



Service Eranne

158, Bd Voltaire
75011 PARIS

Tél. : 01 43 48 63 48

Fax ; 01 43 48 95 15

serviceeranne@free.fr

Rapport d'Activité 2011

Association Maavar
Siège social : 202, Bd Voltaire
75011 – PARIS
Directeur Général :
M. Joseph Marceau
association.maavar@free.fr
www.maavar.com

Sommaire :

<i>Les services de l'association Maavar :</i>	3
<i>L'Association Maavar</i>	4
<i>Le Service Eranne :</i>	5
Objectifs du Service :	5
Public accueilli :	5
Spécificité du projet :	6
<i>Le fonctionnement du service Eranne :</i>	6
Modalité d'admission :	6
Modalité d'accompagnement :	7
Le suivi psycho-social :	7
Capacité autorisée :	7
Type d'hébergement :	7
Le mode d'hébergement :	8
L'expression des personnes accueillies :	8
Le suivi psycho-social, assurer le soutien psychologique auprès de l'utilisateur :	9
Articuler les troubles psychiques et les difficultés sociales :	10
Accompagner à la vie sociale par le regard clinique :	11
Prévenir :	11
Le projet personnalisé :	11
Le restaurant social Noga :	12
Les acteurs :	12
Le partenariat :	12
Prise en charge et réseau :	12
La sortie du service :	13
La démarche d'amélioration continue:	13
<i>Statistiques et caractéristiques de la population reçue en 2011 :</i>	14
Caractéristiques démographiques :	14
Caractéristiques psycho-sociales :	16
Durée d'hébergement et orientation :	19
<i>Vignette clinique :</i>	21

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

- ✚ **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

- ✚ **C.H.U. Eranne** : 158, Bd Voltaire - 75011 Paris
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15
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

- ✚ **ACT OFEK** : 119, rue des Pyrénées – 75020 PARIS
Tel. : 01 43 56 43 09 / Fax : 01 43 70 57 98
maavar.ofek@free.fr

- ✚ **Résidence Norbert Dana** : 7, Rue Vauquelin 75005 PARIS
Tel. : 01 43 31 06 09
residence.ndana@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 Currie - 95200 SARCELLES
Tel. : 01 39 86 08 87 / Fax : 01 39 90 18 63
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

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, depuis 1985, l'association a développé 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.

Au mois de juin 2011, une nouvelle structure est venue enrichir le dispositif de l'association Maavar, la Maison relais Norbert Dana. Elle accueille en appartement autonome des personnes ayant 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 acheminer 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

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'utilisateur :

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'utilisateur 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'usager 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'usager 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'utilisateur.

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.

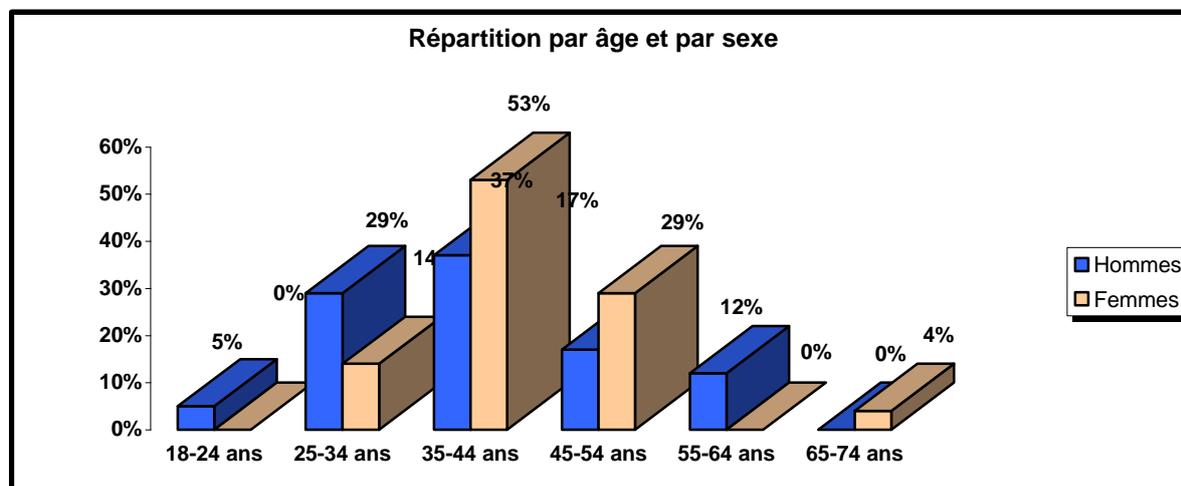
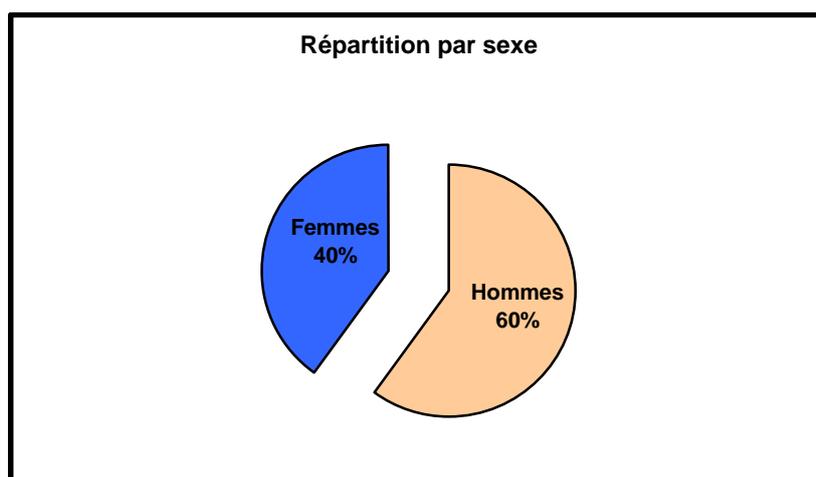
De février à avril 2011, une évaluation externe a été effectuée par un cabinet privé. A l'issue de cette évaluation, un rapport a été établi au mois de mai 2011.

