

LA RESILIENCE AU CŒUR DU SYSTEME DE SANTE DES SANS-ABRI

Une aventure intrapreneuriale au sein du NHS¹

Ann-Charlotte Teglborg ESCP Europe²

Alison Fuller UCL Institute of Education

Susan Halford University of Bristol

Kate Lyle University of Southampton

Rebecca Taylor University of Southampton

La mort d'un sans-abri sur les marches d'un hôpital londonien constitue un traumatisme organisationnel, tant l'événement choque le corps médical et révèle l'incapacité du système de santé à prendre en charge les problèmes liés à l'itinérance. Un Professeur reconnu mène une enquête remettant en question la prise en charge des exclus par le NHS, puis entreprend d'imaginer une solution innovante et de constituer une équipe médicale dotée d'un fort esprit entrepreneurial. Celle-ci crée une entité 'Side by side' (SBS)³ dédiée au soin des sans-abri, au sein même de l'hôpital. Composée d'un médecin, d'une infirmière et de trois *care navigators* ayant tous été sans-abri, l'équipe est particulièrement à l'écoute de la parole de ces patients aux besoins médicaux et sociaux complexes. Ils coordonnent les soins hospitaliers et accompagnent leur sortie de l'hôpital en trouvant des solutions d'hébergement, mais surtout ils favorisent la résilience. L'article a pour objectif de comprendre comment le nouveau système de soin des sans-abri favorise la résilience, c'est-à-dire l'aptitude à surmonter un traumatisme survenue à la suite d'un choc à la fois au niveau individuel,

¹ National Health Service

² Adresse de correspondance ateglborg@escpeurope.eu

³ Pseudonyme choisi pour préserver l'anonymat de l'entité

au niveau de l'équipe SBS, mais également au niveau du NHS et de la profession médicale.

Les points forts

- La résilience est l'aptitude à surmonter un traumatisme survenue à la suite d'un choc
- La résilience peut être individuelle, au niveau d'une équipe ou d'une organisation et même d'une profession
- Il est possible de créer un système organisationnel favorisant différentes formes de résilience

INTRODUCTION

Résoudre les problèmes complexes liés à l'itinérance exige souvent des solutions innovantes développées par des équipes intrapreneuriales modifiant les pratiques sociales existantes. En quoi des problèmes inextricables et persistants, liés à la prise en charge de la santé des sans-abri peuvent bénéficier d'un système de santé favorisant la résilience ? La résilience peut-être définie comme l'apparition d'un traumatisme consécutif à un choc subi unique ou répété, puis l'aptitude de la personne à surmonter le trauma à l'origine de la blessure⁴. Si le choc initial est la mort d'un sans-abri sur les marches d'un hôpital londonien, le traumatisme auquel il s'agit de faire face est la prise en charge défaillante des sans-abri. En s'appuyant sur une étude de cas extrême, Side by side (SBS), cet article cherche à décrypter comment une équipe médicale dotée d'un fort esprit entrepreneurial a inversé la dynamique défaillante de la prise en charge de la santé des sans-abri au sein du NHS en créant, dès 2009 un nouveau système de soin qui favorise la résilience à la fois au niveau de

⁴ Bernard, M-J, Fayolle, A. (2016) «La résilience, une nouvelle approche de la dimension émotionnelle», *Entreprendre & Innover* 2 (n° 29), p. 16-26.

l'équipe médicale SBS, au niveau du NHS et de la profession médicale, mais également au niveau individuel, des *care navigators* et des patients sans-abri. Cette expérience viendra ultérieurement alimenter les réflexions aboutissant au *Homeless Reduction Act*, voté en 2017 par le parlement du Royaume-Uni. Cette loi en vigueur depuis avril 2018 donne autorité aux municipalités et aux services de santé de prendre toutes les mesures préventives nécessaires à la réduction de l'itinérance des sans-abri⁵.

DE LA RESILIENCE INDIVIDUELLE A LA RESILIENCE ORGANISATIONNELLE

Serge Tisseron explique dans son livre⁶ l'origine du mot et le sens de la résilience. Le terme résilience vient du latin *resilire*, composé du verbe *salire* voulant dire «sauter», et du préfix *re* indiquant un mouvement vers l'arrière. Le terme a emprunté des significations différentes au gré des contextes. Au Moyen-Age, le mot français résiliation prend le sens de se rétracter d'obligations antérieurement contractées. Au XVIIème siècle, le mot anglais prend le sens de résistance face à l'adversité⁷. Le terme anglais met également l'accent sur l'idée de rebond en retenant la racine latine *salire*. La capacité de résister à l'adversité est assortie de la capacité de rebond, donnant à la résilience son sens contemporain : « la capacité à résister à des situations traumatiques et la possibilité de transformer un traumatisme pour en faire un nouveau départ »⁸. La résilience est l'antidote de la fatalité, puisque le traumatisme n'est plus synonyme d'effondrement, mais d'ouverture potentielle à une partie de soi-même brutalement révélée par le traumatisme. C'est ainsi que le célèbre neurologue,

⁵ The Lancet Volume 392, Issue 10143, 21-27 July 2018, Pages 195-197.

