	Test d'outils dans les ACT Lecture de bibliographie. Elaboration de fiches de lecture
06/11/2019	Création d'un outil collaboratif Smartsheet, clarification des concepts, travail sur les conditions favorables au DPA, participation et mobilisation des personnes, positionnement et compétences des professionnels
11/12/2019	Travail sur des actions concrètes sur 3 axes: renforcer le positionnement et valeurs de l'équipe de professionnels, accompagner le changement de pratiques, de posture des professionnels, mobiliser les personnes accompagnées
24/01/2020	Travail sur les facteurs favorisant le développement du pouvoir d'agir chez les résidents et les actions à mettre en oeuvre pour les renforcer/mettre en oeuvre
21/02/2020	Travail sur les valeurs, la Charte éthique, Organisation des productions du groupe : le DPA « pas à pas », questionnaire pour les ACT, répartition des travaux à réaliser
10 mars 2020	Suite des travaux sur les outils et processus
Mars à juin 2020	Travail en vidéo conférence avec différentes équipes : rédaction de fiches actions, réflexions sur le concept d'accompagnement, PPI Tests d'outils dans les ACT (analyse de cause, représentations) Questionnaire sur le DPA dans les ACT
01/07/2020	Présentation des travaux réalisés pendant le confinement, organisation du contenu du document, répartition des tâches de rédaction
08/09/2020	Rédaction du document à partir des travaux des différents sous-groupes
09/2020	Lecture critique et enrichissement du document



Conclusion

Annexe 5 : Carte conceptuelle des acteurs du DPA



Nous sommes fiers de ce document perfectible réalisé ensemble par des acteurs de terrain. Le contexte de la pandémie n'a pas facilité le travail de rédaction nous en sommes conscients. Néanmoins, l'espoir et la volonté qui nous animent nous encouragent à poursuivre nos travaux autour de l'évaluation du développement du pouvoir d'agir.

Nous percevons 4 enjeux :

- Utiliser la reconnaissance de l'expérience terrain pouvant produire une capacité à révéler les dimensions immatérielles de l'accompagnement réalisé
- Pouvoir déterminer la capacité à porter un jugement sur le rapport effets/ressources mobilisées/mobilisables
- Mettre en place par les équipes, le repérage des valeurs créées à partir du développement des capacités d'analyse d'évènements et par l'identification et le renforcement de la coopération des parties prenantes
- Développer les échanges professionnels autour du savoir expérientiel





FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT
6 rue du Chemin Vert 75011 PARIS
Tél : 01 48 05 55 54

secretariat@sante-habitat.org
www.sante-habitat.org