

Rapport des activités pour l'année 2005
Service Ezra
107 Avenue Parmentier
75011 Paris



Directeur Général :
M. Joseph Marceau
Siège social 202 Bd Voltaire – 75011
Paris

L'Association Maavar

Son histoire

Créée en 1983, l'association MAAVAR, a eu comme projet institutionnel de répondre aux problèmes posés par l'exclusion dans toutes ses formes et de tenter d'apporter une solution aux effets qu'elle induit.

Ainsi, depuis 1985, l'association a développé sur Paris un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Son objectif est de venir en aide à toute personne en situation de rupture sociale, familiale et psychologique.

Au fil des ans, les besoins des populations auxquelles nous venons en aide ayant évolué, l'Association MAAVAR a déployé des types de prises en charge spécialisées, mettant à l'épreuve, les capacités de l'institution à s'adapter à une réalité sociale et clinique de plus en plus complexe.

La population, en situation de précarité, est en effet en prise avec des problématiques de santé publique transversales.

En 1993, le Service Ezra, précarité & V.I.H. est créé. Il accueille et propose un suivi social et psychologique aux personnes vivant avec le V.I.H. L'hébergement en chambre d'hôtel qu'il propose aux personnes accueillies, est mis en place pour une période de trois mois.

Devant la nécessité de proposer un type d'hébergement plus long, ainsi qu'un accompagnement axé sur un projet personnalisé, l'association a mis sur pieds, parmi les premiers, un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.), destiné aux personnes séropositives. Ce service associe des prises en charge complémentaires : médicale, sociale et psychologique. Il s'inscrit dans le "réseau V.I.H." francilien.

Toujours vigilante quant aux problématiques rencontrées dans le social et en lien avec la santé publique, l'association, devant la forte prévalence des troubles psychiques, dans les populations reçues sur les différents services de l'association, a monté en 1996, le Service Eranne, précarité & Psychiatrie. Cette structure accueille et suit des personnes exclues souffrantes de troubles psychiatriques. Elle propose ainsi un hébergement en chambre d'hôtel qui s'articule à une prise en charge psychologique destinée à coordonner les soins, tant au niveau social que psychiatrique. Le Service Eranne, travaille, notamment en étroite collaboration avec la Psychiatrie publique,

Parallèlement à la création des services à Paris, une même dynamique s'est déployée à l'échelon francilien et national.

Maavar, est donc une association regroupant donc une dizaine de services sociaux et médico - sociaux, implantés au niveau national, à Paris, Montreuil, Sarcelles et Marseille.

Le Service Ezra de l'association Maavar,

Objectifs du Service :

Il s'agit d'héberger et d'accompagner des personnes présentant une infection à V.I.H. et/ou aux virus des hépatites.

Population accueillie :

Toute personne majeure, sans domicile fixe, présentant une infection à V.I.H. et/aux virus des hépatites : femmes, hommes, couples sans enfant, ayant une autonomie suffisante pour se déplacer et vivre en chambre d'hôtel.

L'Équipe :

Luc Sibony : Chef de Service à mi temps
Svetlana Roudakova : Travailleuse sociale à plein temps
Nadia Toledano : Psychologue Clinicienne à mi temps
Viviane Chriqui : Assistante administrative à mi temps

Capacité autorisée :

9 places financées par la D.A.S.S. de Paris

Type d'hébergement :

Éclaté
En chambre d'hôtel parisien ou de la proche banlieue

Le suivi :

Hebdomadaire au minimum : En entretien avec la travailleuse sociale référente
A la demande de l'équipe ou de l'utilisateur avec la psychologue clinicienne

Procédure d'admission :

Sur contact téléphonique et rapport social
Un entretien d'évaluation est proposé sous réserve d'une place disponible
L'admission peut se faire le jour même

Prise en charge :

Elle se déploie en collaboration avec les référents médicaux et sociaux exerçant au sein des institutions prescriptrices.

L'hébergement est limité à trois mois.
Il est demandé une participation financière .

A chaque admission un livret d'accueil et les conditions de séjour sont remis à l'usager après lecture et approbation.

Prestations :

Un restaurant est ouvert du lundi au jeudi de 11 h 30 à 17 h et le vendredi de 11 h 30 à 13 h 30. Il permet aux hébergés de bénéficier gratuitement de repas et de boissons chaudes.

Des colis alimentaires sont également distribués chaque jeudi.

Ces prestations alimentaires sont d'une importance capitale pour les usagers qui, pour la grande majorité, ne sont pas autorisés à préparer leur repas dans les chambres d'hôtel, repas qui leur sont indispensables surtout quand ils suivent un traitement ARV.

Le restaurant de l'Association est un lieu social où peuvent se créer des liens et des échanges.

Aides spécifiques

Comme par le passé des tickets services nous ont été octroyés qui ont permis aux hébergés de faire des achats de première nécessité (produits d'hygiène, alimentation de base, etc...

Ponctuellement, des dépannages financiers ou sous forme de cartes téléphoniques ont pu être attribués. Ces dépannages ont contribué à faciliter les déplacements, les démarches téléphoniques (hôpitaux, employeurs, services sociaux etc...) et à maintenir, surtout pour les populations migrantes, le lien téléphonique avec leur famille restée au pays.

Ces aides qui malheureusement ne sont pas pérennes, améliorent le bien être des personnes hébergées qui n'ont, la plupart du temps, que très peu de ressources.