⁶ Tisseron, S. (2008) La Résilience, Collection Que sais-je ? PUF

⁷ Ionescu, S. Jourdan-Ionescu, C. (2010) «Entre enthousiasme et rejet : l'ambivalence suscitée par le concept de résilience», Bulletin de psychologie 6 (Numéro 510), p. 401-403.

⁸ Tisseron (2008) p 11

psychiatre, éthologue et psychanalyste Boris Cyrulnik⁹ définit la résilience comme étant «la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement un risque grave d'une issue négative». La résilience révèle une capacité à rebondir et à se reconstruire à la suite d'un événement traumatisant. Au-delà de la résistance au traumatisme, il n'y a résilience que s'il y a transformation de nos manières d'être¹⁰. Ainsi, la résilience évoque deux dimensions : l'apparition d'un traumatisme consécutif à un choc subi unique ou répété, puis l'aptitude de la personne à surmonter le trauma à l'origine de la blessure¹¹.

Pour cela, « le résilient doit faire appel aux ressources internes imprégnées dans sa mémoire, il doit se bagarrer pour ne pas se laisser entraîner par la pente naturelle de ses traumatismes qui le font boulinguer de coups en coups, jusqu'au moment où une main tendue lui offrira une ressource externe, une relation affective, une institution sociale ou culturelle qui lui permettra de s'en sortir.»¹². Comme en témoigne une rescapée du Rwanda, les tiers jouent un rôle clé : « Tout ce qu'il faut pour que tu remontes à la surface, c'est qu'on t'aide à retrouver ce qui est fort en toi. Retrouver ce qui a été écrasé, comment ça a été écrasé et puis reconstruire là-dessus »¹³. La prise de conscience du rôle clé joué par des tiers a favorisé le développement de pratiques thérapeutiques accompagnant des personnes traumatisées afin qu'elles identifient leurs «forces» et les facteurs de protection familiaux et environnementaux. Il est alors question de résilience assistée¹⁴ et de

⁹ Cyrulnik, B. (2002) Un merveilleux malheur, Paris : Odile Jacob, p 8

¹⁰ Rivest, R. (2011) «La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve», Gestion 2 (Vol. 36), p. 13-17.

¹¹ Bernard, M-J, Fayolle, A. (2016) «La résilience, une nouvelle approche de la dimension émotionnelle», *Entreprendre & Innover* 2 (n° 29), p. 16-26.

¹² Cyrulnik, B. (2001) ouvrage collectif. Chapitre : Humour et résilience : le sourire qui fait vivre. In *La Résilience : le réalisme de l'espérance*. (71-174-180-183). Erès., p 261

¹³ Mujawayo E. Belhaddad S. (2004) *Survivantes, Rwanda. Histoire d'un génocide*, La Tour d'Aigues, Éd. de l'Aube

¹⁴ Ionescu, S. Jourdan-Ionescu, C. (2010) «Entre enthousiasme et rejet : l'ambivalence suscitée par le concept de résilience», *Bulletin de psychologie* 6 (Numéro 510), p. 401-403

tuteurs de résilience¹⁵. « La notion de tuteur de résilience renvoie à celle de soutien social, de main tendue, de bienveillance, de lien social. Pour se reconstruire il est essentiel de pouvoir tisser des liens, refaire confiance à d'autres et rompre parfois une spirale d'isolement. Tout individu, enfant ou adulte, qui a subi des dommages importants ne peut reprendre une vie psychique équilibrée que grâce à des apports extérieurs. Il faut à cet individu des « nourritures affectives » permettant que la vie et la pensée reprennent. »¹⁶

Si la résilience est longtemps restée dans la sphère privée, tant les traumatismes déclencheurs relevaient de la sphère de l'intime de l'individu, le concept a plus récemment été adopté par la sphère organisationnelle. La question se concentre dès lors sur la dynamique de résilience qui peut exister au sein d'une organisation. Rivest¹⁷ prône le développement d'une culture d'entreprise favorable à la résilience, notamment par la reconnaissance du rôle de tuteurs de résilience « qui communiquent l'espoir et le courage et qui voient dans la personne ce qu'elle a de meilleur. Comme le rapport à l'autre (le soutien social) est l'une des conditions essentielles de la résilience, nous pouvons devenir, en tant que personnes-ressources, des tuteurs de la résilience pour certaines personnes. »¹⁸.

METHODOLOGIE

L'article s'appuie sur une étude de cas, Side by side (SBS), mettant en lumière un phénomène, jusqu'à maintenant, peu exploré : un système de santé pour les sans-abri favorisant la résilience. Les données recueillies reposent sur dix-huit entretiens

¹⁵ Cyrulnik, B. (2000) Les nourritures affectives, Paris : Odile Jacob

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

¹⁸ Rivest, R. (2011) «La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve», Gestion 2 (Vol. 36), p. 13-17., p.5

approfondis auprès d'employés¹⁹ (médecins, infirmières, *carenavigators*²⁰, ancien sans-abri travaillant à la faculté de l'inclusion) ainsi que 62 heures d'observation des pratiques de travail. Le recueil de données a été complété par une analyse de documents rédigés par l'organisation. Aucun patient sans-abri n'a pu être interviewé. Leurs témoignages proviennent des documents de SBS.