Statistiques et caractéristiques de la population reçue en 2011 :

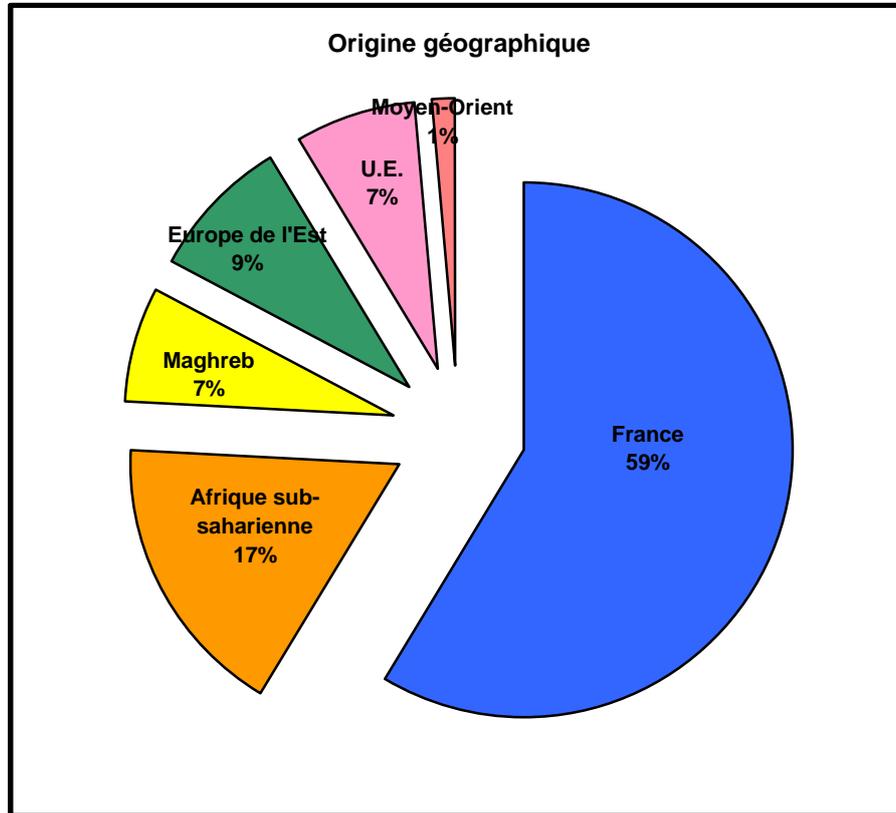
- 204 demandes d'hébergements ont été adressées sur le service en 2011 dont 33 ayant débouchées sur une prise en charge soit 16,1%.
- 70 personnes ont été hébergées sur le service en 2011.
- Le temps moyen de séjour est de 5 mois et 18 jours, avec un temps minimum de 2 jours et un temps maximum de 365 jours.
- L'âge moyen des usagers est de 41 ans, le plus âgé ayant 67 ans et le plus jeune 22 ans.

Nuitées effectuées	2008	2009	2010	2011
Eranne	9 528	9 263	12 119	11 808
Ezra	2 902	2 407		

Caractéristiques démographiques :

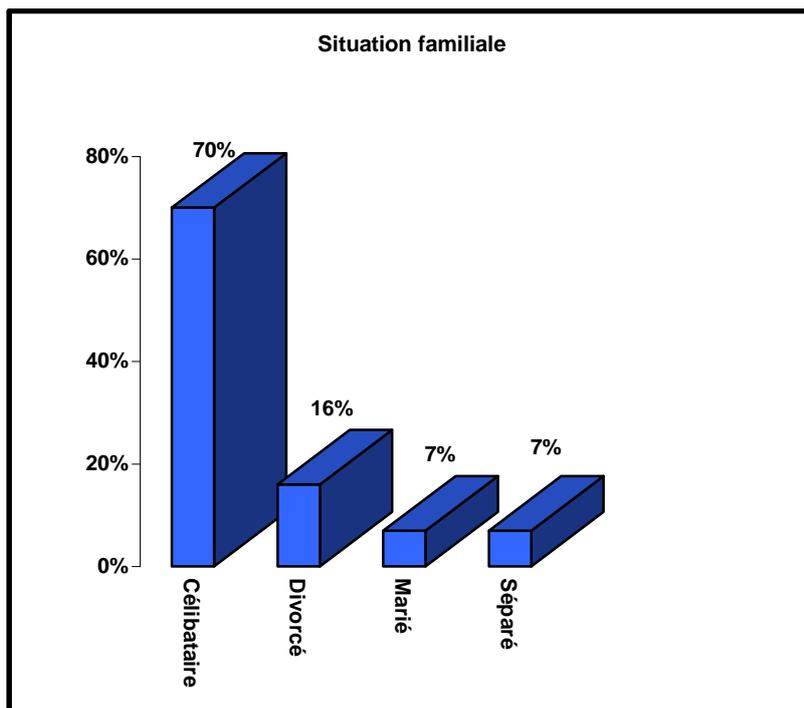


On note cette année une répartition des personnes hébergées en terme de sexe identique à celle de l'année dernière. Les deux tiers des personnes accueillies sont des hommes. La rupture des liens familiaux et l'errance sont toujours plus représentées dans la population masculine.