Le suivi sur le service Ezra

Le travail d'équipe :

Des réunions d'équipe hebdomadaires sont organisées chaque lundi au sein du service :

Ces réunions d'équipe permettent dans un premier temps de faire un point sur le fonctionnement institutionnel et de pouvoir faire la synthèse des informations qui nous parviennent de l'extérieur (formations proposées, nouveaux dispositifs législatifs etc...).

Dans un deuxième temps, sont évoquées les situations de chaque hébergé, leurs évolutions et projets ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge.

Ce temps de travail constitue un soutien indispensable pour chaque référent.

Il est un temps d'échanges d'information entre professionnels. Il apporte une aide à la prise de décisions et constitue également un espace d'expression, d'élaboration et de réflexion pluridisciplinaire sur la pratique de chacun, ce qui permet d'homogénéiser, de coordonner les prises en charge.

Le résident peut ainsi percevoir qu'au delà de la personne référente, il existe des positionnements d'équipe communs et cohérents.

Le travail en partenariat :

Des réunions entre partenaires sont organisées fréquemment dans nos locaux ou dans ceux de nos partenaires sociaux :

Ces réunions sont pour nous l'occasion de faire connaître notre service et de connaître les spécificités d'autres associations afin d'établir ou de consolider une collaboration et d'orienter le plus efficacement possible les hébergés dans leurs différentes démarches.

Ces orientations sont mises en place dans les domaines les plus variés : l'hébergement, la santé, la formation, les droits sociaux, la domiciliation, etc ...

Au regard de la complexité des situations, il nous a semblé indispensable d'instaurer un travail en étroite collaboration avec les autres référents de la personne (assistants sociaux hospitaliers ou de secteur, médecins, psychologues, psychiatres, formateurs), afin d'éviter une prise en charge morcelée de la personne et d'assurer une cohésion dans les suivis.

Nous sommes donc régulièrement amenés à organiser des réunions de synthèse autour d'un hébergé. Celles-ci peuvent avoir lieu dans nos locaux, à l'hôpital ou dans une autre structure d'accueil.

D'autre part, nous favorisons au maximum les rencontres avec les associations susceptibles d'assurer un relais, afin qu'il y ait une transition entre nos structures. Ceci nous permet de transmettre au mieux la situation de la personne, les points positifs comme les difficultés et d'assurer les meilleures conditions pour la prise en charge suivante.

L'accompagnement socio - éducatif

Le travail au quotidien consiste principalement à assurer une permanence téléphonique, à renseigner sur les critères d'admission, les modalités d'hébergement, étudier les candidatures, mener les entretiens d'admission, le suivi social, par des entretiens réguliers avec les hébergés.

A l'issue d'un premier entretien et au vu de la ou des problématiques et du parcours exposés par la personne, la travailleuse sociale référente élabore avec l'hébergé un projet d'accompagnement socio-éducatif et lui fixe dans un premier temps un rendez-vous hebdomadaire.

La fréquence des rencontres peut être personnalisée en fonction des besoins repérés par le travailleur social.

Ce projet s'élabore à partir d'un recueil d'informations qui comprend :

- L'état de santé de la personne, le suivi médical, l'observance au traitement si celui-ci existe...
- L'évaluation de l'état de dépendance toxicomaniaque et / ou alcoolique pour les usagers de drogues et anciens usagers.

L'acquisition des droits sociaux :

- RMI
- COTOREP
- 100% Sécurité sociale
- AME
- CMU
- La situation administrative : en particulier pour les étrangers résidant en France
- La situation économique
- La situation familiale
- La situation professionnelle

Le projet qui en découle, doit permettre, selon le rythme de chacun et en fonction des délais d'aboutissement des demandes, la mise en place de ce qui pourra être :

- Un suivi médical cohérent et continu
- Un suivi social stable dans le temps (compte tenu de la brièveté de la prise en charge : 3 mois, nous ne pouvons nous positionner comme référents sociaux stables)
- Le rétablissement des droits sociaux pour retrouver des revenus permettant une autonomie économique
- L'accès à l'emploi, aux stages de redynamisation
- Le relais à l'hébergement : autre service d'accueil d'urgence, appartement thérapeutique, transitoire ou autonome.

L'accompagnement Psychologique

Le psychologue à MAAVAR a une double fonction :

Après des personnes accueillies en hébergement.
Après de l'équipe éducative.

Après des personnes accueillies en hébergement.

Dans le cadre des suivis des hébergés, le psychologue se heurte à une difficulté majeure, celle de la non demande d'aide psychologique des personnes accueillies.

En effet, leur préoccupation immédiate est de trouver une réponse à leurs besoins vitaux : se loger, se nourrir.

Ainsi le 1er entretien psychologique est-il un entretien d'évaluation :

L'hébergé a-t-il la capacité physique et psychique de vivre en chambre d'hôtel ?
Existe-t-il chez lui un état dépressif qui puisse le mettre en danger ?
A-t-il des antécédents psychiatriques ?
Existe-t-il un suivi médical ? un traitement ? et lequel ?

Il est nécessaire d'apprécier et d'analyser de façon fine le fonctionnement psychique de l'hébergé afin de mettre en adéquation le travail de chacun des partenaires sociaux, et de faire en cas de besoin, des orientations plus spécifiques (psychiatre, médecin addictologue, etc...).

Une autre notion importante est celle de l'urgence, notion qui va à l'encontre du temps nécessaire à la réflexion, la prise de conscience, ce temps indispensable à la prise en charge psychologique et qui par principe ne peut se déterminer à l'avance.