Pour analyser les données, nous avons dans un premier temps décrit de manière narrative l'étude de cas, puis nous avons codé nos données afin d'obtenir des catégories permettant de caractériser les différents niveaux de résilience favorisant la résilience du système de soin des sans-abri (individuel, équipe, organisationnel, méta-organisationnel).

L'HISTOIRE DE L'ENTITE 'SIDE BY SIDE'

Le traumatisme initial : la mort d'un sans-abri sur les marches de l'hôpital

En 2009, un sans-abri est trouvé mort au petit matin sur les marches d'un hôpital londonien, après avoir été pris en charge par les urgences quelques heures auparavant, puis avoir été renvoyé à la rue. En menant l'enquête sur les circonstances de l'accident et, bien qu'il n'ait identifié aucun acte non conforme aux standards en vigueur, un Professeur reconnu (Peter) est frappé par la façon dont le système de santé prend en charge les sans-abri et il décide d'étudier la question : « j'ai mis ma casquette de chercheur et j'ai collecté des données » (Professeur Peter).

La santé des sans-abri dans l'angle mort du NHS

L'analyse du Professeur Peter met en lumière ce qui jusqu'à-là était demeuré invisible. En Angleterre, la population des sans-abri se présente cinq fois plus souvent aux

¹⁹ La fonction des répondants est indiquée, ainsi qu'un pseudonyme.

²⁰ Aucun *Carenavigator* n'était bénévole, tous avaient obtenus un poste après une période de bénévolat.

urgences que la population générale bénéficiant d'un habitat stable, y est réadmise 3,2 fois plus souvent et séjourne à l'hôpital trois fois plus longtemps. Pour accéder à un logement et à l'aide sociale, le sans-abri londonien doit prouver qu'il a des attaches au sein de l'arrondissement dans lequel il postule, ce qui est souvent difficile à prouver. De ce fait, de nombreux patients sans domicile fixe retournent à la rue après leur séjour à l'hôpital. Il en résulte des réadmissions fréquentes au cours des mois qui suivent leur première hospitalisation. Ce cercle vicieux génère un coût annuel huit fois plus élevé que la moyenne. L'enquête mit également en exergue la fréquence très élevée de la trimorbidité, définie comme la « combinaison d'une mauvaise santé physique et mentale ainsi qu'une consommation abusive de drogues et d'alcool » (Professeur Peter). Cette complexité exige une coordination minutieuse des soins que le système de santé actuel n'a pas toujours été en mesure d'offrir.

Sans numéro NHS (l'équivalent du numéro de sécurité sociale) et sans adresse fixe, les patients sans-abri se retrouvent piégés dans un cercle vicieux bureaucratique, comme en témoigne l'exemple suivant. C'est l'histoire d'«une patiente sans-abri en train de mourir d'un cancer des poumons. Elle a suivi une chimiothérapie. Cela a coûté une fortune à l'hôpital, car elle n'a pas de numéro NHS, mais on s'est débrouillé pour la soigner pendant six semaines. Elle doit rentrer chez elle pour mourir, mais elle est sans-abri. Alors que faire ? Nous avons besoin d'une ambulance pour la conduire dans un hôtel pour sans-abri, mais comme elle n'a pas de numéro NHS, l'ordinateur dit « non ». Devinez ce que disent les médecins : c'est terrible, quel foutu système, terrible, terrible ! Mais à la fin, ce qui se passe pour cette femme, c'est qu'elle est mise dans un taxi avec un drain dans le bras et elle traverse la ville en chemise de nuit pour aller mourir dans un hôtel, avec un chauffeur de taxi et un drain dans le bras. Tout cela, parce qu'un ordinateur a dit « non ». Difficile à croire. Quel niveau d'étude faut-il

pour comprendre qu'à ce moment-là, tu ignores juste le système ! » (Professeur Peter).

Le Professeur Peter est également choqué par les «comportements inacceptables de certains membres du corps médical » pouvant aller jusqu'au refus de soigner des sans-abri. Un sans-abri témoigne : «un jour j'ai eu un malaise dans la rue. Un passant appelle une ambulance. En arrivant aux urgences, le médecin a refusé de m'ausculter lorsqu'il a appris que j'étais héroïnomane...c'était horrible, je me suis senti vraiment très sale. Ils m'ont traité comme si j'étais un germe.» (Un sans-abri)²¹.

Le Professeur Peter présenta à la gouvernance d'un grand hôpital londonien un rapport montrant que le système de prise en charge de la santé des sans-abri coûtait huit fois plus cher que la moyenne de la population tout en étant incapable d'apporter des solutions pérennes à ce problème de société complexe. Cette étude rendit visible le phénomène. Le Professeur joua en ce sens un rôle de lanceur d'alerte. Il obtint l'autorisation de créer un service dédié à la santé des sans-abri au sein d'un des hôpitaux, fleuron londonien du NHS.