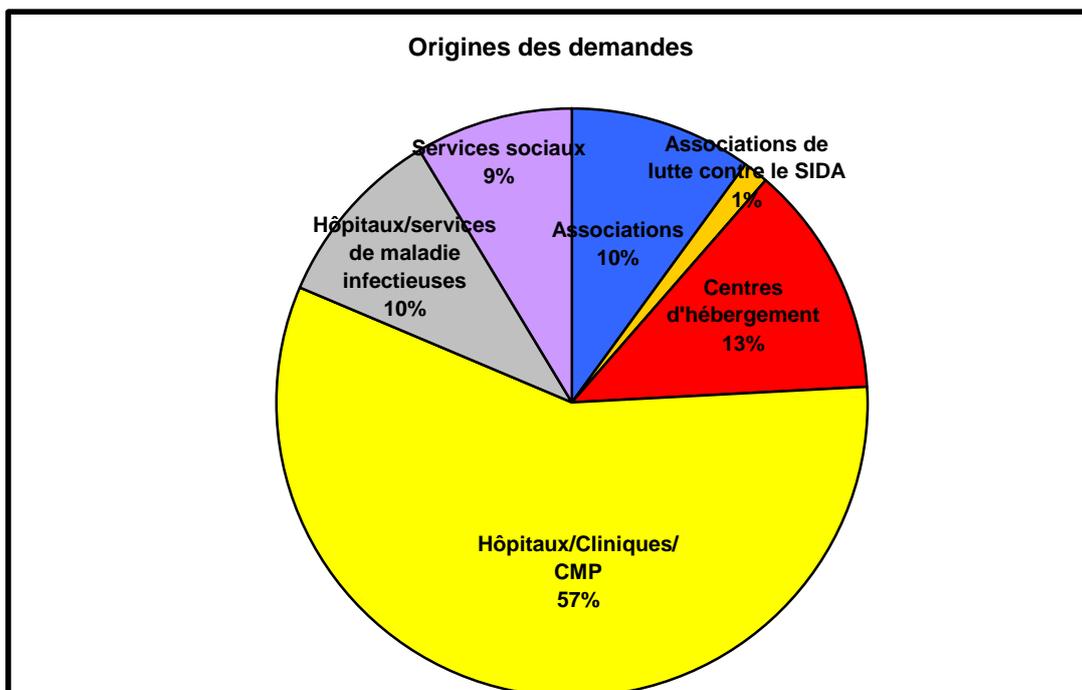
Il n'existe pas de différences significatives par rapport à 2010 sur l'origine géographique des personnes accueillies.

La place des personnes d'origine française accueillies sur le service tend à se stabiliser autour d'un peu moins des deux tiers depuis 2 ans. On constate que la maladie mentale génère de plus en plus une exclusion souvent en lien avec l'origine géographique. Les difficultés à s'adapter à un pays peuvent parfois être mises en lien avec l'émergence de troubles psychiques.



Un peu plus des deux tiers des personnes prises en charge sont célibataires. Si cette proportion tend à décroître depuis 3 ans, elle souligne néanmoins que la précarité associée à l'errance et aux troubles psychiatriques entravent considérablement la possibilité de construire des liens psycho-affectifs.

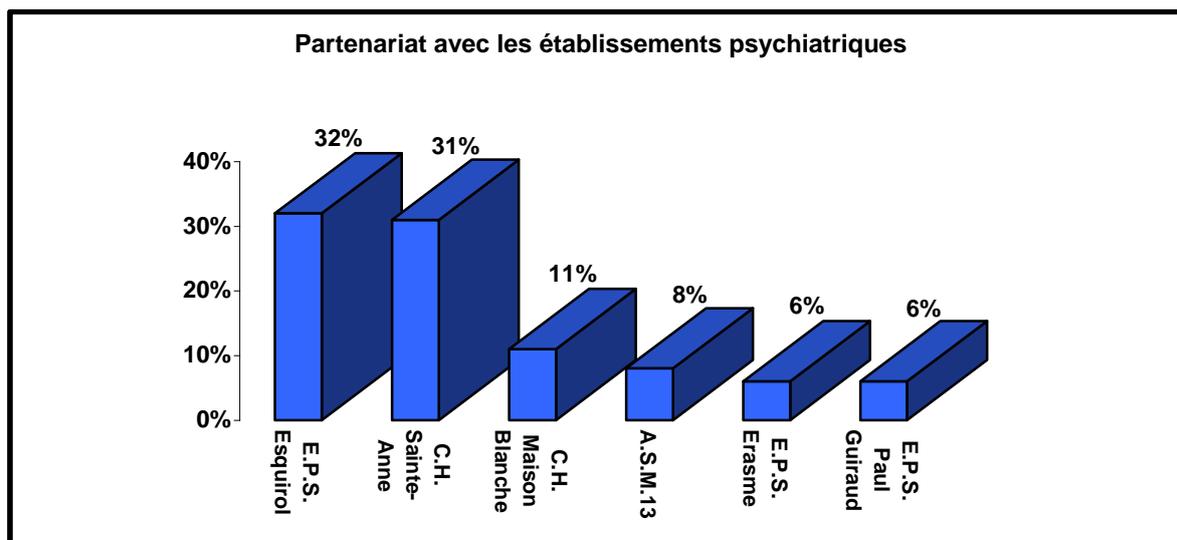
Caractéristiques psycho-sociales :



Comme l'année passée, la plupart des demandes d'hébergement adressées sur le service Eranne émanent du secteur psychiatrique.

