# Le Résidentiel au défi de la RDR

Gilles ROZSYPAL,
CEID, CSAPA Résidentiel « La Ferme Merlet »,
33910 St Martin de Laye

# Idées fortes

L'outil « csapa résidentiel » est tout a fait adapté pour développer une approche et des actions de RDR

En résidentiel, l'approche RDR permet une réelle personnalisation de l'accompagnement, et sécurise le parcours en apportant des réponses alternatives au rejet, à l'exclusion

Mais cela implique une réelle réflexion d'équipe car enjeux institutionnels et personnels fort

Induit question éthique: penser l accompagnement autrement qu' au travers d'un dogme, laisser une place à l'accompagné.

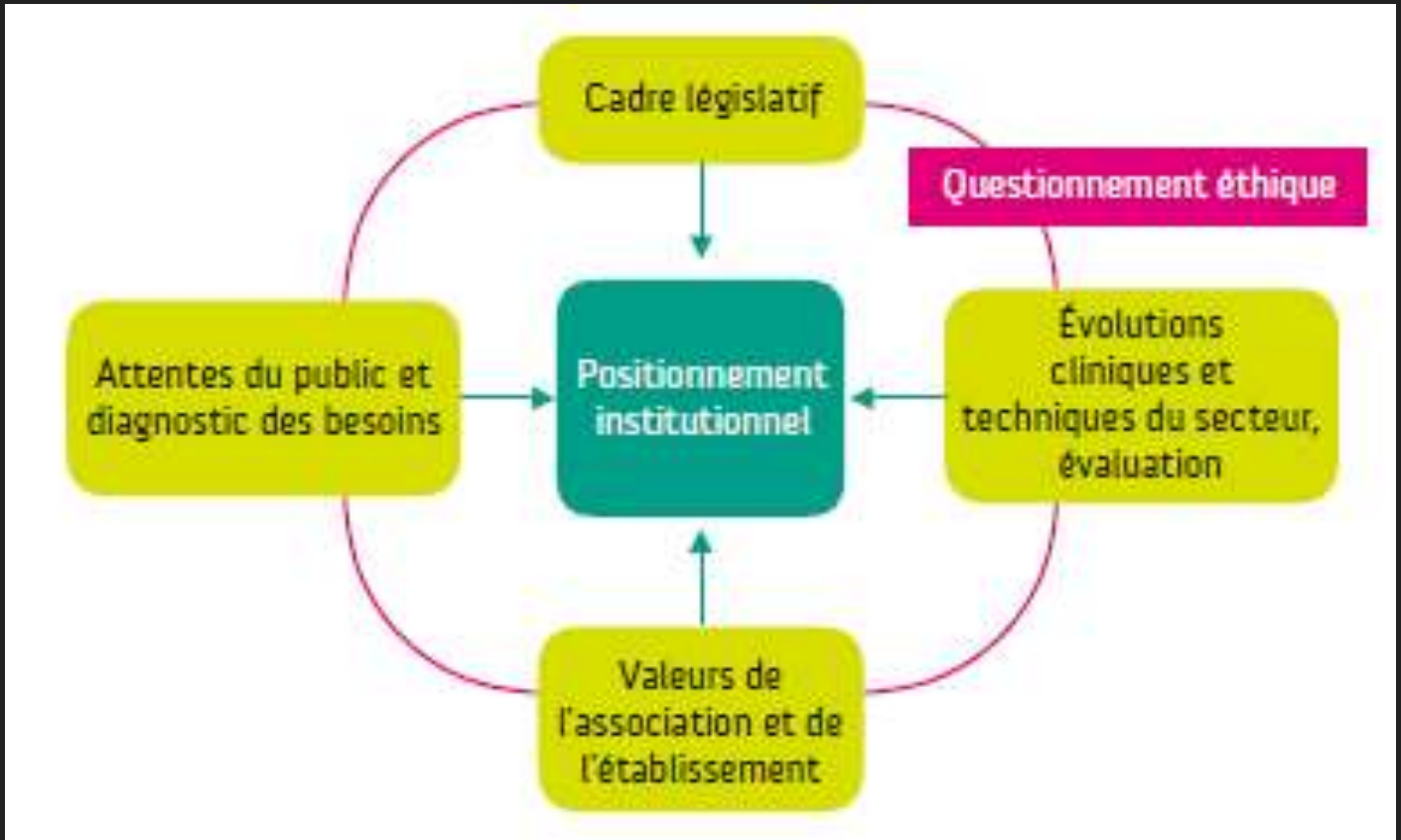
Faire de la rdr c'est accepter de prendre des risques. Le contexte résidentiel permet justement d' agir sur l'ensemble des déterminants du risque.