La constitution d'une équipe médicale intrapreneuriale

Le Professeur Peter est déterminé à défendre la cause des sans-abri et il donne le ton en écrivant : «trop de temps a été passé lors de conférences bien organisées à montrer des graphiques, à analyser d'interminables statistiques et à écouter des discours politiques sur le changement. Peu de temps a été passé à changer la vie de ceux dont on ne peut ni donner le nom, ni l'adresse. Martin Luther King disait : Nos vies s'achèvent le jour où nous devenons silencieux sur les sujets qui comptent ». Le

²¹ Document rédigé par SBS

problème de santé des sans-abri interpelle avec vigueur nos consciences. L'inacceptable est devenu la norme.»²².

Doté d'un fort tempérament entrepreneurial, le Professeur Peter cherche les membres de l'équipe médicale capables de relever le défi. Alerté par le travail d'un médecin à Leicester, Docteur John, connu pour la prise en charge des sans-abri, le Professeur Peter se souvient de sa première impression : «Je ne le connaissais pas, je suis allé le voir, je vais toujours voir les gens, et ce qui m'a persuadé c'est que dans son cabinet, il avait deux chambres pour les patients sans-abri ...et il avait aussi deux chenils pour les chiens. Là, je me suis dit, ce gars il a vraiment de la compassion. Je cherchais quelqu'un qui se préoccupe vraiment des autres. La compassion demande du courage.» (Professeur Peter). Docteur John accepte de faire partie de l'aventure et enrôle également, une infirmière à la retraite, Frances dotée d'une grande empathie et d'une capacité exemplaire à responsabiliser les patients par rapport à leur propre santé. Docteur John se remémore : « Peter nous a donné une liberté totale pour créer le nouveau service de santé.»

La résilience au cœur du design organisationnel

Le premier service de santé intégré pour sans-abri, nommé SBS fut développé dans un hôpital londonien en 2009. SBS est une équipe dédiée à la prise en charge des sans-abri œuvrant dans tous les services de l'hôpital. Animée par des valeurs de générosité et de compassion, l'équipe assiste les patients lors de l'évaluation de leurs besoins en termes de soin, puis ils facilitent et coordonnent l'accès aux soins pendant leur séjour à l'hôpital en prenant en compte la complexité des situations individuelles et en s'assurant que les sans-abri soient traités de manière respectueuse.

²² Document rédigé par SBS

Chaque matin, l'équipe consulte le système d'admission de l'hôpital pour identifier les nouveaux patients sans-abri et mettre en place la prise en charge médicale la plus appropriée. Dès l'arrivée du patient, l'infirmière va l'interviewer pour identifier les problèmes médicaux et mentaux tout comme les dépendances à l'alcool ou à la drogue. Afin de s'assurer que leurs besoins soient pris en compte de manière holistique, l'équipe SBS fait régulièrement des tours de garde. Le médecin rend visite trois fois par semaine à chaque patient et renégocie le protocole de soin si cela se révèle nécessaire, tandis que l'infirmière ou l'un des *carenavigators* rend visite chaque jour aux patients soit pour discuter de leurs résultats médicaux, soit simplement pour passer un peu de temps avec ces patients qui reçoivent peu de visites.

L'équipe prend également un soin particulier à préparer la vie après l'hôpital afin qu'ils aient un lieu où loger et reçoivent les aides sociales. L'un des *carenavigators* va analyser le CHAIN (Combined Homeless and Information Network database) pour savoir dans quelles rues le sans-abri a dormi, de façon à pouvoir s'adresser à la mairie d'arrondissement pour demander l'accès à un logement social. Si la personne ne dispose d'aucun droit, une demande d'hébergement dans un hôtel pourra être formulée. Si le patient ne dispose pas de son numéro de NHS ou s'il a perdu son certificat de naissance, un membre de l'équipe va l'aider à les obtenir. De son côté, le médecin joue un rôle clef pour négocier avec les services de l'hôpital qui accueille le patient comme en témoigne Docteur John, « s'il sort aujourd'hui, il dormira dans la rue et il est très probable qu'il sera réadmis au cours du mois, ce qui viendra peser sur le budget de l'hôpital. En revanche, si vous acceptez de le garder une nuit supplémentaire, nous aurons très probablement pu lui trouver un hébergement d'urgence. ».

Après la sortie du patient, un des *carenavigators* va l'accompagner pendant quelque temps. Sue, *carenavigator* se remémore « parfois, je viens pour aider à décorer leur nouvel appartement. J'achète des draps chez Argos, une bouilloire, des choses comme cela. « Tu auras la première tasse de thé avec moi » me dit-il, une semaine après, j'ai un coup de fil : « sans toi Sue, je n'y serai pas arrivé...merci de m'avoir remis le pied à l'étrier. ». Vous ne pouvez pas imaginer comment cela me fait du bien de les aider. A chaque fois que j'aide quelqu'un à sortir de la rue, cela m'éloigne, moi, un peu plus de la rue. Je commence à avoir moins peur d'y retourner.» (Sue *Carenavigator*).