Comment concilier cette notion « d'urgence vitale » et celle de temporalité pour qu'un travail psychologique s'ébauche et prenne un sens :

- Apprendre à devenir acteur de sa vie.
- Comprendre son parcours.
- Se réappropriier son histoire.

- Retrouver un sens à sa vie. Retrouver sa dignité. Et retrouver sa dignité c'est être écouté par l'autre, exister aux yeux des autres « Etre un autre pour l'autre ».
- Parler. Parler ses difficultés, et pour certains, c'est la première fois qu'ils parlent, qu'ils prennent la parole, qu'ils posent un nom sur leur maladie : Le SIDA.

Face à cette maladie, il est nécessaire aujourd'hui de s'adapter aux situations nouvelles, de réfléchir à d'autres approches thérapeutiques, tout en gardant sa place et en utilisant ses outils de psychologue.

Bien sûr, le respect du cadre de travail reste indispensable, mais il faut quelquefois l'assouplir ou l'aménager.

Tout en gardant le rythme des entretiens, pourquoi ne pas aller à la rencontre des personnes malades ?

A MAAVAR, l'espace s'ouvre, le psychologue sort du centre pour se rendre au chevet des malades à l'hôtel ou à l'hôpital.

Auprès de l'équipe éducative.

L'intervention du psychologue au sein de l'équipe se déroule schématiquement sur trois axes différents bien que complémentaires.

1. L'intervention peut se faire au cours des réunions de synthèse hebdomadaires auxquelles participent éducateurs, psychologues et chef de service et pendant lesquelles la situation, l'évolution de chaque hébergé sont évoqués.

Au début d'un hébergement par exemple, le psychologue qui aura déjà eu un entretien avec l'hébergé pourra apporter un éclairage sur la problématique de celui-ci, son fonctionnement, éventuellement sa pathologie, il mettra l'accent sur tel ou tel mécanisme de défense et de ce fait, pourra collaborer à l'élaboration d'un projet cohérent pour l'hébergé qui tient compte de ses capacités, de ses résistances ou de ses inhibitions.

Il arrivera aussi qu'en cours d'hébergement, un événement important intervienne pour l'hébergé. L'équipe sollicitera alors le psychologue pour une réévaluation et si besoin, une orientation, dans le cas où l'équilibre de l'hébergé et la poursuite de son hébergement seraient menacés (cas d'une décompensation, d'une rechute grave dans la toxicomanie...).

2. L'équipe pourra solliciter l'aide du psychologue dans le cas d'une "impasse" dans la prise en charge.

Il s'agit quelquefois d'un transfert de l'hébergé sur l'éducateur, de phénomènes d'identification ou de contre identification de part et d'autre, de projection aussi, qui, s'ils ne sont pas repérés, pointés et analysés peuvent obscurcir la visibilité que l'on doit avoir d'une situation et empêcher le maintien d'une distance optimale.

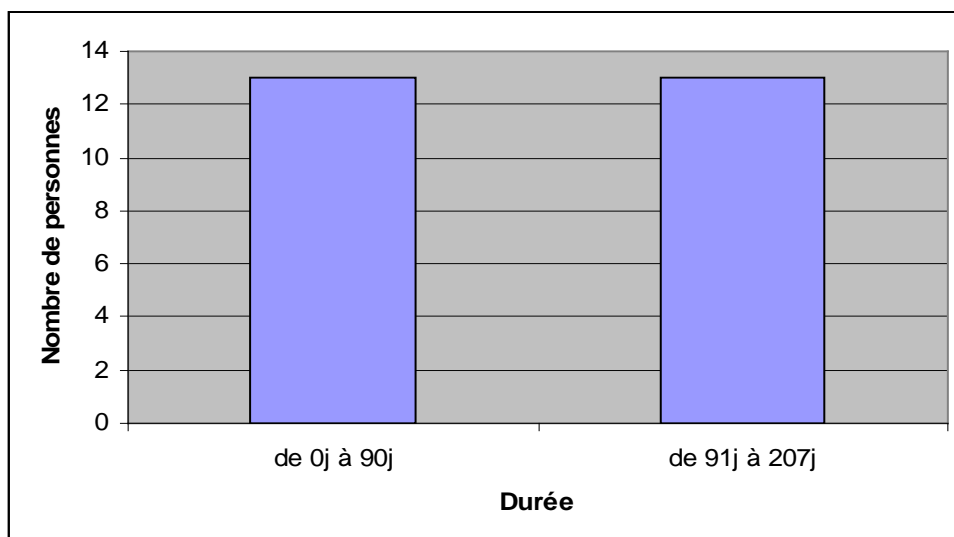
3. Le troisième axe sur lequel le psychologue pourra intervenir est celui de la théorie. Il arrive que certains hébergés présentent des symptômes, des troubles qui, sans pour autant dérouter les éducateurs, les interrogent sur le sens de ces manifestations et les conduites à tenir, les positions à prendre.

Le psychologue, compte tenu de sa formation et de ses connaissances en psychopathologie, pourra venir ici faire le lien, nommer certains comportements, expliciter, expliquer.