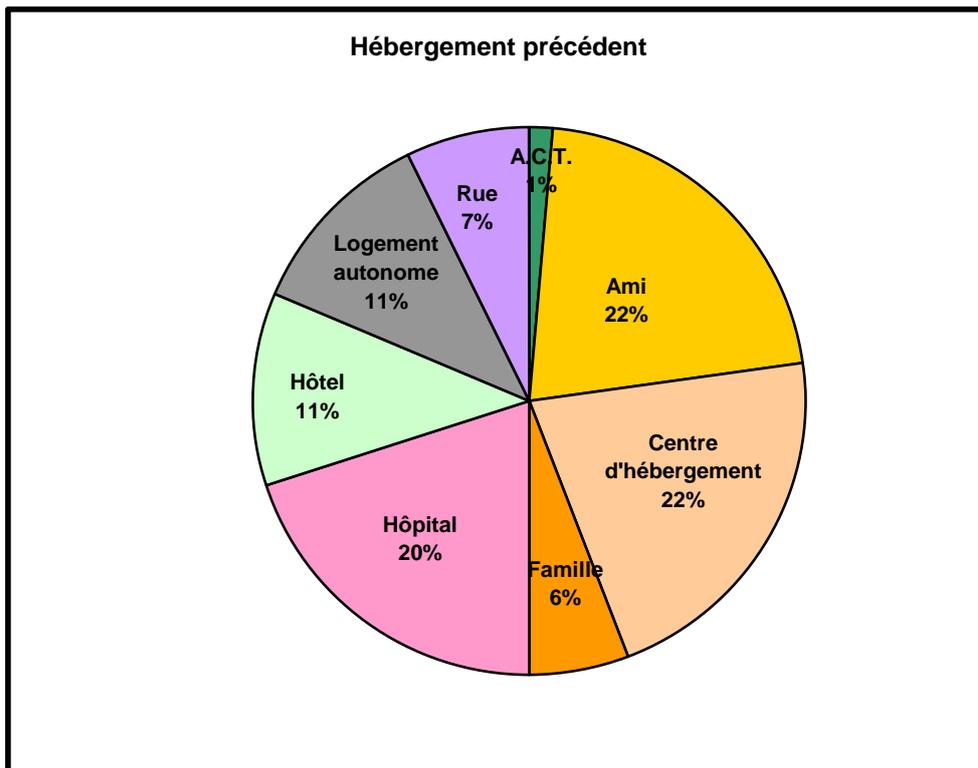
Cette proportion est en constante augmentation depuis 2008. Face aux difficultés qu'engendre la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatrique (temps d'hospitalisation de plus en plus court sur les structures d'accueil spécialisées, délais de plus en plus long dans l'orientation vers des centres de soins adaptés à ce type de public), il nous paraît fondamental d'engager un travail avec des personnes déjà inscrites dans le soin.

On peut alors se questionner sur les effets qu'aura sur le service Eranne et sur sa spécificité la mise en place effective du Service d'Information, d'Accueil et d'Orientation en 2012.



Il n'existe pas de différences notables en terme de partenariat avec les établissements psychiatriques depuis 2008.

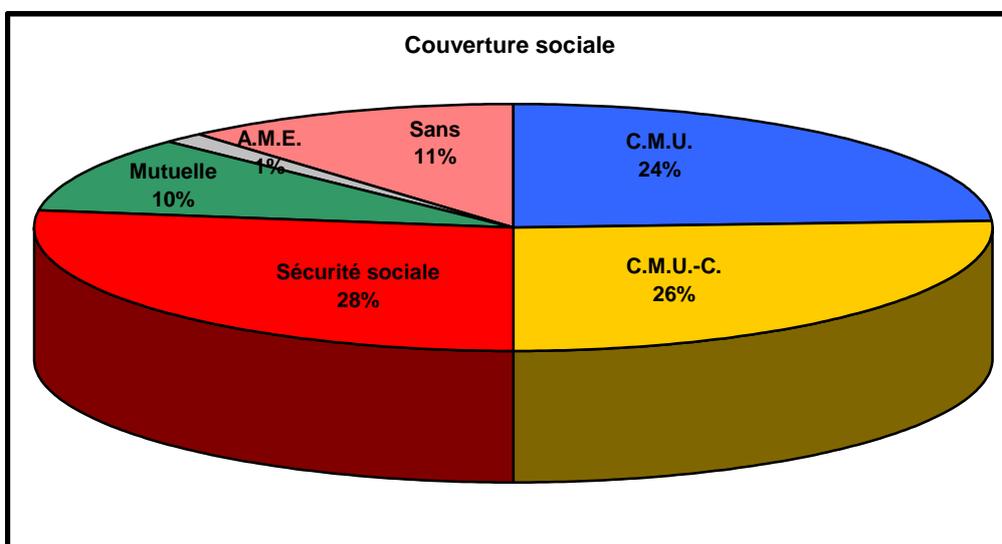
Les deux grands pôles restent l'hôpital Esquirol et l'hôpital Sainte-Anne. Le partenariat avec ces différents établissements psychiatriques permet de garantir une prise en charge adaptée à un public en proie à une souffrance psychique invalidante et dans une grande précarité sociale. Pour ce type de public, seule une jonction efficace entre le sanitaire et le social peut permettre d'envisager une solution de stabilisation satisfaisante.