Le *carenavigator* joue un rôle très spécifique au sein de l'équipe. Comme le laisse entendre leur nom, leur rôle principal est de guider le patient dans son parcours de soin pendant son séjour à l'hôpital mais également pendant la période ultérieure. Les *carenavigators* sont ceux « qui viennent de l'autre côté » raconte l'infirmière Frances en faisant référence à leur passé de sans-abri. Ils jouent un rôle unique auprès des patients en les soutenant et en jouant un rôle de mentor auprès des sans-abri car ils comprennent mieux que personne les peurs et les problèmes que les sans-abri rencontrent. Le Professeur Peter explique ce choix : « les sans-abri sont des êtres humains tellement fracturés qu'ils ne peuvent même pas se connecter avec d'autres êtres humains. Ils sont allés dans des endroits que vous ne pouvez même pas imaginer. Moi, je ne parvenais pas à le comprendre, c'est comme cela que j'ai eu l'idée de former d'anciens sans-abri à être *carenavigator*. Cela paraît simple, mais ça a été très difficile à réaliser. Avoir été sans-abri, c'est comme avoir vu ses parents se faire tuer à coups de machettes, il y a des images qui ne partent jamais. Le degré de désespoir va au-delà de l'imagination humaine. Finalement une fois les corps soignés, le risque est qu'ils meurent de désespoir. Ils sont fracturés au-delà de l'imaginable.

Malgré tout, nous avons formé des sans-abri avec un passé de drogués, de prostituées, de prisonniers pour qu'ils deviennent *carenavigators*.» (Professeur Peter). Parfois, le patient n'est pas capable de rentrer en contact avec le médecin ou l'infirmière. Dans ce cas, le *carenavigator* peut souvent débloquer la situation. Le patient dit d'abord « mais qu'est-ce que tu comprends à ce que je vis. « J'y étais, moi aussi. Pourquoi tu caches, tu mens. J'y étais moi aussi. » Et là ils me regardent et commence à parler, vraiment. » témoigne une autre *carenavigator* Sarah.

Les *carenavigators* commencent souvent par du bénévolat, avant de s'engager dans un processus qualifiant qui est obligatoire car SBS veut doter les *carenavigators* d'un niveau de formation reconnu et les doter de compétences transposables à d'autres contextes.

Apprendre à sortir des impasses

L'équipe est souvent confrontée à des situations de blocage qui ne se produiraient pas lors d'une pratique médicale courante, comme le refus d'un médecin d'ausculter un malade. « Je me souviens d'un patient polonais. Il sentait...waouh. Le médecin a refusé de le voir. Il répétait, je ne l'ausculterai pas, il peut partir. Mais il est très malade. » (Infirmière Frances). Face à ce type de situation bloquée, l'équipe SBS ne manque pas de faire preuve d'adaptabilité. L'infirmière Frances se remémore : « Je suis allée voir le patient pour lui demander s'il aimerait prendre une douche et avoir des vêtements propres. Il a fondu en larmes en disant « oui, s'il vous plaît ». Il s'est savonné comme un fou, puis il est revenu dans la salle d'attente. J'ai redemandé au médecin de le voir, il a d'abord refusé puis il a prétendu que ce n'était pas le même patient. C'est parce que je lui ai donné un bain. C'est seulement parce qu'il a pris un bain que vous allez l'ausculter. «Oui», a répondu le médecin. Le patient était vraiment très malade. » (Infirmière Frances).

L'équipe est également très souvent confrontée à la souffrance mentale, comme dans le cas d'un jeune homme sans domicile tout juste sorti de prison. L'infirmière se souvient : « il a été envoyé chez le psychologue car il refusait de parler et tenait ses deux mains sur les oreilles. Le psychologue nous a dit qu'il ne pouvait rien faire pour lui. A ce moment, je suis allée le voir et je lui ai demandé depuis quand il n'avait pas mangé. Il a répondu : «deux jours». Je l'ai emmené à la cantine et lui ai dit qu'il pouvait manger ce qu'il voulait, sans se rendre malade. Après nous nous sommes assis et nous avons parlé. Je lui ai demandé où il voudrait aller. « Je voudrais retourner chez ma mère en Irlande et être un jardinier » dit-il. « Voilà qui semble une bonne idée » lui dis-je. Puis je lui demandai, « mais pourquoi tu avais les mains sur tes oreilles ? » « Parce qu'en prison, ils me hurlaient tout le temps dessus. » répondit-il. » (Infirmière Frances).

Ces deux exemples montrent à quel point il est essentiel de trouver des solutions simples et créatives répondant aux situations de blocage.

Les réunions d'équipe multidisciplinaires

Lors de sa pratique médicale à Leicester, Docteur John avait pris l'habitude d'organiser des réunions d'équipe multidisciplinaires hebdomadaires. A SBS, tous les jeudis matin, l'équipe médicale et les services sociaux débattent des cas les plus complexes pour lesquels aucune solution n'a jusqu'à-là été trouvée. « Tout le monde veut les faire sortir de l'hôpital, mais personne ne collabore pour résoudre les problèmes.» (Docteur John). Pour parvenir à élaborer un plan d'accompagnement idéal compte tenu de la pathologie et de la situation du patient, une règle a été édictée : aucune décision n'est prise en réunion sur les responsabilités relatives à la prise en charge du patient afin de ne pas bloquer l'expression des idées de crainte de se voir attribuer la tâche.

