



## **Service Eranne**

**158, Bd Voltaire**

**75011 PARIS**

**Tél. : 01 43 48 63 48**

**Fax ; 01 43 48 95 15**

**[serviceeranne@free.fr](mailto:serviceeranne@free.fr)**

# **Rapport d'Activité 2010**

**Association Maavar**  
**Siège social : 202, Bd Voltaire**  
**75011 – PARIS**  
**Directeur Général :**  
**M. Joseph Marceau**  
**[association.maavar@free.fr](mailto:association.maavar@free.fr)**  
**[www.maavar.com](http://www.maavar.com)**

## Sommaire :

<i>Les services de l'association Maavar :</i>	<u>3</u>
<i>L'Association Maavar</i>	<u>4</u>
<i>Le Service Eranne :</i>	<u>5</u>
Objectifs du Service :	<u>5</u>
Public accueilli :	<u>5</u>
Spécificité du projet :	<u>6</u>
<i>Le fonctionnement du service Eranne :</i>	<u>6</u>
Modalité d'admission :	<u>6</u>
Modalité d'accompagnement :	<u>7</u>
Le suivi psycho-social :	<u>7</u>
Capacité autorisée :	<u>7</u>
Type d'hébergement :	<u>8</u>
Le mode d'hébergement :	<u>8</u>
L'expression des personnes accueillies :	<u>8</u>
Le suivi psycho-social, assurer le soutien psychologique auprès de l'utilisateur :	<u>9</u>
Articuler les troubles psychiques et les difficultés sociales :	<u>10</u>
.....	<u>11</u>
Accompagner à la vie sociale par le regard clinique :	<u>11</u>
Prévenir :	<u>11</u>
Le projet personnalisé :	<u>11</u>
Le restaurant social Noga :	<u>12</u>
Les acteurs :	<u>12</u>
Le partenariat :	<u>13</u>
Prise en charge et réseau :	<u>13</u>
La sortie du service :	<u>13</u>
La démarche d'amélioration continue:	<u>13</u>
<i>Statistiques et caractéristiques de la population reçue en 2010 :</i>	<u>15</u>
Caractéristiques démographiques :	<u>15</u>
Caractéristiques psycho-sociales :	<u>17</u>
Durée d'hébergement et orientation :	<u>21</u>
	<u>22</u>

---

---

22

---

---

Vignette clinique : 23

## Les services de l'association Maavar :

- **SIEGE SOCIAL :** 202, boulevard Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 57 / Fax : 01 43 48 51 81  
[association.maavar@free.fr](mailto:association.maavar@free.fr)
- **C.H.R.S. Paris :** 202, boulevard Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 66 / Fax : 01 43 48 51 81  
[chrsparis.maavar@free.fr](mailto:chrsparis.maavar@free.fr)
- **C.H.U. Ezra Paris :** 158, Bd Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15  
[serviceezra@free.fr](mailto:serviceezra@free.fr)
- **C.H.U. Eranne :** 158, Bd Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15  
[serviceeranne@free.fr](mailto:serviceeranne@free.fr)
- **ACT 93 :** 119, rue des Pyrénées – 75020 PARIS  
Tel. : 01 43 56 43 00 / Fax : 01 43 56 43 01  
[maavaract93@free.fr](mailto:maavaract93@free.fr)
- **ACT OFEK :** 119, rue des Pyrénées – 75020 PARIS  
Tel. : 01 43 56 43 09 / Fax : 01 43 70 57 98  
[maavar.ofek@free.fr](mailto:maavar.ofek@free.fr)
- **Restaurant social NOGA :** 4, rue neuve des boulets - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 26 58 / Fax : 01 43 48 26 58
- **MAAVAR SARCELLES :** 2A, Avenue Joliot Curie - 95200 SARCELLES  
Tel. : 01 39 86 08 87 / Fax : 01 39 90 18 63  
[Maavar95@wanadoo.fr](mailto:Maavar95@wanadoo.fr)
- **CHRS Meguiddo :** 12, rue de belle vue - 95350 PISCOP  
Tel. : 01 39 90 18 63
- **MAAVAR MARSEILLE :** 84, Rue Paradis - 13006 MARSEILLE  
Tel. : 04 91 13 03 53 / Fax : 04 91 54 41 59

[maavar.marseille@free.fr](mailto:maavar.marseille@free.fr)

## L'Association Maavar

Depuis 1983, l'association MAAVAR, s'efforce de répondre aux nombreuses questions soulevées par l'exclusion et d'apporter une solution aux effets qu'elle induit.

Ainsi, en 1985, l'association a ouvert sur Paris

- un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
- un centre de psychothérapie

Leur 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 ont évolué. C'est ainsi que nous avons 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.

En 2008, un nouveau service est créé, le service Ofek, qui prend en charge en appartement de coordination thérapeutique des personnes présentant des troubles psychiatriques.

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

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

## **Le Service Eranne :**

Un Service d'Accueil Rapide en chambre d'hôtel destiné à une population en souffrance psychique ou présentant une infection au V.I.H. et/ou aux virus des hépatites.

### **Objectifs du Service :**

- Le soutien et l'hébergement de personnes présentant des troubles psychiques :
- Evaluation de la pathologie
- Prise en compte du trouble
- Evaluer la demande de l'utilisateur et la mettre en relation avec la réalité
- Faire des propositions concrètes d'aide et de soutien : accès au soin, orientation vers des structures d'aide à l'emploi, relais vers des centres d'hébergement adaptés
- Amener la personne à intégrer un projet qui prend en compte son trouble mais aussi sa capacité d'autonomisation ainsi que son désir.

### **Public accueilli :**

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

Les principales caractéristiques de la population accueillie sont :

- Souffrance psychologique ou affective suite à des situations de rupture : familiale, professionnelle
- Troubles liés à une difficulté progressive à rester en contact avec la réalité : repli sur soi, conduites inadaptées, épisodes délirants
- Dépendances
- Troubles singuliers des personnes exilées.

En presque vingt ans, nous avons pris la mesure de certains points particulièrement importants. Nous en sommes arrivés, très vite à distinguer la maladie mentale, de la souffrance psychique induite par l'exclusion.

Ceci ne va pas de soi, dans la mesure où le parcours des sujets que nous recevons est imprimé par l'urgence. Néanmoins, nous avons souvent rencontré ces femmes et ces hommes dont le trajet semblait atterrir sur cette double exclusion : psychique et sociale. Le service Eranne

s'adresse majoritairement à des hommes en situation régulière, généralement originaires de Paris ou de proche banlieue, dont la moyenne d'âge se situe entre 25 et 35 ans.

Cependant on constate depuis quelques années une augmentation de la part de la population féminine ainsi que de celle des jeunes de moins de 25 ans. Il s'agit pour la plupart de personnes s'inscrivant dans un parcours d'errance mais dont le facteur déclenchant reste le trouble mental.

Ce dernier entraîne des dysfonctionnements psychiques tels qu'il précipite ces personnes dans un isolement social, familial et affectif. Le parcours psychiatrique est souvent en lien avec le tableau clinique (psychoses allant de la schizophrénie à la Psychose Maniaco-dépressive).

Aussi, l'orientation de ces personnes sur le service est essentiellement organisée par les centres hospitaliers spécialisés de Paris et de sa région.

### **Spécificité du projet :**

Nous avons donc mis en place un dispositif souple : il tend à s'adapter à l'état psychique du sujet et aux réalités sociales auxquelles ils se confrontent. C'est donc le « cas par cas » que nous favorisons.

Le suivi proposé s'articule autour de la question du lien. C'est pourquoi nous souhaitons que la personne soit déjà engagée dans un processus de soins, ou accepte de l'envisager avec nous. Ceci permettra un meilleur encadrement des éventuelles périodes de crise.

Il sera alors question de favoriser la continuité des soins et de les coordonner avec la prise en charge sociale. Cela ne peut être réalisé que si nous orientons nos efforts vers la mise en réseau des différents acteurs et de leurs multiples compétences.

C'est sur le sujet et son positionnement que nous tentons de recentrer le suivi. Souvent, nous pouvons avec la personne hébergée, mener un travail d'élaboration sur la place que celle-ci occupe vis-à-vis de l'Autre, dans la cité.

Le Service Eranne est un lieu d'asile, pour le sujet comme pour sa parole.

Nous n'exigeons rien de lui et l'invitons à s'interroger sur ce qui l'a mené à l'errance. Cela est rendu possible, justement parce que nous n'engageons pas le travail dans le sens d'une démarche de « réinsertion type », mais dans celui imprimé par la singularité des personnes que nous accueillons.