Statistiques et caractéristiques générales de la population reçue

- ❖ 26 personnes prises en charge au cours de l'année 2005
- ❖ Un temps de séjour minimum de 2 jours et un temps maximum de 207 jours
- ❖ Un temps moyen de séjour de 94 jours

Dispersion des durées

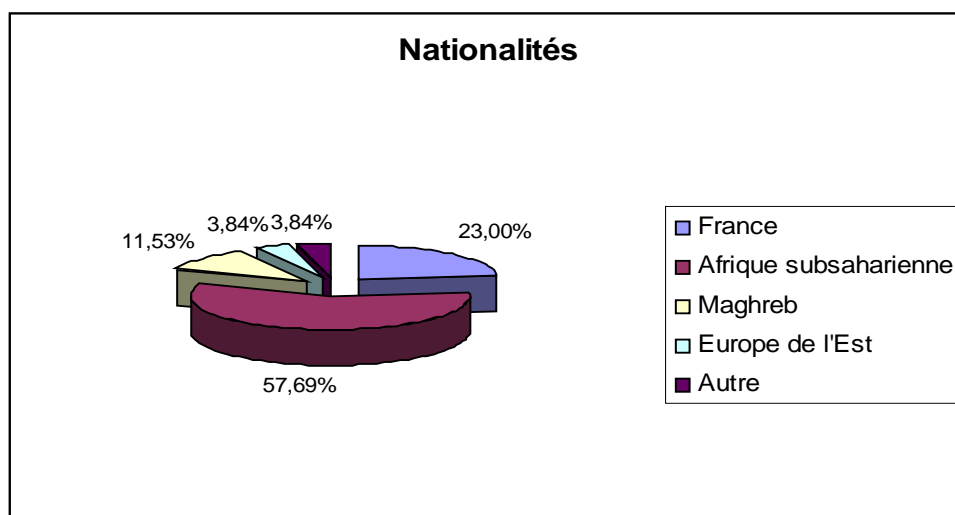
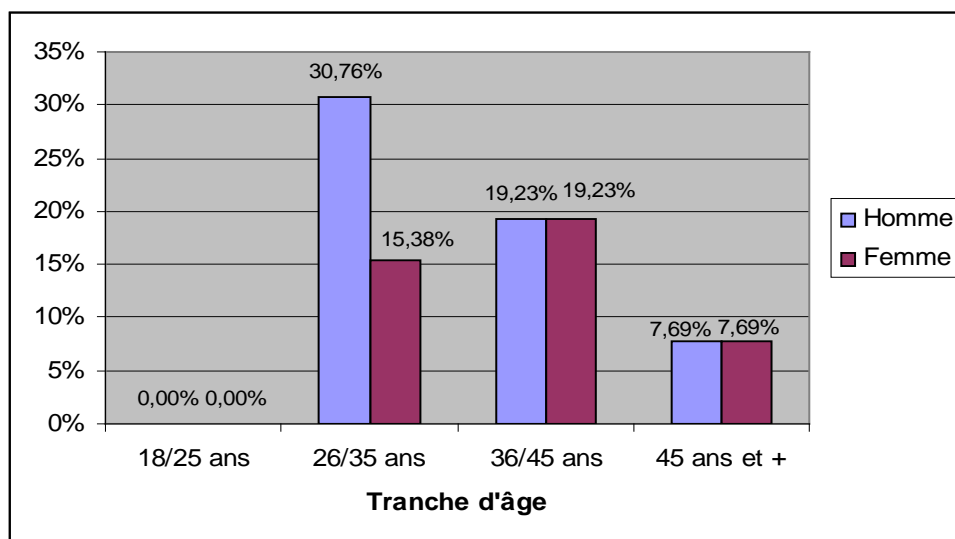


Le séjour est fixé dès l'admission pour une durée de 3 mois. Ce temps varie en réalité selon chaque situation et chaque problématique. Des prolongations exceptionnelles peuvent être accordées lorsque le temps initial s'avère insuffisant au regard de la situation.

A contrario, le séjour peut être plus court qu'il ne l'était prévu initialement : certaines personnes vont réagir rapidement et trouveront une solution de relais avant la date de la fin de prise en charge.

Au cours de l'année 2005 beaucoup de nos hébergés ont eu recours à des solutions personnelles.

Identites & Nationalités

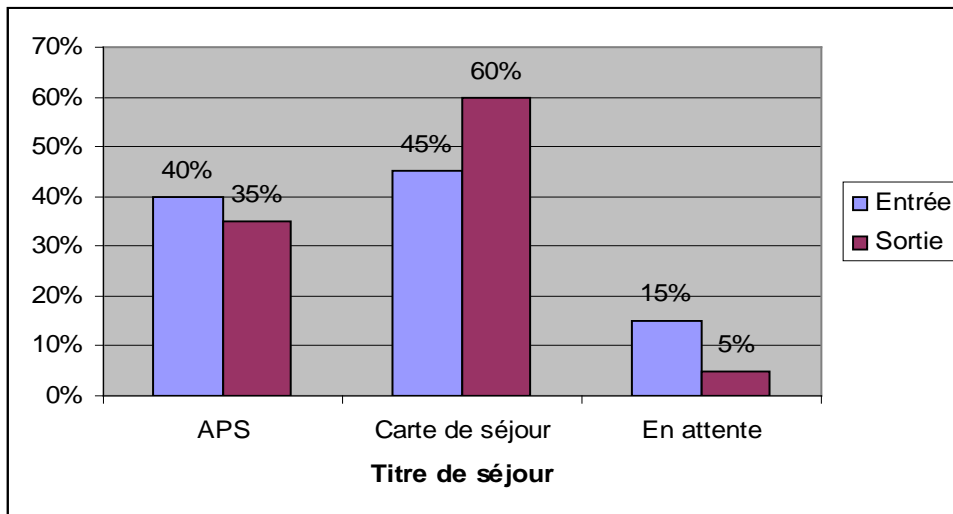


En 2005, parmi les personnes hébergées, la majorité est de nationalité étrangère. Il s'agit pour la plupart de personnes venant d'Afrique Sub-saharienne. Nous avons également accueilli une personne originaire d'Europe de l'Est et une personne venant du Népal.