On observe depuis deux ans une diminution de la part des personnes accueillies sur le service sortantes d'hôpitaux psychiatriques.

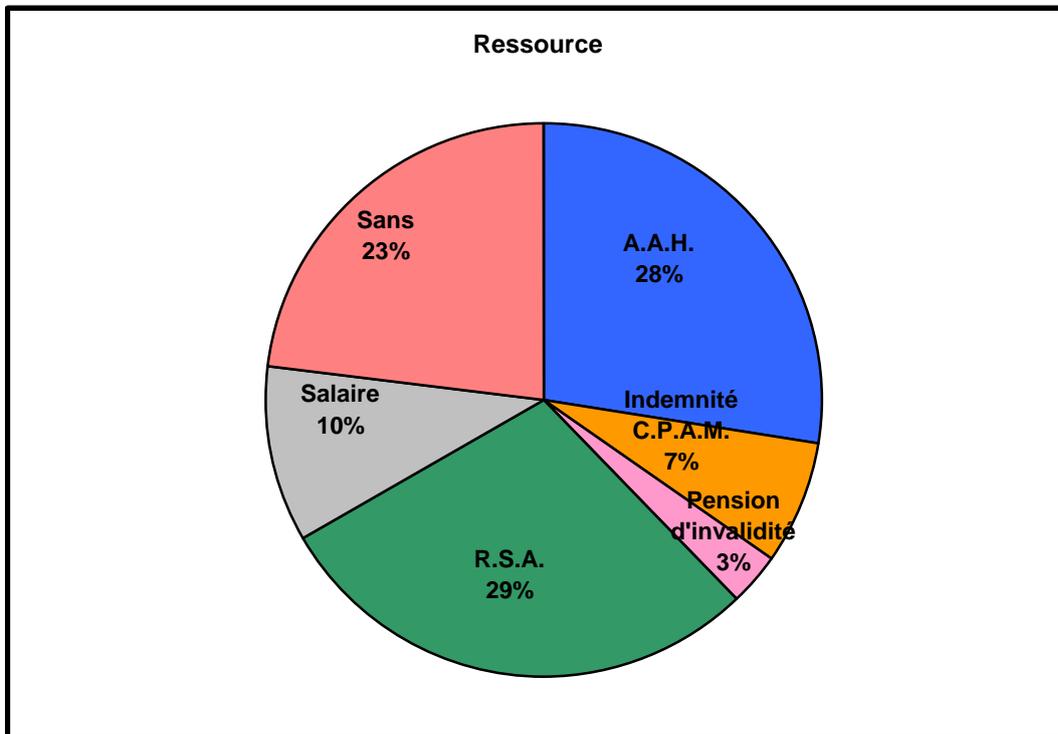
Ce phénomène s'explique par la fermeture de nombreux lits d'hôpitaux psychiatriques et par la généralisation quasi systématique d'un suivi en ambulatoire coûte que coûte. Ce qui fait la particularité de la population hébergée au sein de notre service, c'est cette constante oscillation entre la prise en charge en centre d'hébergement d'urgence, souvent inadapté, et des hospitalisations régulières.

Eranne, de part sa spécificité et ses modalités de fonctionnement (réfèrent psychologues cliniciens) permet d'être considéré par les différents partenaires comme étant un relais performant à l'hospitalisation. Il n'est pas rare que les sorties d'hospitalisation soient conditionnées par un passage sur le service. La sortie d'essai pour les patients hospitalisés peut-être d'ailleurs la seule solution envisageable.



Globalement, on constate que la plupart des personnes accueillies bénéficie d'un accès aux soins.

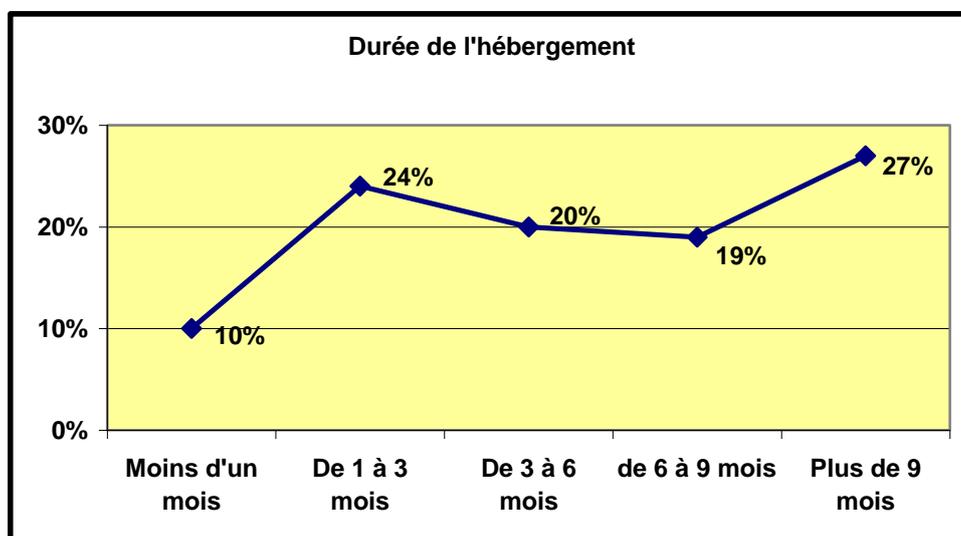
Seuls 11% d'entre elles n'ont aucune couverture sociale. Cela correspond à une population extrêmement marginalisée, avec qui il est nécessaire de tout reconstruire tant sur le plan social que sur le plan du suivi médical.