## **Le fonctionnement du service Eranne :**

### **Modalité d'admission :**

- Sur rapport social, par envoi d'une note ou par prise de contact téléphonique du référent médico-social

- Chaque membre de l'équipe constituée de psychologues ou d'éducateur est habilité à prendre ces informations destinées à évaluer la pertinence de la demande.
- Un premier entretien réalisé par l'un des acteurs de la structure est proposé sous réserve d'une place disponible
- L'admission peut se faire le jour même

Cette admission est mise en place consécutivement à un premier entretien : ce qu'il y a lieu d'évaluer est en fait l'adaptation du cadre de notre service au sujet que l'on nous adresse. Nous nous efforçons de favoriser un traitement rapide des candidatures.

Dans le cas de contre-indications (perte d'autonomie quant aux repères spatio-temporels, impossibilité de métaboliser l'angoisse liée à la sortie du milieu institutionnel collectif vers le cadre individuel que nous proposons, troubles fonctionnels ou somatiques ingérables), nous ré-adressons la personne et essayons d'envisager des solutions alternatives, quitte à différer l'admission au sein du service.

Une fois admise, la personne hébergée se voit remettre un livret d'accueil, le contrat d'accueil et de séjour et le règlement de fonctionnement du service après lecture et approbation.

Ces documents sont alors étudiés par le référent et l'utilisateur. Ils regroupent tous les droits mais aussi tous les devoirs de l'utilisateur pendant toute la durée de son séjour au sein de l'association.

Ces conditions sont entre autres :

- Un entretien hebdomadaire au minimum avec le référent psycho-social
- La mise à profit de l'hébergement afin de respecter le projet individualisé mis en place
- L'acquiescement de la participation financière

Un accent particulier est porté sur la nécessité d'entretiens réguliers et au minimum hebdomadaire entre l'hébergé (e) et la personne référente.

## **Modalité d'accompagnement :**

### **Le suivi psycho-social :**

- Hebdomadaire au minimum
- En entretien avec le référent psycho-social

### **Capacité autorisée :**

- 30 places financées par la DRIHL 75 et 9 places V.I.H. financées par l'A.R.S. d'Ile de France

### **Type d'hébergement :**

- Éclaté
- En chambre d'hôtel ou en cohabitation dans un appartement

### **Le mode d'hébergement :**

L'hébergement est proposé pour une période de trois mois renouvelable. Une chambre d'hôtel ou un appartement en cohabitation est mis à disposition, dans un lieu proche du service.

Le mode d'hébergement en chambre d'hôtel n'est pas sans poser quelques problèmes. De fait, deux logiques se confrontent : celle de l'institution – la fonction d'asile – et la logique commerciale des lieux d'hébergement.

Il s'agit d'un mode d'hébergement précaire auquel ont recours de plus en plus d'exclus et d'institutions sociales.

Cette modalité d'hébergement est celle qui nous semble la plus adaptée aux personnes et aux durées de séjour ; Elle présente toutefois des inconvénients et nécessite a minima un suivi très étroit auprès des hôteliers.

Nous sommes ainsi amenés, de plus en plus, à intervenir afin de protéger, les personnes hébergées de la nocivité des hôteliers, tout en maintenant l'hébergement tel quel, faute de solutions alternatives.

C'est à la faveur de la stabilisation favorisée par ce séjour, que le suivi peut se mettre en place et le travail commencer.

### **L'expression des personnes accueillies :**

Un groupe d'expression a été mis en place au sein du service Eranne, conformément à la loi du 25/03/2004.

Le groupe d'expression représente la mise en place d'un espace de convivialité pendant le temps de l'hébergement.

La réunion a lieu au restaurant social de l'association le matin autour d'un petit-déjeuner. Ce cadre assez convivial favorise l'expression des usagers.

La création du groupe d'expression a permis de créer des moments dans la prise en charge où la parole ne s'adresse plus à la seule personne référente mais à l'ensemble de l'équipe.

Cette pratique libère la parole chez beaucoup d'usagers qui voient dans cette réunion la possibilité d'exprimer leur mécontentement ou leur satisfaction à l'égard de l'institution.

L'équipe ayant en charge les usagers participe au groupe d'expression. Celui-ci comprend les référents psycho-sociaux, le chef de service ainsi qu'une personne représentant le service du restaurant où a lieu la réunion.

A l'issue de ce temps d'échange, un compte-rendu de la réunion est élaboré par le responsable du service.

### **Le suivi psycho-social, assurer le soutien psychologique auprès de l'usager :**

Si le service Eranne est amené à accueillir des sujets relativement autonomes pour lesquels un projet de vie à court ou moyen terme est envisageable au sein même de la Cité, ces personnes nous sont également adressées en raison de leur fragilité psychique nécessitant un soutien et un accompagnement spécifiques face aux difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne et dans la mise en œuvre de leurs projets.

Cet accompagnement psychologique spécifique proposé par le service Eranne répond à l'idée qu'on ne peut identifier les personnes présentant de graves souffrances psychiques au domaine général de la précarité, du handicap et des problèmes sociaux. Ce serait là méconnaître les incidences des troubles psychiatriques sévères pour un sujet et son entourage. Le désarroi régulier des équipes de travailleurs sociaux au sein des C.H.R.S. ou C.H.U. face à ces problèmes en est la preuve.

Ce positionnement impliquera donc ce que nous pouvons appeler, avec René Roussillon, « une double contrainte paradoxale » : d'une part ne pas préjuger, dans son accompagnement psychologique auprès de l'hébergé, d'un fonctionnement a priori de ce dernier et d'un savoir préalable, d'autre part, être prêt à accueillir les fragilités psychiques graves de l'hébergé et à travailler avec lui autour de celles-ci.

Établir les conditions d'un soutien psychologique auprès des hébergés d'Eranne se fonde sur l'idée que la présence de troubles psychiatriques durables chez une personne n'est pas du ressort d'un déficit mais de l'ordre dynamique d'un sens et d'une signification à déchiffrer au sein de la relation interpersonnelle.

Notre postulat est que la personne hébergée accédera à un statut véritablement autonome au sein de la Cité, notamment, par une réappropriation subjective de soi. Dans la rencontre, le psychologue référent psychosocial et l'usager tenteront ensemble d'élaborer du sens permettant d'appréhender ce qui a été ou ce qui est encore dans la vie de l'hébergé ressenti comme inquiétant, étranger ou angoissant. Il s'agira donc de construire, à l'intérieur de la relation interpersonnelle, un savoir concernant, notamment, le rapport à la réalité, savoir permettant d'optimiser et de mobiliser les capacités d'autonomie de la personne hébergée.

Le cadre dans lequel s'inscrit, de façon privilégié, le soutien psychologique, est celui de rencontres hebdomadaires entre l'hébergé et le référent psychosocial dans les locaux du service Eranne.

L'hébergé est tenu de s'entretenir avec le référent au moins une fois par semaine, afin de créer une dynamique et une continuité dans l'accompagnement et dans l'élaboration psychique tant des difficultés rencontrées que des projets en cours.

Les rencontres hebdomadaires font partie des engagements pris par l'utilisateur à son entrée dans le service.

La fréquence hebdomadaire des entretiens individuels peut être modifiée et intensifiée ponctuellement si il est estimé que l'hébergé traverse un moment nécessitant un suivi plus rapproché.

L'intensification momentanée des rencontres peut également être le fruit d'une réflexion commune et être décidée lors des réunions de synthèse.

Enfin, s'il en ressent ponctuellement la nécessité, l'hébergé peut lui-même solliciter son référent psychosocial afin de le rencontrer plus fréquemment.

Le soutien psychologique assuré par le référent psycho-social s'adapte donc aux lieux et aux moments du suivi. Ainsi, le référent psycho-social aura-t-il, au sein du dispositif Eranne, une place à multiples entrées.

### **Articuler les troubles psychiques et les difficultés sociales :**

Le rapport de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15 septembre 2003 rappelle, à juste titre, les interactions des troubles psychiatriques avec les problèmes sociaux : « Celui qui présente des troubles psychiatriques voit ses chances d'intégration et de gratification sociale diminuer (...) La présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation ».

Le travail du référent psycho-social au sein du service Eranne se fonde sur un sujet, l'hébergé, en référence non seulement à sa subjectivité et à son intériorité, mais également à la globalité de sa situation et de son évolution.

Se référer à la globalité de la situation inscrit, de fait, l'utilisateur dans un contexte particulier : le champ social.

L'hébergé, comme chacun d'entre nous, est un sujet social en tant que le discours social, impersonnel et anonyme le gouverne. De ce fait, sa vie psychologique doit être référée au cadre social et culturel dont il dépend.

Accompagner une personne présentant des troubles psychiatriques graves et durables, c'est pouvoir témoigner de la façon dont le sujet peut éjecter l'autre de son monde ou, inversement, peut se sentir persécuté ou attaqué par le monde social.