Les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 26/35 ans et des 36/45 ans.

Il est à noter qu'en 2005 nous n'avons pas reçu de population très jeune (moins de 25 ans).

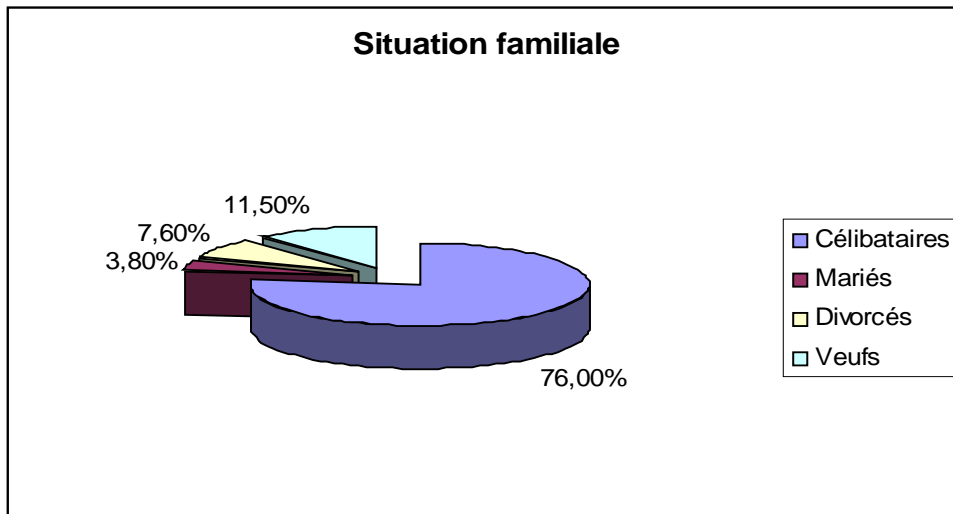
Situation administrative des étrangers



Le nombre de détenteurs de cartes de séjour et d'APS est majoritaire et se justifie par la grande proportion des hébergés en provenance d'Afrique. Cependant, nous avons pu constater qu'en général les APS sont accompagnées d'autorisation de travail, ce qui ne garantit pas à leurs détenteurs l'aboutissement de leur recherche d'emploi, compte-tenu de la situation économique actuelle en France et de leur manque de qualification.

Des retards dans le traitement des dossiers administratifs explique le pourcentage d'hébergés en attente de statut à leur entrée à Maavar mais qui ont pu être régularisés au cours de leur prise en charge.

Situations Familiales



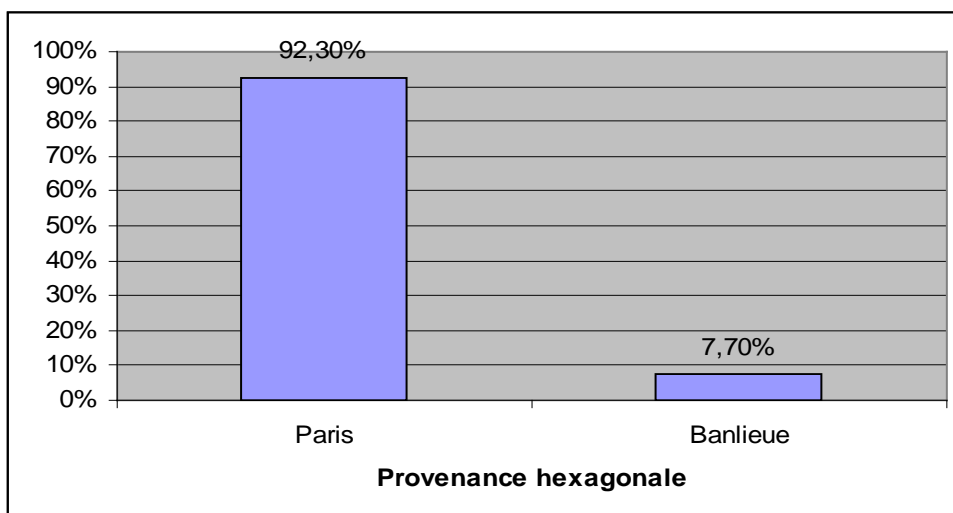
La plupart de nos hébergés sont célibataires.

On note parmi les usagers des personnes en situation de veuvage. Ils se situent essentiellement dans la population africaine.

Ceci s'explique du fait du décès des conjoints restés au pays, atteints par le VIH et qui n'ont pas pu, de ce fait bénéficier des systèmes de soins et des traitements ARV.