Comme l'année dernière, le RSA reste la principale source de revenu des personnes accueillies.

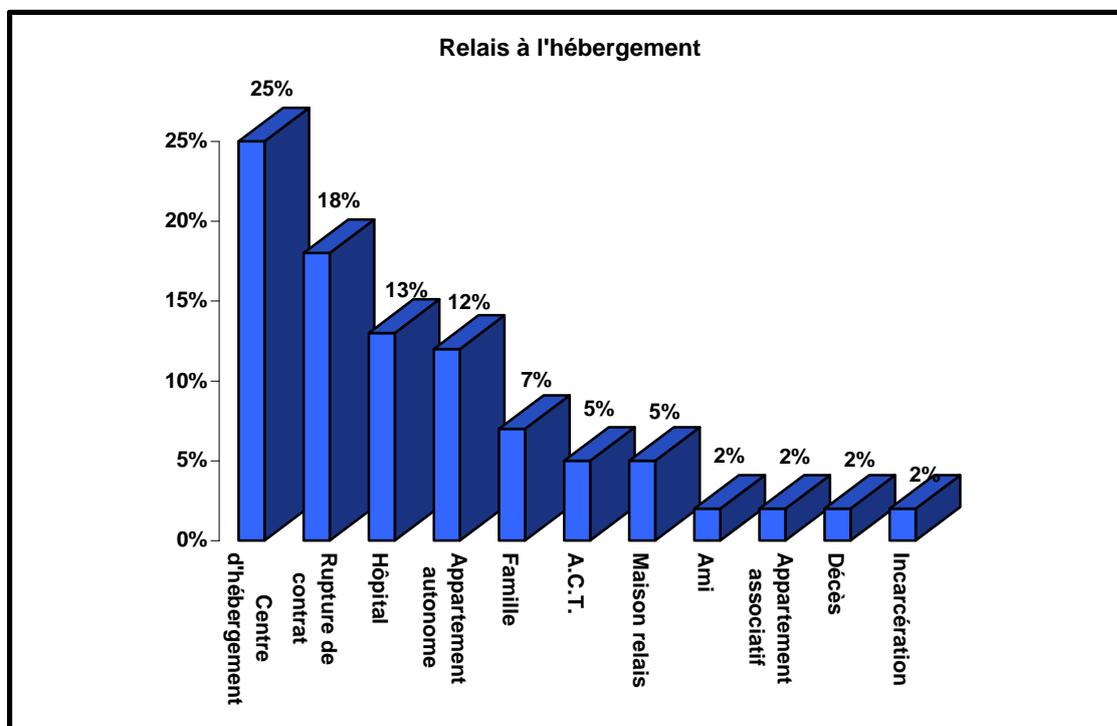
On note une légère augmentation des personnes ne possédant aucun revenu.

Durée d'hébergement et orientation :



L'année 2011 confirme la tendance des années précédentes à savoir une augmentation sensible du temps de prise en charge au sein du service.

Cette augmentation correspond à l'application du principe de continuité mis en place au sein de la structure.



En 2011, c'est presque un quart des personnes accueillies qui s'orienteront à la sortie de notre structure vers un hébergement adapté ou un logement pérenne comme un appartement associatif ou de coordination thérapeutique, une place en Maison relais ou un appartement autonome. Les orientations en Centre d'hébergement sont encore trop nombreuses malgré un travail de partenariat important. Elles viennent souligner la nécessité de continuer à favoriser l'émergence de services adaptés au public spécifique accueilli au sein du service Eranne afin de palier des solutions transitoires aboutissant la plupart du temps à des hospitalisations.

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 part 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.

Le démarrage d'une prise en charge dans les trois premiers mois.

Monsieur L est un jeune homme d'une trentaine d'années, suivi en psychiatrie depuis 13 mois, d'abord en intra, puis en extra.

On apprend du psychiatre référant qu'il a été hospitalisé suite à un premier épisode de décompensation thymique.

Son hospitalisation a duré quatre mois. Depuis sa sortie de l'hôpital, Monsieur est suivi régulièrement au CMP, avec une bonne compliance au traitement.

Le psychiatre précise que son état psychique, bien que stabilisé, reste pour le moment trop fragile pour s'engager dans un projet d'insertion professionnelle.

Monsieur est en arrêt maladie depuis son hospitalisation, cela fait 14 mois.

L'assistante sociale présente monsieur L comme « un jeune homme sans problème ».

Avant son hospitalisation, il était serveur dans un bar et marié depuis 2 ans.

Sa décompensation a été très mal vécue par son épouse, suivie également dans le même CMP.

Elle demande une séparation dès le début des troubles chez Monsieur et engage ensuite une procédure de divorce pour faute, centré sur la maladie de son époux.