L'objectif du suivi psycho-social est, notamment, d'offrir à l'utilisateur un espace où pourra se déployer librement sa parole en dehors de tout jugement. Il s'agira donc d'une prise en compte de la personne accueillie au sein de notre service et de sa parole autour des difficultés que cette dernière peut rencontrer au quotidien et de la façon dont elle a pu s'exclure ou se

sentir exclu d'une scène sociale pour chuter dans un monde pur, hors des repères et des symboles.

### **Accompagner à la vie sociale par le regard clinique :**

Le travail mené avec le référent psycho-social doit permettre à l'hébergé de trouver une position, aussi subjective soit-elle, au sein de la Cité ; une position qui ne s'alignera donc pas sur une insertion sociale et professionnelle à tout prix excluant les particularités de chacun.

Il sera question de tout mettre en œuvre, pour accompagner l'hébergé dans des démarches de réinsertion voire même de réhabilitation. Nous apporterons donc un soin particulier à l'accès aux droits sociaux et aux démarches relatives à la réinsertion par le logement. Ceci ne va pas sans difficultés, étant donné le peu de solutions de relais disponibles.

Au cours des années, nous avons pris la mesure de l'importance radicale du réseau. Seule une collaboration étroite entre le service et les équipes médicales et médico-sociales, permet de mettre en place des solutions de sortie satisfaisante.

L'autre facteur essentiel est le temps. En effet la mise en place de projets et de solutions adaptées ne peut se faire qu'au moyen d'une prolongation du temps de séjour, de plus en plus fréquente.

### **Prévenir :**

L'ensemble du travail effectué par le référent psycho-social auprès de l'utilisateur a des incidences dans le domaine de la prévention des troubles. Nous entendons par prévention tout ce qui permet d'éviter une rupture de soins et (ou) une rechute.

Le suivi psycho-social s'inscrit donc aussi bien dans le cadre de la continuité des soins que dans celui de l'anticipation de troubles sévères.

C'est alors que le travail en réseau prend toute son importance, puisque l'enjeu est de pouvoir faire intervenir la dimension du soin, sans pour autant que la réhabilitation psychosociale, soit mise en péril.

### **Le projet personnalisé :**

Un « projet personnalisé » est élaboré en collaboration avec la personne accueillie afin de donner une orientation et un cadre au suivi, par exemple de mettre ou de remettre en place un suivi médical adapté, de rétablir des droits sociaux, de trouver un relais à l'hébergement, d'effectuer des recherches de formation, d'emploi.

D'emblée ce qui s'impose aux référents, c'est de mettre en exergue les troubles et les dysfonctionnements psychiques.

Pour cela, un travail d'anamnèse est fondamental. Il permet de se représenter le plus finement possible la trajectoire de l'individu.

Après avoir dressé le tableau clinique, il est alors question de travailler autour de la prise de conscience de la pathologie avec l'usager.

Ce dernier aspect rend possible l'accès aux soins, l'orientation vers des centres adaptés et enfin la mise en place de projet de vie.

Il comprend l'évaluation des capacités psychiques et intellectuelles de chacun, un travail de mise en rapport entre l'aspect subjectif (comment est construit l'individu) et la réalité matérielle (accès à une formation, coût et débouchés).

Enfin, le relais à l'hébergement est la pierre angulaire autour de laquelle se construit l'ensemble du projet.

### **Le restaurant social Noga :**

Un restaurant social ouvert du lundi au jeudi de 12h00 à 14h00 est mis gratuitement à la disposition des usagers.

Le restaurant social Noga est fermé le week-end et les jours fériés.

Des repas chauds y sont servis jusqu'à 13h30. Les personnes peuvent emporter un sandwich ou une barquette pour le soir.

Les personnes peuvent également bénéficier de colis grâce aux produits de la banque alimentaire. La distribution a lieu tous les jeudi vers 12h30.

Ces prestations alimentaires sont d'une importance capitale pour les usagers qui, pour la grande majorité, n'est pas autorisée à préparer leur repas dans les chambres d'hôtels. Le restaurant de l'association est un lieu social où peuvent se créer des liens et des échanges, avec l'équipe du restaurant ou entre usagers.

### **Les acteurs :**

- Chef de Service : 1 ETP
- Psychologues : 2 ETP
- Secrétaire : 0.5 ETP
- secrétaire comptable : 1 ETP
- Personnel d'entretien : 0.2 ETP

## **Le partenariat :**

### **Prise en charge et réseau :**

Dans le cadre de la prise en charge, nous sommes amenés à établir des relations privilégiées avec les structures hôtelières accueillant les usagers du service afin de leur garantir des conditions optimales d'accueil et d'hébergement. Par ailleurs, nous sommes liés par des conventions à certains hôtels nous garantissant un nombre de place fixe toute l'année.

Le partenariat se déploie également avec les référents médicaux et sociaux exerçant au sein des institutions partenaires à l'origine des demandes d'hébergement ou susceptibles de pouvoir être une orientation d'accompagnement ou de relais pour l'utilisateur :

- Structures du réseau de la psychiatrie publique (Etablissement Public de Santé, Centres Médico-Psychologiques)
- AP / HP
- C.S.S.T.
- C.H.U.
- SAMU Social
- Centres médico-sociaux
- Centres d'action sociale (P.S.A.)
- Associations

Ainsi, des réunions sont fréquemment organisées dans nos locaux ou dans ceux de nos partenaires. Elles 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 personnes hébergées dans leurs différentes démarches.

## **La sortie du service :**

Celle-ci ne peut s'effectuer que dans un accompagnement conjoint de la part de tous les acteurs de la prise en charge.

Malgré cela, nous faisons souvent face à des situations extrêmement problématiques : la pénurie de structures d'accueil adaptées à moyen et à long terme, induit le maintien dans des situations de plus en plus précaires. Seule la prise en charge conjointe avec le réseau permet d'arriver à des résultats satisfaisants.

## **La démarche d'amélioration continue:**

En 2009, l'association Maavar a mis en place le processus d'évaluation interne. La méthodologie utilisée a été élaboratrice basée sur une démarche systémique et démocratique.

L'outil principalement utilisé pour élaborer l'évaluation interne a été un référentiel conçu en collaboration avec un cabinet privé.

Il est le résultat d'un travail et d'une réflexion d'équipe qui s'appuie sur les textes de références, les recommandations de la DGAS et de l'ANESM, les référentiels CHRS+ et FNHVIH.

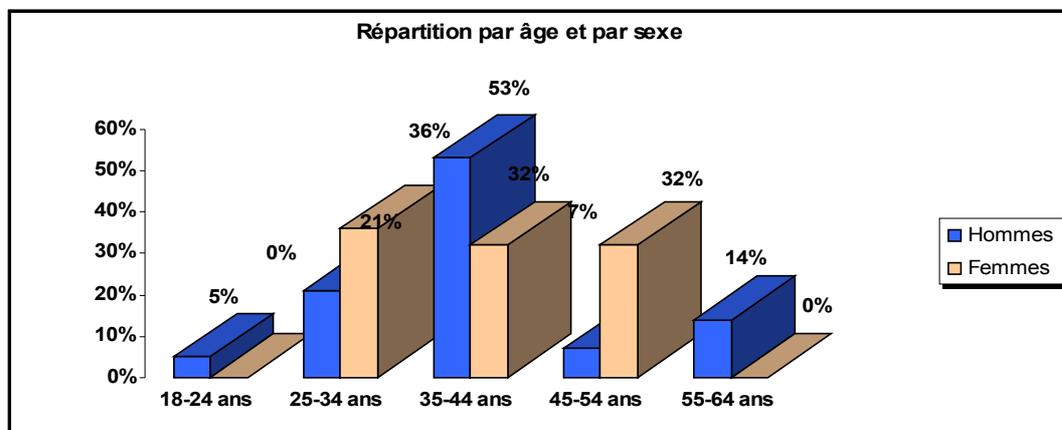
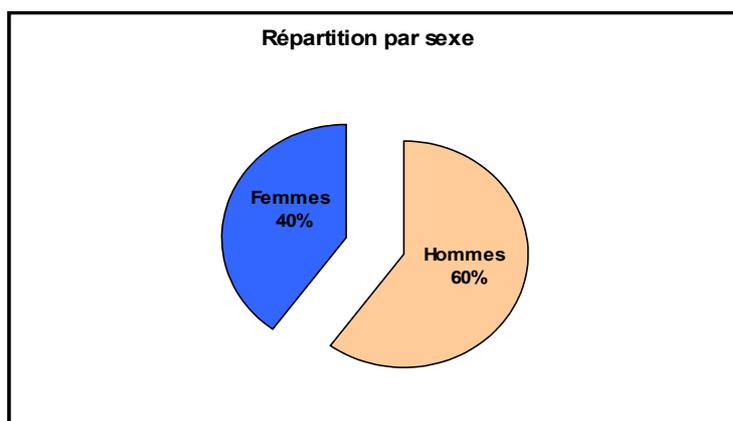
Le service Eranne a pris une place active dans la mise en place de la démarche d'amélioration continue de l'association Maavar.