Les groupes de régulation psychologique

Tous les mois, l'équipe SBS peut participer à une réunion de régulation animée par un psychologue. Le but est d'offrir un espace où chacun peut exprimer ses expériences et les fardeaux émotionnels liés au travail auprès de populations confrontées au désespoir. Une des *carenavigators* Sarah témoigne : « Nous parlons des situations les plus difficiles, ce que nous ressentons face au stress et la souffrance, et pour nous (*carenavigators*) les souvenirs qui remontent. Parfois, ce que les gens nous racontent nous fait replonger dans notre propre passé. Ce sont deux heures pour nous, où nous éteignons le téléphone. »

La faculté d'inclusion des sans-abri aux services de santé

SBS a un statut d'association dédiée à l'inclusion des sans-abri aux services de santé. Le but est à la fois d'influencer les pratiques médicales et les politiques publiques, notamment en créant une spécialité médicale dédiée à l'inclusion. Le but est faire travailler ensemble des professionnels de la santé et de l'exclusion avec des sans-abri considérés comme des experts-par-expérience afin d'élaborer des standards de qualité de soin et d'influencer les politiques publiques pour que de meilleurs services soient fournis à ces populations.

Etre à l'écoute de la voix des sans-abri a toujours été au cœur de l'approche de SBS : « Pour vraiment comprendre les besoins des sans-abri, nous devons d'abord apprendre des experts, les gens qui l'ont expérimenté et vécu »²³. Un expert-par-expérience est capable d'analyser sa propre expérience de sans-abri et d'en tirer des leçons et des suggestions permettant de mieux faire face aux problèmes de santé

²³ Document rédigé par SBS

fréquemment rencontrés par les sans-abri. La faculté s'appuie sur « la voix des personnes ayant une réelle expérience d'exclusion que nous encourageons à en parler ouvertement. »²⁴. En s'appuyant sur la déclaration universelle des droits de l'homme, la faculté a élaboré des standards de soin car « les standards influencent discrètement les comportements des individus » rappelle le Professeur Peter.

Bill, un ancien sans-abri, a été recruté par la faculté pour organiser la conférence annuelle. Lorsqu'il invite un sans-abri à la conférence, il passe un véritable contrat psychologique avec lui : « Je lui ai donné des frontières très claires. « Si tu veux venir, tu dois rester concentré ». Il s'est montré extrêmement intéressé et a fortement contribué aux discussions en partageant son expérience personnelle. J'étais très impressionné par ses témoignages. Je lui ai écrit une lettre de remerciement en lui redisant à quel point il avait contribué à la journée. Il sait qu'il ne peut pas être « stone » quand il vient et il sait que s'il flanche, ça va être comme dans un jeu de domino, ils vont tous flancher. ».

Faire partie d'un groupe de personnes qui mobilisent leur énergie dans la même direction peut redonner du sens et un objectif comme en témoigne plusieurs sans-abri. Joe raconte²⁵ « me sentir intégré m'a donné de l'espoir pour le futur. » (Joe, un sans-abri), tandis que Patrick²⁶, un autre sans-abri précise « faire partie d'un groupe de personnes, qui avaient toutes vécu dans la rue m'a aidé à parler de choses qui nous affectent tous. Etre écouté comme un « expert » m'a fait sentir que je faisais partie de quelque chose au lieu d'être la cause d'un problème. ». De son côté, Margaret, une autre sans-abri déclare « être *expert-par-expérience* a permis de reconnaître l'expérience vécue comme ayant une valeur au même titre que l'expertise

²⁴ Document rédigé par SBS

²⁵ Document rédigé par SBS

²⁶ Document rédigé par SBS

professionnelle. Cela m'a permis de me sentir écoutée et reconnue comme personne. Cela a eu un gigantesque impact sur mon rétablissement, la confiance en moi s'est améliorée, tout comme mes compétences et l'espoir pour l'avenir. Je me suis sentie responsabilisée avec un job que j'adore et des relations interpersonnelles positives.»²⁷ Enfin, un autre sans-abri Tony rajoute « vous êtes les seuls à m'avoir fait sentir que ma vie avait de la valeur. Je suis maintenant de retour avec ma famille. Je parle très rarement de ce que j'ai vécu, mais à SBS je ne me sens pas jugé et je n'ai pas honte. »

28

Par ailleurs, grâce au travail sur les standards de soin réalisé par la Faculté de l'inclusion, SBS propose d'évaluer les services offrant des soins aux sans-abri afin de les accréditer. Depuis 2011, le système de soin SBS a été développé dans plusieurs entités au Royaume-Uni. Le modèle a donc été essaimé.

SBS a également réussi à faire reconnaître « la santé inclusive » comme spécialisation médicale, ce qui donne de la visibilité et de la reconnaissance à ces professionnels de la santé auprès des pouvoirs publics. Docteur John est en train de développer un programme de formation pour éclairer les futures générations de médecins pour que ces nouveaux médecins arrivent dans le monde médical avec une nouvelle façon de travailler. C'est « un changement de culture médicale qui sera venu de la base » (Docteur John).