# plan

- La démarche « RDR » à la Ferme
- Quelques élements de résultats
- Ouverture:  lien partenarial/ quid secteur AHI, parcours de soins, trajectoire de la personne

# L'integration de la RDR à l'offre de soins

- Fin 2014: Amorcer en équipe une réflexion sur le sens de l'action résidentielle et sur les moyens à mettre en œuvre, au moment de la réécriture de notre Projet d'établissement
  - Pour adapter l'offre aux attentes des personnes concernées et aux besoins identifiés par nos pairs
  - Pour adapter nos postures, nos actions et notre relation aux attentes de l'accueilli, plutôt que d'exiger que l'accueilli ne s'adapte à nos attentes (notion de seuil).
  - Pour permettre le plein exercice des missions des CSAPA et « coller aux textes »
  - Pour promouvoir l'implication des personnes accueillies, (question de droit des personnes) ainsi que le développement de leur pouvoir d'agir (orientation clinique DPA, EM et approche RDR).


Cadre législatif
Questionnement éthique
Attentes du public et diagnostic des besoins
Positionnement institutionnel
Évolutions cliniques et techniques du secteur, évaluation
Valeurs de l'association et de l'établissement

# Eléments de contexte

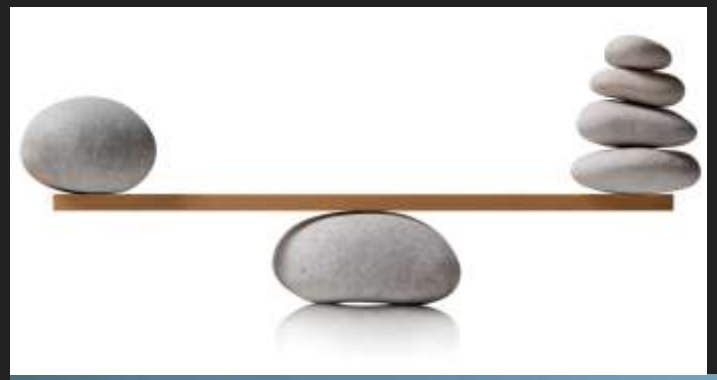
- Societé addictogène
- Diversité des usages (polyusage, séverité), des intention de soin et de la perception du soin
- Des finalités, objectifs et représentations parfois différentes entre équipes et personnes accueillies
- Une approche « historique » du résidentiel basée sur la protection, sur la prescription de comportements attendus et sur l'abstinence
- Les évolutions du secteur qui tendent vers l'approche intégrée,
- Un seuil d'exigences qui crée ou peut créer du décalage
- Des contraintes organisationnelles fortes
- Un réel risque d'institutionnalisation des personnes liée à la « prise en charge » proposée
- Un cadre et des lois

# Au départ Penser l'accompagnement comme en ambulatoire

- Si accompagner , c'est convenir et accepter :
  - Que le processus n'est pas toujours linéaire
  - Que ce qui va advenir ne soit pas prédéterminé
  - Que les hypothèses soient construites dans la collaboration avec la personne, chemin faisant
  - Que la personne demeure experte de sa situation, partie prenante et libre de ses options et décisionnaire
  - Mais que l'appui que lui est proposé rende cette responsabilité accessible et mobilisatrice et non terrifiante ou culpabilisante
- Donc convenir et accepter:
  - De sortir de sa posture d'expert-prescripteur de comportements attendus
  - De perdre du « pouvoir sur l'autre », de ne pas être intrusif ou coercitif
  - De laisser a la personne la possibilité de faire des choix et de les assumer
  - Donc d'accepter de travailler AVEC la notion de risque (évaluation, prévention, réduction etc.)
  - De repenser un cadre posé pour être protecteur au profit d'un cadre pensé pour être sécurisant, mais aussi respectueux du droit des personnes accueillies.