## Statistiques et caractéristiques de la population reçue en 2010 :

- 323 demandes d'hébergements ont été adressées sur le service en 2010 dont 47 ayant débouchées sur une prise en charge soit 14,5%.
- 70 personnes ont été hébergées sur le service en 2010, dont 50 présentant des troubles psychiatriques et 20 souffrant d'une maladie chronique.
- Le temps moyen de séjour est de 5 mois et 23 jours, avec un temps minimum de 2 jours et un temps maximum de 365 jours.
- L'âge moyen des usagers est de 39 ans, le plus âgé ayant 68 ans et le plus jeune 20 ans.

Nuitées effectuées	2008	2009	2010
Eranne	9 528	9 263	12 119
Ezra	2 902	2 407	

### Caractéristiques démographiques :

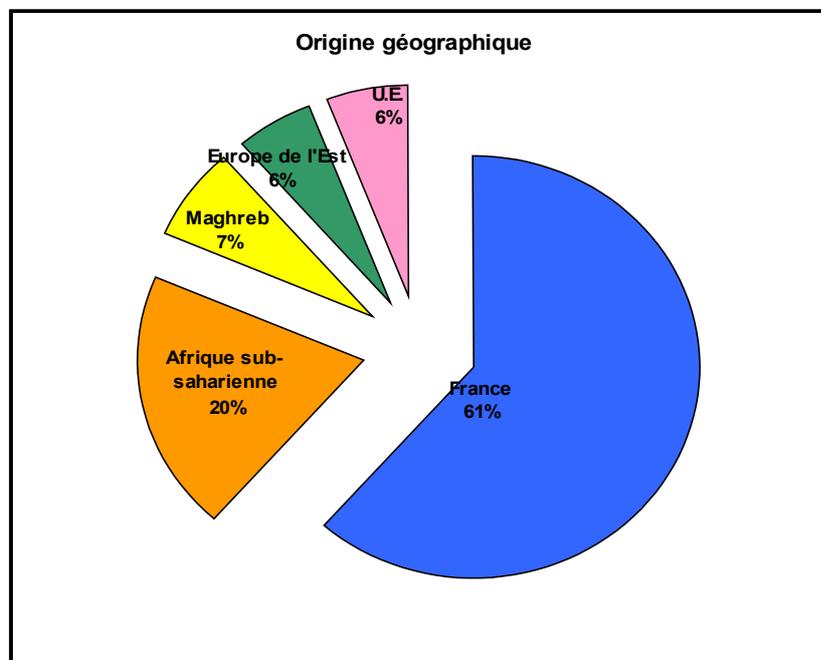


Cette année, la répartition des personnes hébergées en terme de sexe reste quasiment identique à celle de l'année dernière. Près des deux tiers des personnes accueillies sont des hommes.

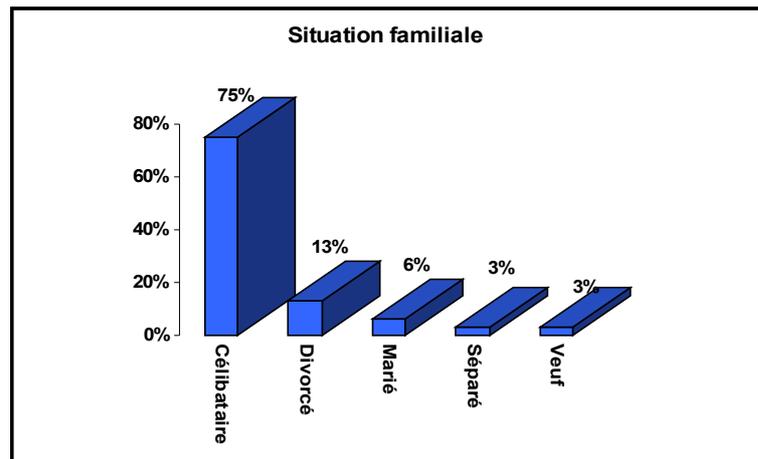
Si nous avons constaté depuis plusieurs années une augmentation de la proportion du nombre de femmes hébergées, la rupture de liens familiaux et l'errance sont actuellement plus représentées dans la population masculine.

On note cette année une augmentation de la tranche 45-54 ans chez la femmes ce qui peut correspondre à un processus de précarisation tardif qui s'étend de plus en plus sur l'ensemble de la population.

La tranche des 18-24 ans reste problématique dans sa double dimension, absence de revenus et émergence de troubles psychiatriques. Le risque de décompensation dans cette tranche d'âge est majoré.



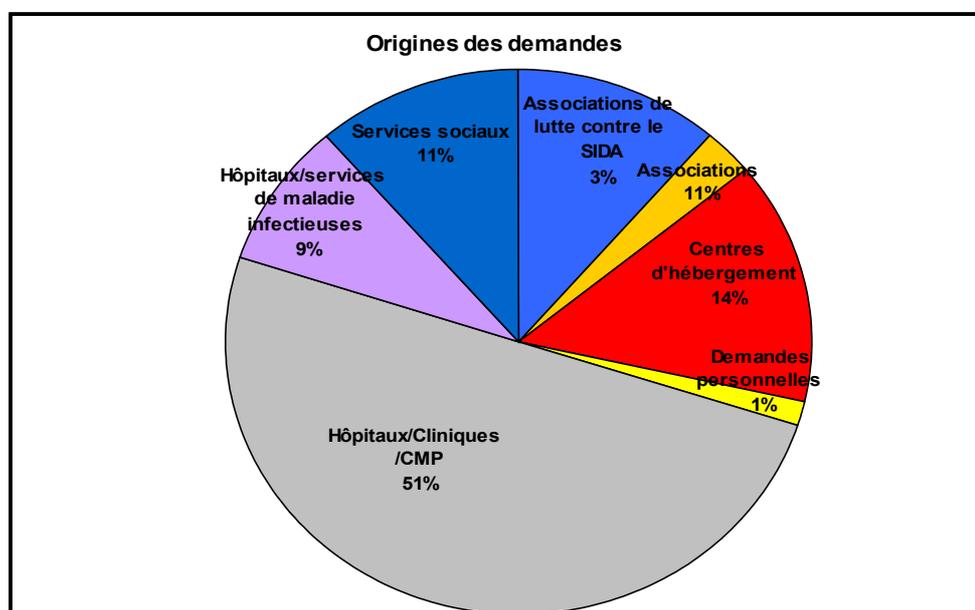
On observe en 2010 une augmentation sensible de personnes d'origines sub-saharienne. Ce phénomène déjà identifié l'année dernière peut être rapporté entre autre à la fusion des services précarité VIH et précarité psychiatrie.



La situation familiale des personnes hébergées sur le service Eranne ne diffère pas par rapport aux années précédentes. La majorité des usagers est célibataire.

La famille comme support et soutien occupant toujours de plus en plus difficilement cette fonction, elle laisse les sujets de plus en plus jeunes dans une situation de précarité.

### Caractéristiques psycho-sociales :



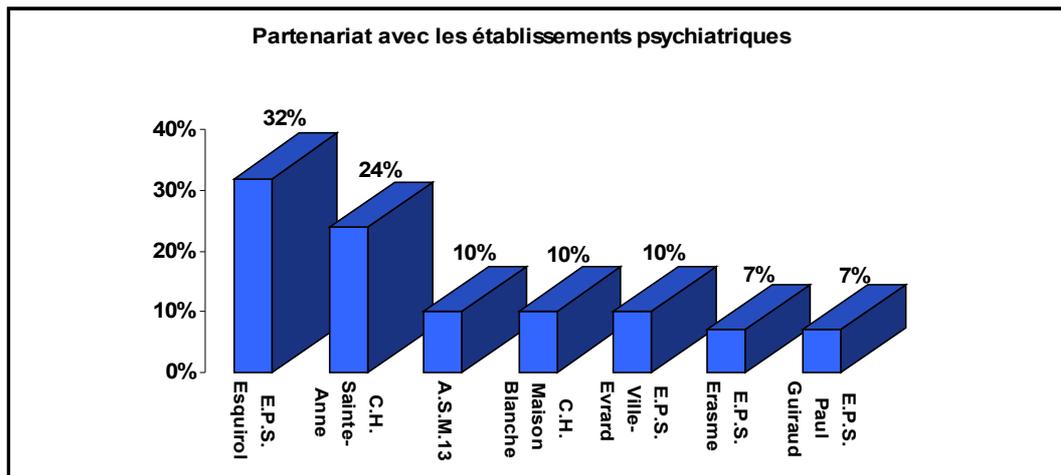
La grande majorité des personnes accueillies nous est adressée par les établissements publics de santé et le secteur psychiatrique.