Prologue

²⁷ Document rédigé par SBS

²⁸ Document rédigé par SBS

L'expérimentation menée à l'hôpital London SBS, a permis une nette amélioration de tous les indicateurs initialement analysés par le Professeur Peter. L'évaluation menée dès 2010 par Docteur John montre que la durée moyenne des admissions non planifiées de patients sans domicile fixe a été réduite de 3,2 jours par patient, tandis que la durée de séjours programmés reste de 6 à 10 jours. Les économies nettes annuelles prévues sont de 300 000 £ pour la seule unité de soin SBS à l'hôpital londonien.

REPERES POUR PENSER UN SYSTEME DE SANTE RESILIENT POUR LES SANS-ABRI

En comparant les différentes formes de résilience et les acteurs impliqués dans le système de santé des sans-abri, nous apportons des éléments de réponse à la question posée dans l'article : comment favoriser la résilience du système de soin des sans-abri ?

Tableau 1 : Modalités de résilience

Niveaux de résilience	Acteurs	Traumatisme déclencheur	Dynamique de résilience	Formes de résilience
Organisation	Premier hôpital londonien ayant accueilli l'équipe SBS	La mort d'un sans-abri sur les marches de l'hôpital L'étude du Professeur Peter	Acceptation des équipes médicales de l'hôpital londonien d'accueillir et de collaborer avec l'équipe SBS	Résilience organisationnelle
Equipe	Equipe SBS : tuteurs de résilience (« même » et « sage »)	Prise en charge de patients sans-abri « bloquant » le système de soin Situations désespérées	Actions simples et créatives au quotidien Réunion multidisciplinaire solutions pour cas bloqués	Résilience d'équipe
			Groupes réflexifs	Résilience réflexive collective
Individuel	Patient sans-abri	Multiples traumatismes liés	Se sentir accepté, écouté, compris	Résilience assistée

	Carenavigator : tuteur de résilience (« même »)	à l'expérience de la rue	Se soigner en soignant	Résilience rétroactive
	Expert-par- expérience		Tirer les leçons de son expérience et les partager	Résilience réflexive individuelle
Méta- organisation	La profession médicale et le NHS	La mort d'un sans-abri sur les marches de l'hôpital L'étude du Professeur Peter à la suite du décès du sans- abri sur les marches de l'hôpital. Cette étude rend visible le phénomène. Le Professeur Peter joue en ce sens un rôle de lanceur d'alerte.	Elaboration de standards professionnels Essaimage du modèle SBS au sein du NHS Créer une spécialisation « Santé inclusive » pour former les futurs médecins	Résilience professionnelle

Résilience organisationnelle

Dans le cas de SBS, tout commence avec un choc majeur frappant un hôpital londonien : la mort d'un sans-abri sur les marches de l'hôpital, renvoyé à la rue après avoir été soigné aux urgences de l'hôpital. A ce choc initial, se rajoutent les résultats de l'étude du Professeur Peter qui montrent que l'inacceptable est devenu la norme en terme de prise en charge de la santé des sans-abri. En acceptant, d'accueillir au sein de l'hôpital londonien l'équipe SBS, l'hôpital tout entier s'engage dans une dynamique de résilience qui se révèle vertueuse (les indicateurs de résultats s'améliorent). L'hôpital londonien s'est ainsi engagé sur le chemin pour surmonter le traumatisme initial.

Résilience au niveau de l'équipe

Les membres de l'équipe SBS interviennent comme des intermédiaires intervenant entre les sans-abri et les équipes médicales de l'hôpital londonien. Dans *Stigma*, Goffman (1963) distingue les tiers appartenant au monde des « sages » (the « wise ») de ceux appartenant « à notre monde » (the « world of ours »). Tandis que le médecin et l'infirmière peuvent être affiliés au monde des sages, les *care navigators* appartiennent « à notre monde », celui des sans-abri. Le fait d'inclure des ex sans-abri dans la prise en charge des patients est au demeurant typique des entreprises sociales²⁹.

L'équipe est régulièrement confrontée à des situations de blocage (refus d'un médecin de soigner un sans-abri sentant mauvais, refus d'un patient de parler, blocage bureaucratique...) ou des situations désespérées dont la charge émotionnelle est trop forte. La dynamique de résilience de l'équipe passe par des actions au quotidien (donner une douche à un sans-abri malodorant, donner un repas à un patient affamé...) permettant de débloquer des situations désespérées, mais également des réunions multidisciplinaires au cours desquelles l'intelligence collective permet de trouver des solutions aux cas les plus complexes. L'équipe SBS y joue un rôle de médiateur en facilitant la coordination entre les activités médicales et des services sociaux. Enfin, les groupes de régulation psychologique permettent à l'équipe SBS de faire face aux situations dont la charge émotionnelle est forte et de les surmonter grâce à ce que nous proposons de nommer résilience réflexive collective.

Résilience individuelle

²⁹ Defourny, J. (2004) «L'émergence du concept d'entreprise sociale», De Boeck Supérieur, Reflets et perspectives de la vie économique, 3 Tome XLIII, pages 9 à 23.