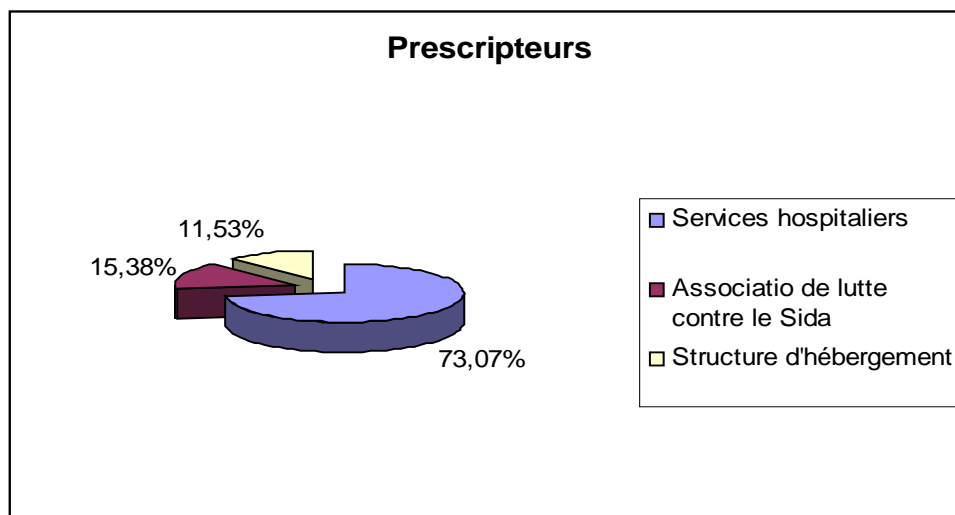
Provenance

Provenance hexagonale



92,30 % des personnes hébergées viennent de Paris.
Ceci se justifie du fait du partenariat étroit que nous avons établi avec les structures hospitalières parisiennes.

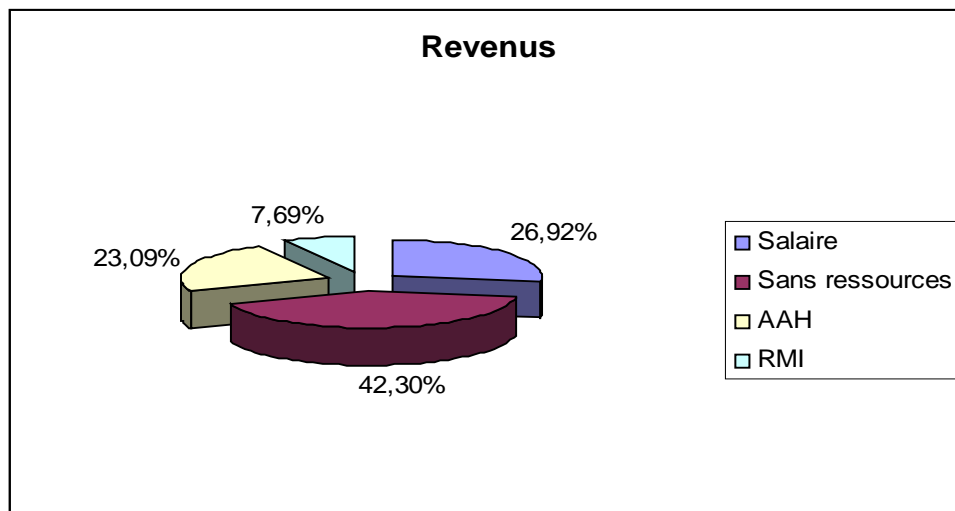
Prescripteurs



Nous constatons la pérennisation du partenariat établi avec les services sociaux hospitaliers qui sont nos principaux prescripteurs.

Comme par le passé, le partenariat est toujours étroit avec l'Association Ikambéré qui accompagne les femmes migrantes originaires d'Afrique- sub saharienne.

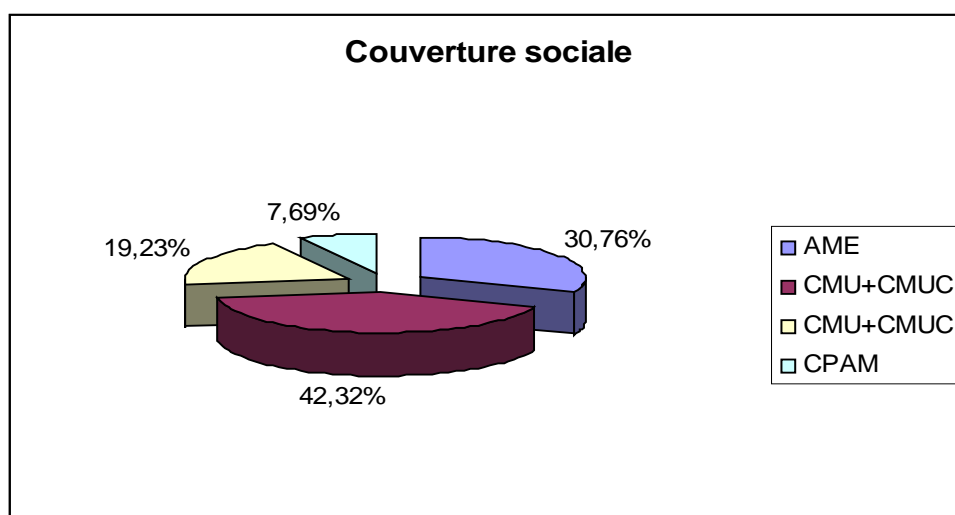
Précarité



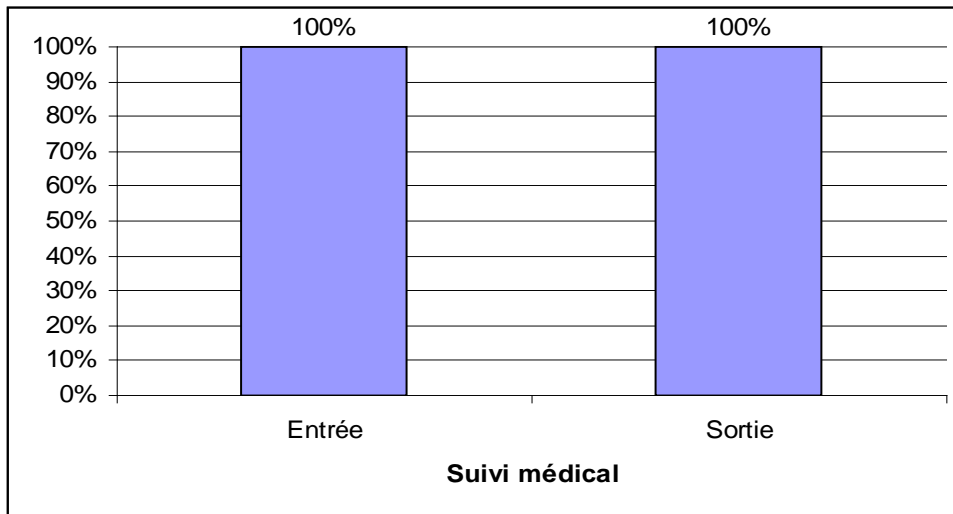
La majorité de nos hébergés se trouve cette année encore en situation précaire et sans revenu.