# Calibrer l'accompagnement: un premier pas vers la rDR

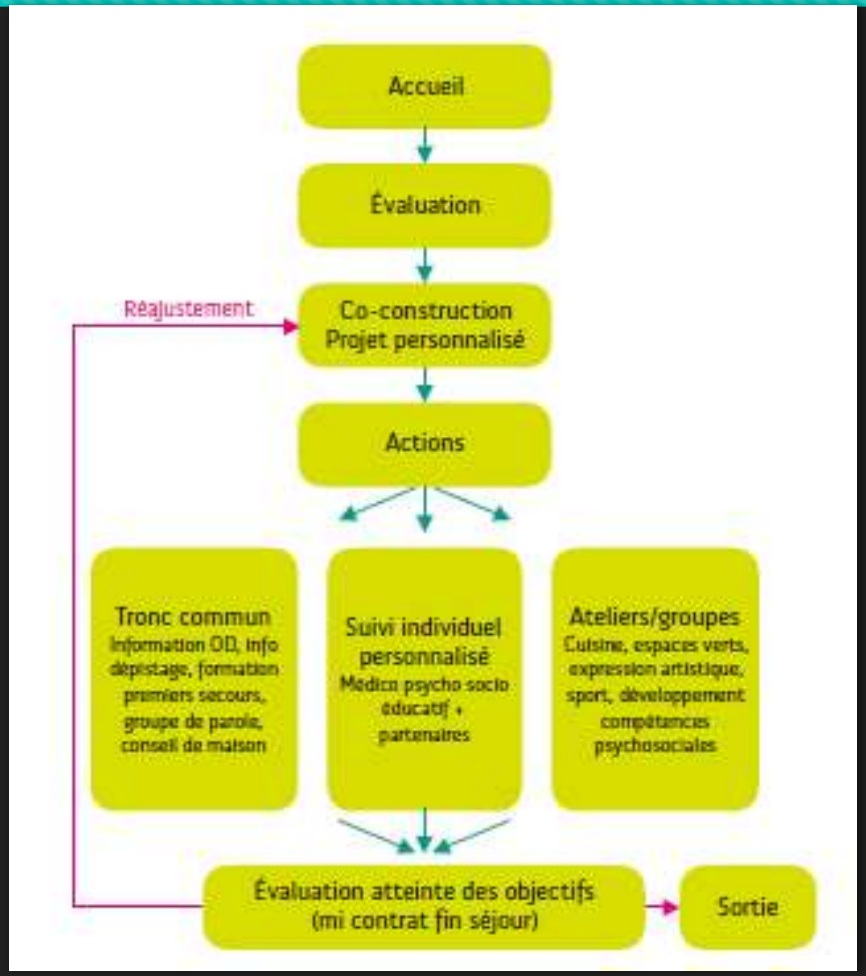
- Contexte résidentiel: sécurisant ou protecteur? Empêcher l'usage ou permettre l'abstinence?
- Se caller sur les objectifs de la personne: accepter de travailler la gestion des consommations? Dans un contexte institutionnel?
- Privilégier le résultat à court terme (évitement du risque, sécurité) ou le cheminement à long terme (maitrise du risque, changement intrinsèque)?
- Quid de la règle, Quelle part à l'autonomie de la personne?
- Comment personnaliser cet accompagnement dans un contexte collectif



# Ce que cela implique

- Définir et Hiérarchiser les principes d'intervention
- Ajuster le cadre institutionnel en conséquence
- Identifier les difficultés sous jacentes (équipe et résidents)
- Trouver des alternatives, de nouveaux outils, de nouveaux leviers, de nouvelles façons de faire
- Former les équipes
- Inclure la personne accueillie a chacune de ces étapes: accompagnement à la responsabilisation, plutôt qu'autonomie comme état de fait: clarification, démarche pédagogique, norme intégrée?
- Évaluer constamment, ajuster individuellement et collectivement

# Au final, Un shéma assez classique




Mais avec des outils en plus:

Matériel rdr, groupe info, mesures d'exposition, outils d'évaluation, nalscue, AERLI , formation premier secours, etc.

Qui s'appuie sur un contrat personnalisé évaluable qui fédère

Avec une place centrale donnée à l'évaluation

Avec une necessaire ouverture sur l'exterieur

# Quelques élements de résultats

- Meilleure alliance
- Moins d' »aléas thérapeutiques » et de ruptures de parcours
- Responsabilisation forte de la personne accompagnée
- Articulation et collaborations facilitées avec l'ambulatoire et avec les partenaires
- Un diversité des demandes de séjour: durée, objectifs, soin sélectif, rupture, priorité
- Des objectifs personnels qui évoluent durant le séjour: de la gestion vers le choix de l'abstinence
- Pour autant, le csapa ne devient pas un caarud résidentiel

# Et après?

- Quel parallèle et quelle place de la RDR en chrs, maison relais etc?
- Au dela de la RDR « consos », et de la RDR « exclusion-précarité » comment appliquer une logique de réduction des risques à d'autres difficultés pointée par les personnes accompagnées (isolement, solitude etc)?