Ce lien prédominant correspond en effet fondamentalement à notre mission : accueillir des personnes en souffrance psychique en voie de stabilisation.

Ce qui émerge de plus en plus fortement du secteur médico-social, c'est le besoin de travailler en lien avec des services ou structures qui proposent un relais à une hospitalisation accompagnée d'une prise en charge spécialisée.

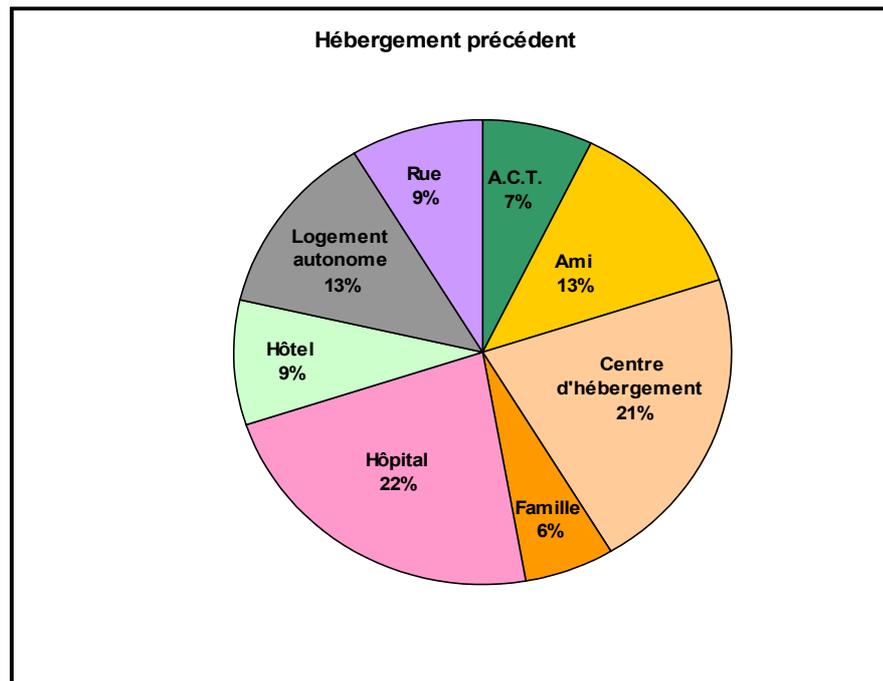
En effet, du côté médical, on relève la difficulté à faire sortir d'hospitalisation des malades qui ne pourront pas être logés à leur sortie dans des conditions appropriées.

Les CMP ou autres services de soins buttent sur le manque de structures adaptées pour accueillir les malades qu'ils prennent en charge et qui ne relèvent pas ou plus d'une hospitalisation.



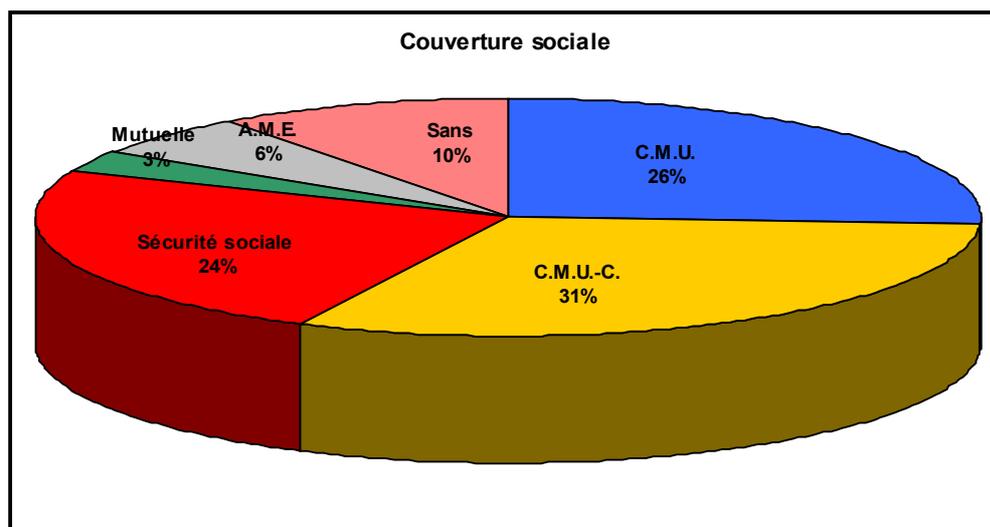
Nous ne constatons pas en 2010 de grandes différences par rapport à l'année précédente. Les deux grands pôles de partenariat sont toujours l'hôpital Esquirol et l'hôpital Sainte-Anne. On observe néanmoins un tassement au niveau des autres structures.

Face aux difficultés croissantes rencontrées lors de la prise en charge de ce type de population (troubles psychiatriques de plus en plus prégnant et précarité renforcée), il s'agit pour les travailleurs sociaux ou autres professionnels d'organiser le suivi avec l'aide d'équipes solides, disponibles et actives.



En 2010, un peu moins d'un quart des usagers sortait d'hospitalisation, de centres de post-cure ou de maisons de repos avant d'être pris en charge par notre service. Cette particularité s'explique par le partenariat étroit entre le service Eranne et le secteur médico-social.

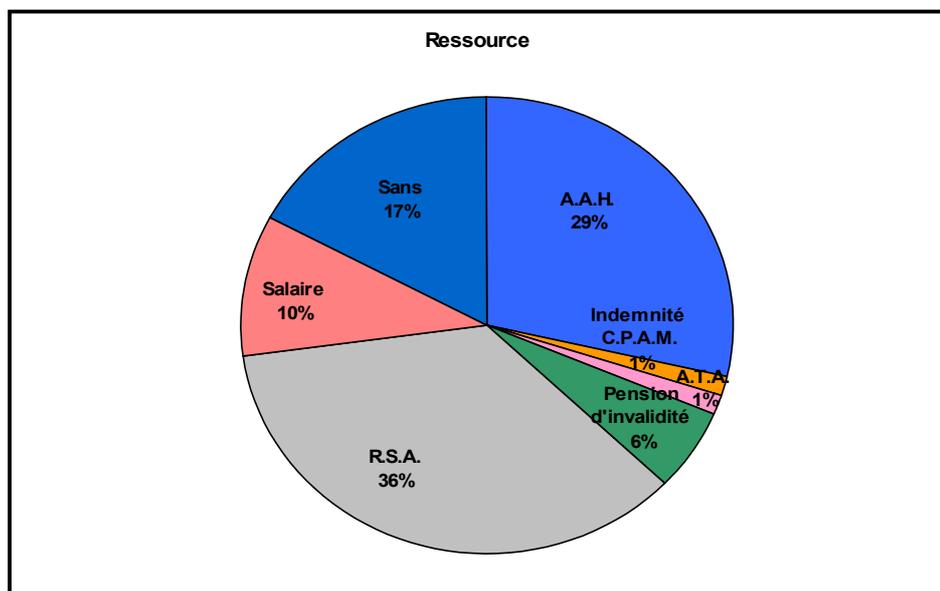
La plupart des centres d'hébergement sont confrontés à l'accueil d'une population qui leur pose problème dans la mesure où elle nécessite une prise en charge adaptée. Certains hésitent, lorsqu'ils identifient des troubles psychiques chez une personne qui demande un hébergement, à accueillir quelqu'un qui nécessite la mobilisation de savoir faire dont l'institution ne dispose pas.



En 2010, 90% des personnes accueillies au sein du service bénéficiaient d'une couverture sociale.

Ce nombre est en très léger recul par rapport à l'année dernière et peut être en partie expliqué par la fusion avec le service Ezra.

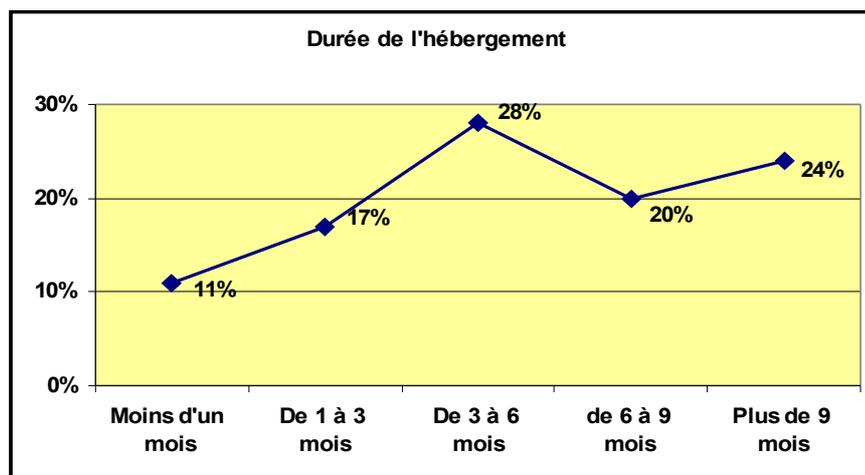
La majorité des personnes accueillies ne bénéficie que de la CMU. Cela correspond au fait qu'il n'est pas possible de cumuler l'AAH et la CMU complémentaire.