Compte-tenu de leur état de santé, une partie d'entre eux perçoivent l'AAH. Certains parmi eux parviennent à obtenir un emploi dans des chantiers d'insertion et peuvent ainsi se maintenir dans une activité qui leur permet d'avoir un statut professionnel et social et retrouver leur dignité.

Beaucoup d'entre eux s'investissent dans des activités de bénévolat voulant se rendre utiles et rembourser symboliquement leur dette vis-à-vis de la société.

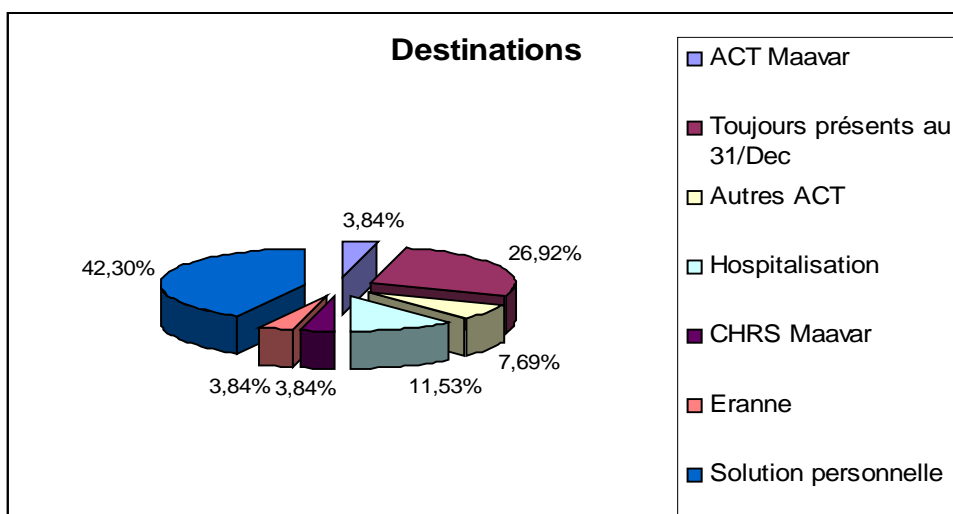


Suivi médical



Tous les hébergés que nous avons accueillis au cours de l'année 2005 bénéficiaient d'un suivi médical hospitalier et l'ont maintenu au cours de leur hébergement. Ils entretenaient pour la majorité une relation de bonne qualité avec les équipes soignantes et nous n'avons pas observé de difficulté particulière quant à l'observance des traitements.

Destinations



La préoccupation majeure reste le relais à l'hébergement.

Au cours de l'année 2005 nous avons rencontré de nombreuses difficultés à orienter vers d'autres structures, compte-tenu de l'engorgement du réseau des ACT et des CHRS et de leurs critères d'admission relativement sélectifs (exigence de ressources, de situation administrative régularisée, de projet professionnel, etc...) En effet, le taux d'orientation dans ce type de structures n'est que de 19,21 % ce qui explique le taux de dépassement des durées d'hébergement que nous avons été forcé d'appliquer dans certaines situations.

Par contre, le nombre d'hébergés ayant trouvé une solution personnelle à la fin de leur prise en charge (amis ou famille, hôtel au mois, appartement autonome) a augmenté par rapport à l'an dernier.

Réflexions sur la prise en charge psycho-sociale

Vignette clinique

Le temps de l'accompagnement

Pour les patients atteints du VIH qui nous sont adressés, garantir un hébergement stable (au moins pendant 3 mois) répond à une première urgence et relève bien souvent d'une nécessité vitale.

Pour ces publics précarisés, c'est, effectivement, de la stabilité de l'hébergement (même s'il s'avère toujours trop court) que vont dépendre l'accès aux structures de soins, l'observance des traitements, la mise en place des droits sociaux, une éventuelle réinsertion professionnelle et dans le meilleur des cas l'accès à un logement autonome.

Une fois l'hébergement assuré, il s'agit, dans un second temps, de penser avec l'utilisateur un projet et de l'accompagner dans une prise en charge globale, cohérente, qui prenne en compte sa souffrance physique et sociale mais également sa souffrance psychique ; de créer autour de lui un réseau qui le rassure, l'accompagne, sans qu'il se sente morcelé, piégé, voire persécuté.

Trois axes de travail nous paraissent importants pour conduire l'hébergement au meilleur terme possible :

- **le temps** institutionnel (celui de l'hébergement) et le temps «subjectif » celui qui est nécessaire à l'instauration de la confiance, à l'adaptation à un nouvel environnement (l'hôtel, le quartier), à un autre mode de fonctionnement associatif...
- **la mise en convergence** des compétences différentes et le tissage du lien entre les différents partenaires,
- **la continuité** qui préserve le sentiment d'unicité et d'intégrité de l'utilisateur.