Cette dégradation dans la relation de couple et l'abandon par son épouse ont fragilisé d'avantage monsieur L. Il a d'abord du mal à accepter la situation et s'oppose à la demande de divorce.

Outre la décomposition de son couple, Monsieur rencontre des difficultés avec son ancien employeur, qui essaie de lui escroquer une démission et tarde à fournir les papiers nécessaires à la CPAM.

Ceci retarde considérablement le versement de ses indemnités journalières. Ce retard entraîne une dégradation de la situation financière de monsieur L et le met dans une grande précarité.

Monsieur doit quitter le domicile conjugal la semaine qui suit notre entretien de pré-admission, dans le cadre de la procédure de divorce et par une décision de justice.

Il n'a aucune solution d'hébergement, n'ayant pas de famille en France.

Il risque la rue.

Entretien d'évaluation

Monsieur L arrive à l'heure à son rendez vous. Il a l'air jeune pour son âge. Souriant, d'un sourire triste, il me donne l'impression d'un jeune enfant immature, qui montre à sa maman tous ses maux sans distinction (psychiques, médicaux, sociaux et juridiques).

Il est soulagé d'apprendre qu'il pourra bénéficier ici d'entretiens hebdomadaire et verbaliser son besoins de soutien. Il dit : « *Je serai déjà mort (suicidé) si je n'avais pas eu le soutien de l'équipe du CMP* ».

Il présente un tableau dépressif. Il se plaint de manque d'énergie, de manque de désir et d'une grande fatigue.

Il me dit : « *Si je gagnais un million d'euros, je ne saurais quoi faire puisque rien ne me fait plaisir, rien ne m'intéresse* ».

Il a perdu l'appétit et maigri de 10 kilo depuis le début des troubles et souffre également de problèmes de sommeil.

Il est réveillé fréquemment la nuit par des douleurs aux lombaires qui ont commencé pendant l'hospitalisation en psychiatrie.

Il se plaint d'une grande angoisse et d'une grande tension sentie dans son corps.

Ceci amène le psychiatre à lui proposer des séances de relaxation avec la psychomotricienne du CMP.

Il y a une altération et une dégradation du fonctionnement social et professionnel.

Monsieur craint de ne pas pouvoir se sortir de cette dépression et de ne plus jamais être comme avant.

Il ne se sent plus capable de rien et a peur d'une reprise du travail : « *Je n'y arriverais jamais* ». Il a peur des regards des autres, qui le verront changé, malade.

Il s'isole et évite tout contact social. Il a du mal à se concentrer.

Envahi par la tristesse, le désespoir et l'inquiétude du futur, il ne peut penser à rien d'autre. Sa pensée est prise dans ce ressassement incessant.

Il me dit : « j'ai tout perdu ; ma femme, mon travail, mon appartement, ma santé » et je pense qu'il a perdu également celui qu'il était, sa confiance en soi, en ses capacités.

Ce tableau dépressif arrive en deuxième lieu, après un épisode maniaque franc, à cause duquel il a été hospitalisé, à sa demande.

Monsieur L est né en Afrique du nord. Ses parents sont d'un niveau socio-économique élevé. Il rapporte de bonnes relations familiales.

Il arrive en France à l'âge de 18 ans avec le projet de faire des études, projet qui ne se réalise pas, faute de papiers en règle.

Il travaille au noir, d'abord sur les marchés puis dans la restauration. Monsieur est l'aîné d'une fratrie de trois garçons et il est le seul à ne pas avoir suivi d'études supérieures.

Plus tard il dira son regret et son sentiment d'avoir déçu le père.

La prise en charge

Monsieur est pris en charge par notre service quelques jours avant la date prévue de l'expulsion du domicile conjugal. Ainsi, une rupture d'hébergement et une précarisation supplémentaire ont été évitées.

Une chambre d'hôtel est mise à sa disposition. L'aménagement s'avère difficile. Monsieur L quitte le domicile conjugal pour s'installer à l'hôtel.

Cet aménagement vient inscrire dans le réel la séparation d'avec son épouse. S'en suit un sentiment de vide, une montée d'angoisse et une aggravation des symptômes dépressifs.

L'aménagement en hôtel social le met face à la dégradation de sa situation « *Je suis arrivé au plus bas* ». Le psychiatre procède à une augmentation du dosage de son traitement antidépresseur, neuroleptique et anxiolytique.

Il lui faut quelques semaines pour commencer à prendre ses marques. Il fait alors, à contre cœur, une domiciliation administrative (pour des personnes SDF), remplaçant l'adresse de son ancien domicile.

Mais il est toujours pris dans ses angoisses et ses ruminations incessantes, seul à l'hôtel, isolé et sans aucune activité ni contact social.

Dès que possible, j'explore avec lui son sentiment concernant la mise en place d'une activité occupationnelle pour lutter contre l'isolement dans lequel il s'enferme.

Monsieur est très hésitant. Il a peur du contact social.

Finalement, il se convainc et me dit : « *Je dois faire des efforts et essayer d'aller de l'avant* ».

En se concertant avec l'assistante sociale et le psychiatre référent, on convient de la mise en place graduelle d'activités ; d'abord la reprise des cours de Français à un rythme de 2 fois par semaine.

Une fois commencé, monsieur L apprécie cette ouverture et dit que cela l'aide à sortir pour quelques heures de ses préoccupations. Il me parle pour la première fois du plaisir à rencontrer et à parler avec d'autres personnes.