On constate cette année une différence notable par rapport à l'année précédente.

En effet, la plus grande proportion des personnes accueillies au sein du service Eranne est bénéficiaire du RSA, contrairement aux années précédentes où l'AAH était la principale source de revenu.

## Durée d'hébergement et orientation :



En 2010, la durée moyenne de l'hébergement au sein du service Eranne est de plus de 5 mois, elle était de 4 mois en 2009 et de 3 mois en 2008.

Cette nette augmentation du temps de prise en charge s'explique toujours par le respect du principe de continuité mis en place au sein de la structure.

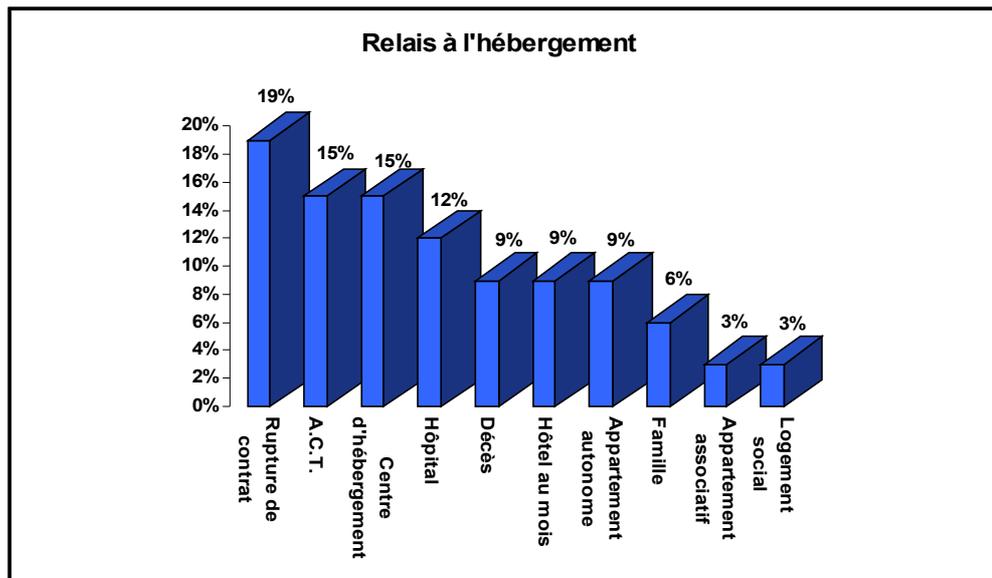
Ainsi, l'article 4 instituant le droit au logement opposable (loi n°2007-290 du 05 mars 2007) et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale dispose que :

« Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement adapté à sa situation ».

Ainsi, ce qui est mis en œuvre dans les structures d'hébergement réside dans un principe, celui de la continuité.

La question de l'hébergement d'urgence est alors à repenser.

En ce qui concerne la durée de l'hébergement au sein de la structure, il apparaît clairement que les solutions adaptées ne se dessinent que de plus en plus tardivement tant les structures adaptées manquent. Elles apparaissent généralement dans une fourchette allant de 4 à 8 mois ; temps nécessaire, selon nous, à un recueil de l'anamnèse des personnes hébergées, à l'évaluation de leurs difficultés psycho-sociales et à la mise en œuvre de procédures.



L'année 2010 fut moins chaotique en terme de relais à l'hébergement que 2009. La rupture de contrat a diminué de moitié cette année, laissant place à des orientations plus adaptées. Près d'un tiers des personnes accueillies au sein du service Eranne obtient à la sortie un appartement.

Si nous sommes toujours confrontés à un nombre encore trop important de situation dont les issues ne sont pas réellement adaptées, il semble que la création de services spécialisés comme le service Ofek ou le futur service de Maison relais de l'association Maavar, puissent permettre une continuité et une réelle cohérence dans le parcours de la personne prise en charge.

## Vignette clinique :

Le service ERANNE est un service spécialisé dans l'accueil de personnes sans domicile fixe avec une problématique psychiatrique prégnante.

Ce qui domine dans le tableau clinique de ces personnes, ce sont les troubles de la personnalité liés à des décompensations aiguës.

Le délire est souvent au centre des troubles (avec état d'agitation plus ou moins sévère, des hallucinations de tous ordres et des passages à l'acte hétéro-agressif).

Cette population ne peut être accueillie dans des structures d'hébergement à caractère social où la mission primordiale reste une réinscription dans le tissu par l'accès à l'emploi.

Proposer à une population en errance physique, mais aussi psychique, de la « réinscrire » dans du social, alors même qu'elle en est exclue structurellement, est une procédure ravageuse.

Après une hospitalisation en psychiatrie, ces personnes se retrouvent souvent à la rue, sans solution matérielle (famille, logement) et livrées à elles-mêmes alors que leurs états nécessitent un réel accompagnement médical.

Les stigmates de la psychiatrie excluent doublement cette population déjà très fragilisée.

Aussi, le service Eranne, de par sa spécificité (accueil de malades mentaux) aménage une procédure particulière afin de permettre une collaboration active entre service sociaux et psychiatrique.

Même si notre mission concerne en priorité l'hébergement, elle est en relation exclusive avec le soin.

La mission du service concerne la mise en place d'un travail commun avec des partenaires pluridisciplinaires autour de la réinsertion de la personne en matière de logement, de la santé.

Sur le plan institutionnel, notre souci est d'aménager un espace dans lequel on veillera à traiter chaque sujet concerné dans sa singularité.

Mme S., 46 ans, est adressée au service Eranne par un service psychiatrique parisien. Lorsque nous la recevons, elle y est hospitalisée depuis trois mois et demi pour un syndrome délirant.

Mme S. est suivie depuis de nombreuses années par un psychiatre en libéral pour une pathologie psychotique chronique.

Nous apprenons par l'A.S. et le psychiatre du service que, suite à une expulsion de son logement, Mme s'est retrouvée « à la rue » et a décompensé sur le mode délirant. Il s'agit de sa première hospitalisation. Depuis, son état se stabilise, elle reprend un traitement médicamenteux qu'elle avait interrompu et collabore aux démarches administratives.

Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, elle est encore hospitalisée, accompagnée par une infirmière psychiatrique, car elle semble très désorientée sur le plan des repères spatio-temporaux. Mme souhaite que l'infirmière soit présente à l'entretien, elle fera office « d'auxiliaire », de soutien sans lequel on a l'impression que Mme peut s'effondrer, y compris physiquement. Elle n'aura de cesse de solliciter son approbation durant l'évocation de son histoire, comme si, effectivement, cette histoire n'était pas réellement la sienne.

Elle s'exprime sur un ton monocorde, mais l'essoufflement apparent, ses yeux écarquillés témoignent d'une hyperanxiété patente.

Mme nous livre « en vrac » des éléments de sa vie et quelle qu'en soit la teneur, son ton reste totalement désaffecté. Elle ne travaille plus depuis 2005 : elle distribuait un journal dans les boîtes aux lettres. Auparavant, elle a fait de nombreux stages, dans plusieurs domaines, mais « n'arrivait à rien » et a fini par « ne plus avoir de force pour se battre ». Elle mettra en avant tout au long de nos entretiens futurs une mésestime de soi sévère.

Elle a arrêté ses études à 14 ans après un essai infructueux dans une « classe professionnelle », mais avec aussi peu de succès : « trop nulle » se qualifie-t-elle.

Sur le plan familial, elle ne voit plus sa mère, qui vit en province, depuis plusieurs années, leur relation serait inexistante depuis toujours... Mme souffre de ne pas avoir eu d'aide de sa part au moment de son expulsion. Son père est décédé, elle ne se souvient plus depuis quand... Mme est la plus jeune d'une fratrie de deux frères et cinq soeurs... hésite tout de même sur le chiffre... une soeur est décédée en 1996. Mme dit ne pas vouloir de liens avec eux.

Après son expulsion, Mme s'est retrouvée à vivre « sous un pont à Montreuil vers les Puces », puis chez un ami, puis dans le métro, cette dégradation de sa situation la faisait se sentir « au bord du gouffre ». La RATP a appelé le Samu Social qui l'a conduite en Foyer de nuit et « en errance » pendant la journée. « Elle n'en pouvait plus et se laissait mourir ». C'est ainsi qu'elle a accepté la proposition d'hospitalisation : « là-bas, on faisait attention à elle ».