Au niveau individuel, se trouvent au premier plan les patients sans-abri de l'hôpital londonien vivant régulièrement les traumatismes liés à la vie de la rue. Leur dynamique de résilience se trouve facilitée par l'écoute et l'empathie des *carenavigators*. De fait, les *carenavigators* et leurs patients sans-abri partagent les stigmas de la rue et peuvent ainsi partager une perception similaire de la réalité et s'engager dans un échange symbolique privilégié qui bénéficie aux deux parties. Si le patient sans-abri bénéficie d'une résilience assistée³⁰, les *carenavigators* surmontent le souvenir de leurs traumatismes passés en aidant leurs anciens pairs. C'est ainsi une forme de résilience par rétroaction qui est en jeu.

Pour les experts-par-expérience, qui sont encore confrontés aux traumatismes répétés liés à la vie dans la rue, la dynamique de résilience passe par leur participation à la faculté de l'inclusion et la démarche réflexive à laquelle ils sont invités en tirant les leçons de leur expérience et en les partageants pour faire progresser la prise en charge des sans-abri malades.

La reconnaissance de l'expertise des sans-abri en tant que *carenavigators* ou experts-par-expérience constitue un principe clé du processus de résilience dans la mesure où ils s'engagent dans « la construction d'un savoir émancipatoire » à l'instar des personnes très pauvres accompagnées par ATD quart monde³¹.

Résilience méta-organisationnelle

La profession médicale et le NHS sont également entraînés dans une nouvelle dynamique de résilience. Le Professeur Peter joue le rôle de lanceur d'alerte dans la

³⁰ Rivest, R. (2011) «La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve», Gestion 2 (Vol. 36), p. 13-17.

³¹ Defraigne-Tardieu, G. (2012) L'université populaire Quart Monde, La construction du savoir émancipatoire, Presses Universitaires de Paris-Ouest, Nanterre-La Défense.

mesure où son étude et la mise en lumière de la dynamique entropique de la prise en charge des sans-abri constitue un choc pour la profession. Pour surmonter ce traumatisme, la profession va s'engager dans plusieurs actions concrètes. Après l'expérimentation pilote du modèle SBS à Londres, celui-ci sera essaimé dans plusieurs autres hôpitaux au sein du NHS, tandis que la faculté de l'inclusion diffuse de nouvelles pratiques de prise en charge de la santé des sans-abri en créant de nouveaux standards. Enfin, la création d'une nouvelle spécialisation de « santé inclusive » visant à former les futures générations de médecins pose les jalons pour une résilience au niveau de la profession médicale et du NHS. L'ensemble des actions entreprises par la profession, alimenteront les réflexions aboutissant au *Homeless Reduction Act*, voté en 2017 par le parlement du Royaume-Uni³².

QUELQUES PISTES UTILES AUX PRATICIENS

Votre profession fait-elle l'objet de scandales qui choquent l'opinion publique et qui créent, chez les salariés de la souffrance au travail ? Si la réponse est positive, peut-être est-il temps de repenser votre organisation autour de la notion de résilience. Après de quelles instances faut-il lancer l'alerte afin de légitimer et obtenir une dynamique de changement et obtenir des ressources pour construire un espace de créativité collective ? Qui seraient les tuteurs de résilience les plus appropriés ? Existe-t-il des catégories d'acteurs stigmatisés dont l'expérience pourrait être intégrée ? Comment favoriser la résilience des différents acteurs au niveau individuel, des équipes, de l'organisation, de la profession ?

FINANCEMENT

³² The Lancet Volume 392, Issue 10143, 21-27 July 2018, Pages 195-197.

Cette recherche a été financée par Economic and Social Research Council [grant number RES-594-28-0001].

BIOGRAPHIE DES AUTEURS

Ann-Charlotte Teglberg est professeur associé à ESCP Europe au département de Management. Ses intérêts de recherche portent sur les environnements de travail innovants, l'innovation pilotée par les employés, la démocratisation des organisations et les entreprises libérées.

Alison Fuller est directrice adjointe (Recherche et Développement) à l'Institut d'éducation de l'UCL (UCL Institute of Education) et professeure en formation professionnelle. Depuis plus de 25 ans, elle mène des recherches et publie dans le domaine de l'apprentissage en milieu de travail, de l'éducation et des transitions travail-études. Elle est chef de projet au Centre for Learning and Life Chances in Knowledge Economies and Societies (LLAKES) de l'ESRC.

Susan Halford est professeure de sociologie à l'Université de Bristol. Ses recherches portent sur la sociologie du travail et des organisations (vieillesse de la main-d'œuvre et l'innovation pilotée par les employés), mais également la socio-technique (artefacts numériques, infrastructures de l'information).

Kate Lyle est chargée de recherche sénior au sein du groupe de recherche en clinique de l'éthique et du droit (Senior Research fellow in the Clinical Ethics and Law research group) à l'Université de Southampton. Ses intérêts de

recherche portent sur la socio-technique de l'innovation au sein du secteur de la santé.

Rebecca Taylor est chargée de cours en sociologie à l'Université de Southampton. Ses intérêts de recherche portent sur les nouvelles formes de travail et en particulier le travail non rémunéré, les carrières des individus et le travail dans l'économie numérique.