Vignette clinique

Madame S., originaire d'Afrique est arrivée en France en 2003 avec pour projet d'y trouver un emploi.

Célibataire, sans enfant, dotée d'une qualification professionnelle et d'une expérience elle s'installe en Province chez des proches qui ont bien voulu l'accueillir en attendant que sa situation se stabilise.

C'est à la suite d'un examen de santé assez banal qu'elle découvre sa séropositivité.

L'annonce de sa pathologie plonge Madame S. dans l'effroi et la panique et ses hôtes la prient de trouver rapidement un autre hébergement.

Madame S. décide alors de rejoindre la Région Parisienne où elle connaît pendant quelques mois une situation de vie difficile, des hébergements précaires et une grande instabilité.

Au moment où nous la recevons sur le service et décidons de l'héberger, Madame S. ne bénéficie d'aucun suivi social. Son avenir est suspendu au renouvellement de son titre de séjour. Elle n'a pas trouvé d'emploi en raison de la précarité dans laquelle elle vit, ne bénéficie d'aucune ressource et doit opérer le transfert de tous ses dossiers sur Paris.

Le suivi médical est assuré par un service hospitalier parisien mais les relations avec l'équipe médicale se sont distendues. Madame S. est dans une attitude d'évitement par rapport aux examens médicaux et aux soins tant elle est envahie par la terreur de cette maladie.

Madame S. qui a 37 ans, est une petite femme frêle qui s'exprime d'une voix à peine audible. Sa posture est signifiante d'une grande lassitude et d'une sorte de retrait, l'expression de son visage est comme figé par la douleur psychique qu'on devine. Son discours est ponctué de silences remplis de l'angoisse que certains mots éveillent en elle : « Sida, secret, mort, avenir, etc... »

Tout tourne essentiellement autour de plaintes somatiques : difficultés respiratoires, troubles du sommeil, maux de tête, perte d'appétit, etc...

Sur le plan psychique la pensée se traîne, les mécanismes mentaux semblent s'épuiser dans des ruminations ayant trait à une mort imminente. Madame S. se demande « si l'on peut mourir de cette maladie au bout de 2 ans ».

Son isolement, sa difficulté à nouer des relations, si ténues soient-elles, contribuent à la maintenir dans un univers mortifère.

Les fins d'entretien sont douloureuses pour Mme S. qui a du mal à quitter le service et stationne pendant de longues minutes dans la salle d'attente, face à son image dans le miroir, en proie semble-t-il à une angoisse d'abandon et de vide.

Autant de signes évoquant un tableau clinique dépressif majeur qui pouvait remettre en question la pertinence de l'hébergement en chambre d'hôtel et faire craindre un passage à l'acte suicidaire.

Ce passage à l'acte intervint d'ailleurs un mois après le début de l'hébergement et nécessita une hospitalisation, brève, en milieu protégé. Ce fut pour Madame S. l'occasion de rencontrer un médecin psychiatre qui prescrivit un traitement antidépresseur et anxiolytique.

Il nous fallut cependant deux semaines de négociations et d'explications avant que Madame S. intègre l'utilité et les bénéfices d'un traitement et qu'elle accepte de le prendre.

Dès lors, on pût constater un début d'amélioration de son état et une ouverture dans son discours.

Elle tenta de donner un sens à son passage à l'acte : « c'est comme si je voulais me suicider ».

Il lui fut possible de parler d'autre chose que de sa peur de la mort.

Elle commença à s'interroger sur sa pathologie et les traitements existants, à interpeller l'équipe médicale. Elle aborda la question de sa solitude, de ses conduites d'évitement social liées à la crainte des questions qu'on pourrait lui poser, etc...

Dès lors il fut possible de fixer les axes de travail qui semblaient prioritaires entre autres aider Mme S. à retisser des liens sociaux et l'accompagner dans le réinvestissement de la réalité quotidienne en faisant appel à un travailleur social.

Mme S. encore quelque peu ralentie, mit deux mois pour contacter une assistante sociale. Elles purent aussitôt entamer des démarches concernant la régularisation du titre de séjour, les demandes d'allocations, etc...

Il lui fallut aussi du temps avant qu'elle accepte d'entrer en relation avec une association de femmes africaines où, de notre point de vue, elle aurait pu trouver soutien, partage et ouverture. Franchir le pas lui permit de mettre un terme à son isolement, de trouver une certaine sérénité apaisement et même mettre ses talents et son savoir-faire au service de la collectivité. Ce qui lui permit de trouver très rapidement un emploi rémunéré.

Mme S. commença à prendre soin d'elle. Elle s'habillait avec plus de coquetterie, se maquillait. Dynamique, « vivante » elle prenait du plaisir à énumérer les initiatives qu'elle avait prises dans l'intervalle de nos entretiens hebdomadaires : rendez-vous dans les mairies, prise de contact avec les structures d'hébergement, etc...

Au bout de quelques mois, grâce aux recherches que nous avons entreprises ensemble, il lui fût proposé d'intégrer un Appartement de Coordination Thérapeutique.

Investie dans la relation qui s'était établie entre elle et moi, confortée et maintenue par le lien que tous ensemble, chacun de notre place, psychologue, travailleurs sociaux, psychiatre, intervenants associatifs, avons tissé autour d'elle, Mme S. avait réussi, avec le temps, à se réinscrire dans un mouvement de vie.

Nadia Tolédano
Psychologue clinicienne