Lors de l'expulsion, Mme nous dit que « toutes ses affaires ont disparu, elle s'est retrouvée sans rien », elle y perdait « même son identité ». Les restes de son mobilier sont entreposés dans un garde-meuble qu'elle doit payer chaque mois. Elle est bénéficiaire du RSA. Une demande de curatelle est en cours, émanant du service hospitalier.

Mme évoque des troubles des conduites alimentaires, oscillant depuis l'adolescence entre anorexie et boulimie. Elle présente effectivement un surpoids important.

Mme présente des hallucinations visuelles : voit des ombres qui la terrifient et qu'elle qualifie de « choses très négatives » ; et auditives : des voix qui résonnent, « des couacs qui s'amplifient ».

La sémantique utilisée par Mme mettra en mots son démantèlement psychique comprenant les troubles de la pensée.

Les projets en lien avec sa sortie d'hospitalisation, dans le cadre de l'hébergement au service Eranne, sont la stabilisation des soins, la mise en place d'activités au CATTP, une demande d'AAH et de RQTH et, à plus long terme, une prise en charge en ESAT, en fonction de l'amélioration de sa santé psychique.

Nous organisons l'accueil dans notre Service de Mme S. en accord avec le service psychiatrique, quelques jours après cette première rencontre : un temps d'intégration du projet lui était nécessaire.

Ainsi que nous avons pu l'observer, les repères spatio-temporaux étant très « perturbés », Mme S. se trompe de rendez-vous, ne sachant quel jour nous sommes : « elle vient au hasard ». « Elle s'en veut beaucoup de rater les entretiens, c'est pas étonnant !!! ». Le discours est totalement envahi par l'auto-dépréciation.

Elle s'exprime, soit sur un ton « catastrophé » lorsque l'instance surmoïque la prend en défaut, soit sur un ton « chantonnant » (de manière défensive) pour évoquer des sentiments douloureux. Nous prenons rapidement la mesure de la confusion de la pensée qui la domine.

Mme nous remercie de l'avoir hébergée, évoque « la petite chambre, dans le petit hôtel »... contente d'avoir quitté l'hôpital, même si elle a le sentiment « qu'on s'est débarrassé d'elle ». - le sentiment d'abandon reste prégnant – Le changement de vie est brutal, Mme se sent « très seule, esseulée, isolée, abandonnée »... « se sent perdue, voit le monde bouger autour d'elle », dans une position subjective interdite. Elle occulte la présence d'une de ses soeurs auprès d'elle, très contenante – celle-ci étant vécue comme lourdement persécutrice en prime abord.

Mme S. a du mal à gérer son traitement seule. Revient sur ces derniers mois au sein de « la mère-hôpital » qui s'est bien occupée d'elle et montre combien elle est incapable de prendre soin d'elle. Ce que Freud a théorisé par l'« hilflosigkeit » : l'incapacité à se venir en aide. Elle exprimera, tout au long des entretiens, au moyen d'un discours très imagé, la déprivation tant physique que psychique dont elle dit avoir été victime.

Elle évoque des crises d'angoisse, des attaques de panique, sa crainte de se retrouver « encore à la rue » après Eranne : expérience traumatique. Elle est sourde à nos tentatives répétées de réassurance. Nous prenons contact avec le CMP : les infirmiers vont la voir chaque semaine pour lui préparer son pillulier ; elle a une injection retard toutes les trois semaines. De plus, Mme S. a changé de travailleur social ; toute modification du cadre accroît son sentiment d'effondrement que nous devons contenir en permanence.

Au fil des semaines, Mme « s'organise », prend appui sur « l'agenda-auxiliaire » : se rend plus ponctuellement à ses différents entretiens, ce que nous mettons tous en évidence et soutenons. Elle s'en dit très étonnée...

Les moments d'angoisse intense laissent quelque place à plus de cohérence et d'élaboration. A propos de son ambivalence relative à la solitude et au besoin de contact social, Mme analyse très finement : « on recherche le contact avec les autres, mais du fait de la maladie, on les repousse ».

Nous travaillons en étroite collaboration avec l'équipe médico-sociale et le CMP va lui proposer de participer à des ateliers dans le cadre du CATTP.

Voici quelques éléments de son anamnèse (ou de sa reconstruction fantasmatique) qu'elle nous livrera par bribes, en les élaborant avec un « bon sens » certain, malgré, à certains moments, un vécu persécutoire et une grande confusion ponctuelle infiltrant probablement son récit :

Ses parents ont eu huit enfants en dix ans, « elle est la petite dernière ». Son père est décédé « en 1982...ou 1984 », elle ne sait plus. L'aînée est décédée il y a « environ » quinze ans, à l'accouchement de son troisième enfant...qui n'avait pas de père... un frère et une soeur ont adopté les enfants.. « mais ne sait plus trop non plus... ».

« Chez nous, c'était le moyen-âge, nous dira-t-elle, on n'était pas soignés, on n'appelait pas le médecin, ma mère criait beaucoup, mon père buvait trop, ne travaillait pas ». Les enfants n'avaient pas de contact avec le père, à part la maltraitance physique, la violence verbale qu'il exerçait sur plusieurs des enfants...Pour elle, « ça n'a été que verbal ». « Il n'y avait que des cris et des bagarres, nous, on devait prendre les miettes...je n'ai pas envie de revenir sur ces souvenirs... nous (la fratrie), on s'est élevés entre nous ». Mme S. évoque une grand-mère maternelle dont elle dit avoir été « l'esclave » : « s'est occupée d'elle de manière très intime - elle était atteinte d'un cancer généralisé - sans jamais aucune reconnaissance »...

Elle s'estime avoir été « maltraitée moralement à vif »... : les parents se battaient la nuit, réveillaient les enfants pour assister « au spectacle » et ensuite devaient aller se recoucher.

Mme commence à s'interroger – avec surprise - comme si l'interdit de penser qui avait toujours entravé son processus de subjectivation commençait à regresser. : elle s'étonne « en passant » de ne rien savoir de ses parents, leur vie, leur histoire d'enfance ? : elle a des trous d'histoire, d'où cette déliaison menaçante et la nécessité d'une reconstruction délirante. Mme décrit moqueries et humiliations infligées par plusieurs des frères et soeurs, ceux-ci encouragés par la mère : « pas belle, grosse, tu ressembles à un garçon », paroles qui reviendront dans ses hallucinations auditives.

Mme oscille entre honte et culpabilité, liées « aux mauvaises choses qu'elle mentionne » spontanément sur sa famille, : « ça se mélange dans ma tête et ça explose ». Dès qu'elle s'autorise quelque droit à penser par elle-même, le surmoi tyrannique vient se rappeler à elle.

Mme s'évertuait à éviter les conflits et ce « travail » l'épuisait, « il fallait éviter la noyade »... Cette image de noyade réapparaît de manière récurrente. C'est peut-être pour éviter d'être « submergée » par une vague émotionnelle qu'elle opte pour une mise à distance manifestée dans le temps et le choix des mots.

Aujourd'hui, dans son monde interne, le bon et le mauvais objet sont personnifiés par une seule personne : la seule soeur avec qui elle reste en contact et qui s'occupe d'elle ( qui peut

donc alimenter ses fantasmes) tant sur le plan relationnel que financier, se souciant beaucoup pour Mme S.

Cette soeur invite Mme S. pour les fêtes de fin d'année, elle doit y passer le réveillon de Noël. Voici ce qu'elle peut en dire : « elle est gentille, mais elle me noie, m'enfoncé... elle m'a tout pris...j'ai peur du coup de grâce ». Comme si ce qui pouvait se révéler bon pour elle se transformait en manifestation persécutoire, la menaçant de mort psychique « par noyade ».

Elle peut, tout à la fois, se dire très reconnaissante à l'égard de sa soeur, et de son beau-frère « qui font beaucoup pour elle » et se sentir penser qu'ils «vont lui en faire voir de toutes les couleurs ». A la fois, ces propositions contradictoires (en double lien) coexistantes la plongent dans un risque de morcellement terrifiant, avec la culpabilité inhérente à ces pensées, mais, par ailleurs, ses constructions délirantes lui permettent de projeter à l'extérieur ses pulsions agressives. Lorsque le délire ne fonctionne pas, ces pulsions se renversent sur elle-même et prennent une forme dépressive, avec idées suicidaires.

Progressivement, Mme S. se montre de plus en plus adaptée, accomplit les démarches administratives qui lui sont demandées – elle n'en est pas à prendre des initiatives, mais peut donner un sens à ce qui lui est conseillé et se montre un peu plus partie prenante de ce qui la concerne: inscription aux HLM de la Ville de Paris, participation à la constitution du dossier MDPH pour l'obtention de l'AAH. Elle envisage de se préoccuper de son intégrité corporelle : consultations chez le dentiste, en ophtalmologie : n'ayant plus de lunettes, le sentiment d'isolement était accru, ne pouvait pas lire et donc, « ne pas être au courant de ce qui se passe ».Elle est reconnaissante envers les différents intervenants qui la soutiennent et l'encouragent, tant elle pense « qu'elle ne le mérite pas ». Elle peut nous demander où nous trouvons la force de la supporter...elle n'est pas encore prête aborder l'acharnement auto-dépréciateur dont elle fait preuve. Que pourrait-elle y perdre ? Ne s'agirait-il pas d'un sentiment d'identité au sens le plus archaïque ?

Mme S. commence à pouvoir émettre quelquefois quelques critiques relatives à son vécu délirant. Elle « comprend qu'elle a des attaques de panique et que ça la persécute comme s'il n'y avait que des ennemis autour d'elle », le mouvement projectif faisant office de défense de survie contre un effondrement dépressif.

Mme S. pense à reprendre une activité car se sent « moins serrée ». « Il faut absolument travailler pour être normale ». S'en veut beaucoup de ne pas y arriver. « Elle mériterait d'être à genou dans un coin avec un bonnet d'âne sur la tête »...Son monde interne peuplé d'objets inquiétants, non fiables, maltraitants l'a figée dans un infantile verrouillé. Nous pointerons sa fidélité à ce qu'elle décrit d'un discours parental/familial destructeur très précoce, qui fera également retour parfois sous forme de phénomènes hallucinatoires.

De même que ses constructions délirantes, des manifestations somatiques viennent se constituer comme une voie de dégagement – très coûteuse - contre la « crainte de l'effondrement »: des sciatiques à répétition, qu'elle associe à son déménagement, et nous, au fardeau familial très lourd pour elle ; un eczéma géant récurrent (apparu pour la première fois, à l'âge de 3 ans environ...) durant l'hébergement, soit lorsqu'elle a une tâche à accomplir, qui risque de mettre en évidence son incapacité et de souligner qu'elle ne peut qu'être décevante (« pas à la hauteur ») pour tout ceux qui font beaucoup de choses pour elle...ou lorsque surgit spontanément la peur que l'hôtelier « ne soit pas content d'elle »..., comme fixée à cette position infantile, dominée par la castration et la malveillance, face à l'adulte tout-puissant,

rejetant. Toute chose ayant un prix, elle peut également « souffrir » lorsqu'elle a « réussi » : « ah, j'aurais dû m'y attendre, ça devait arriver... ».

Elle a compris que « lorsqu'elle sent l'angoisse monter et la submerger... c'est la peau qui va prendre ». Comme si elle « n'avait plus pied »...et ne pouvait remonter à la surface que par la douleur.

Mme S. aborde sa boulimie, des reflux gastriques très douloureux qu'elle-même peut relier à des échecs « qui remontent du passé ». Elle évoque sa mère, très songeuse : « ... et pourtant, je pensais lui avoir pardonné », nous dira-t-elle.

Lorsqu'elle se sent plus « calme », Mme peut gérer son traitement seule, se montre moins passivée et plus à son écoute. Elle convient qu'il peut être plus bénéfique d'expulser la panique par la parole plus que par les pores de la peau – moi-peau effracté.

Mme S. intègre le CATTP, avec autant d'inquiétude que de plaisir : elle participera aux ateliers « revue de presse », chant et gymnastique. Activités qui s'adressent à la pensée, la voix et à son corps massif, « encombrant » et très dévalorisé qu'elle va peu à peu s'approprier non plus seulement comme un « objet extérieur » et étranger, source de souffrance. Elle commence à accepter volontiers, mais toujours surprise, l'accueil bienveillant des soignants et des patients.

Les projets commencent à prendre forme.

Elle obtient l'AAH et la RQTH. Sa candidature est retenue en ESAT. Elle a un rendez-vous prochainement.

Elle parvient à aller chercher régulièrement son courrier à sa domiciliation administrative, ce qu'elle ne pouvait faire au début de l'hébergement, invoquant « la peur »...

Mme S. évoque des peurs envahissantes : peur des gens « qui la font aller en arrière » - peur d'être rejetée. « Un seul regard rejetant et je suis jetée en arrière » - avec démonstration physique impressionnante : elle se jette en arrière sur son fauteuil qui manque de basculer, nous faisant mesurer la violence de son ressenti. Toute parole malveillante la « rejette en arrière », les mots, les regards sont ressentis comme des coups de poing.

Nous pouvons y associer une carence de holding précoce de l'environnement : un corps et une psyché qui n'auraient pas été tenus-soutenus par le regard et la parole maternels. Ainsi qu'elle le dira à plusieurs reprises : « sa mère l'a laissée tomber ».

Mme S. évoque sa « peur » quant à ce qu'elle va devenir... « n'a rien fait de sa vie ». Peur de gêner les autres : fait référence à la massivité de son corps, le fait « qu'elle prend beaucoup de place » - place dont elle aurait été spoliée dans le psychisme parental pour elle. Une pensée menacée de vide dans un corps envahissant.

Mme S. arrive, un jour, légèrement maquillée. Nous pensons devoir l'y encourager et face à notre observation, elle se « demande si c'est pour elle ou pour les autres, pour masquer sa laideur qui pourrait incommoder les autres ». Nous prenons le parti de pointer « la naissance d'une « très légère estime de soi ».

Mme S. m'annonce d'emblée « qu'elle a une bonne nouvelle pour moi », montrant la collusion qu'elle a créée entre nous. Je lui renvoie que j'espère surtout que c'est « une bonne nouvelle pour elle ». : elle a eu son rendez-vous à l'ESAT, bien passé et doit y entrer la semaine prochaine. Elle aura une période d'observation, puis une période d'essai avant d'envisager une embauche en CDI – elle intégrera, à sa demande, l'atelier broderie-couture. Mme espère qu'elle y sera acceptée, « sinon ce serait la honte ... si elle ne convenait pas, cela voudrait bien dire qu'elle est bonne à rien... ».

L'expérience se révèle assez difficile au début, au regard des exigences de l'institution. A la fois, Mme s'y sent bien sur le plan relationnel, entourée de personnes bienveillantes – même si le versant persécuteur est prompt à reprendre le dessus : « l'animatrice lui a donné le plus dur à faire... mais ce n'est pas pour la punir ». Le travail en lui-même requiert concentration, méticulosité, nécessite d'être assise toute la journée, elle souffre physiquement et l'anxiété, la peur de « rater » réapparaissent rapidement.

Mme verbalisera finement le clivage qui caractérise son organisation psychique, l'identification projective.

A propos des autres patients, elle nous dit qu'elle « aspire à devenir indépendante, moins fusionner avec la souffrance des autres, l'avaloir pour leur rendre des choses gentilles » (reflux gastriques). Elle perçoit ses « collègues » comme ayant beaucoup souffert : « leur vie a été détruite, tout comme la mienne ».

Lorsqu'on évoque le travail en terme de renarcissisation et le fait qu'elle s'assure de ne « plus se retrouver à la rue », Mme se rend compte « qu'elle coupe en deux : pour elle, le travail, c'est pour travailler et pas pour gagner de l'argent... comme pour les esclaves », dit-elle en souriant tristement.

Après des débuts difficiles dans son nouveau statut, le retour du sentiment de ne pas être « à la hauteur des exigences » et toujours le risque d'effondrement, la recrudescence des manifestations somatiques, cette sensation de « vide », l'accompagnement et le support de tous les intervenants autour d'elle, l'aideront à s'installer avec plus de confiance dans sa tâche.

Actuellement, elle est en fin de période d'essai et devrait obtenir un CDI, ce qui lui assurerait d'ici quelque temps, une place dans le Foyer attendant à l'ESAT.

Pour conclure :

Mme S. a amené au Service Eranne une psyché-soma très précocement « mal logée », puis sans domicile... fixée à un « infantile malmené ».

L'étroite collaboration avec laquelle nous avons pu travailler, tant avec le CMP que l'ESAT, a constitué, peut-être, pour Mme S. un soutien, un contenant fiable, qui lui ont fait si longtemps cruellement défaut, sur lequel elle a pu prendre appui pour affronter ses « turbulences » tant psychiques que concrètes factuelles.

L'étayage offert lui a permis de mettre en oeuvre les démarches concrètes nécessaires à la stabilisation de sa situation et l'accès à une forme de resocialisation, avec l'accès, nous l'espérons, à un type d'hébergement pérenne.

---

Notre mission est double : une fois le corps mis à l'abri de l'exclusion/expulsion, sous un regard social souvent vécu comme humiliant - partie primordiale pour redonner place à la pensée souvent dominée par le vide, l'effacement et/ou l'envahissement – il s'agit de contribuer à favoriser la constitution d'un sujet inscrit dans un espace spatio-temporel, doté d'un corps et d'une histoire ; créer une relation nouvelle qui devient peu à peu tolérable et peut ainsi remplir la fonction de support identificatoire.