Monsieur a un très bon niveau de français à l'oral mais il a des difficultés considérables à l'écrit depuis l'enfance.

Ces cours des français s'inscrivent aussi dans une perspective d'évolution professionnelle. Il s'investi dans cette démarche puis rejoint un groupe bimensuel de sorties culturelles, organisées par le CMP.

Ces sorties sont suivies par des échanges et par un contact social autour de discussions en groupe sur les films ou sur les pièces de théâtre vus.

Cette activité lui plaît également. Il devient moins phobique concernant le contact social.

Plus tard un projet de stage professionnel, dans un milieu protégé, sera constitué avec l'assistante sociale pour aider Monsieur à reprendre confiance en lui avant d'affronter le marché du travail.

Pendant nos rendez-vous, il aborde les relations avec sa femme. Il entame un travail de deuil. Il parle de leur rencontre au café où il a travaillé comme serveur.

Une femme française, plus âgée que lui, l'aborde. Il est flatté. Monsieur L l'héberge chez lui puis ils se marient.

Peu après, son épouse commence à avoir des crises de jalousie. Elle se présente à son travail pour le surveiller. Monsieur travaille 12 heures par jour puis continu avec des disputes à la maison jusqu'au petit matin.

Les relations se dégradent et Monsieur arrive à un état d'épuisement majeur.

Après sa décompensation sa femme ne vient pas le voir à l'hôpital. Il apprendra par la suite qu'elle a fait une demande d'HDT le concernant.

A son retour chez lui, il se trouve sans revenus. Sa femme refuse de le nourrir et demande qu'il quitte l'appartement.

Elle entame peu après une procédure de divorce pour faute dans laquelle elle le présente comme schizophrène, violent, alcoolique. Elle dépose des mains courantes au commissariat de police.

Durant nos entretiens, monsieur L commence graduellement à voir les failles de leur relations et à se dire qu'un tel rejet et qu'un tel manque de soutien de la part de sa femme lors de l'éclatement de sa maladie le déçoivent. Ce n'est pas la relation de couple qu'il souhaiterait. Il commence donc à accepter la séparation et à vouloir se défendre dans la procédure de divorce pour faute entamé par sa femme. Elle exige d'avoir tous leurs biens et demande aussi des dommages et intérêts.

Sur le plan social l'assistante sociale du CMP intervient sur la recherche de solution d'hébergement. Des demandes de foyers ADOMA et une demande de DAHO ont été faites. Les demandes d'AAH et de RQTH ne sont pas envisagées. Les différents référents pensent que monsieur L, malgré l'intensité et la durée de ses troubles actuels, possède les capacités pour se rétablir.

La décision est donc de ne pas solliciter les circuits du handicap. L'assistante sociale soutien et aide concrètement monsieur L dans ses démarches concernant la procédure du divorce.

Monsieur, lors de nos rendez vous hebdomadaires, commence à aborder l'expérience traumatique de sa décompensation maniaque puis le trauma de l'hospitalisation.

Pour lui, tout allait bien jusqu'à ce moment où il est tombé malade. La survenue de l'épisode maniaque est vécue comme quelque chose d'incompréhensible.

Cette incompréhension le met dans l'angoisse et dans la crainte d'une rechute.

Il a peur également que cela arrive sans qu'il puisse identifier l'excès maniaque, comme tel. Il exprime sa curiosité et sa volonté à comprendre le pourquoi de cet épisode.

Il s'engage dans cette auto-interrogation.

Il décrit la décompensation maniaque ; il était dans un état d'excitation et d'hyperactivité sans sommeil : « J'allais à 100 à l'heure ». Puis, il s'engage dans des projets « *J'allais signer l'achat d'un local pour ouvrir mon restaurant* ».

Mais, me dit-il « *Je n'étais pas dans la réalité. Je n'avais ni l'argent ni les compétences* », « *J'ai liquidé mes économies en faisant des dépenses* »

Il achète une bague pour sa femme (réparation maniaque?) et une moto pour lui : « *J'allais très vite en moto. Je suis tombé, mais je n'avais pas des sensations de douleur. J'ai eu une altercation avec des gens qui ont essayé de voler ma moto et j'avais peur de mon envie de me battre avec eux et de leur faire mal. Je me suis senti étranger à moi-même et j'ai fini par aller au commissariat de police pour demander qu'il m'emmène voir un psychiatre* ».

Les policiers l'amènent à l'hôpital psychiatrique où il restera durant quatre mois, contre sa volonté et à la demande d'un tiers.

La décompensation maniaque arrive peu après son retour d'une visite effectuée dans son pays natal. Il s'effondre et ne peut pas s'arrêter de pleurer.

Puis l'épisode maniaque éclate.

Freud qualifie l'excès maniaque comme une tentative d'échappement à la mélancolie. M. Klein, dans The psychogenesis of maniac-depressive states (1935) et dans Mourning and its relation to maniac-depressive states (1940) ajoute que l'excès maniaque est une tentative d'échapper à la mélancolie mais aussi à la paranoïa. Le mécanisme primordial de l'excès maniaque, selon Klein, est le déni et tout d'abord le déni de la réalité psychique.

Il aborde également la peur de récurrence maniaque, de ne pas pouvoir la reconnaître et de ce fait de courir le risque de se faire mal et de faire mal à son entourage. Il aborde le sujet avec son psychiatre, qui lui recommande d'être attentif aux retours de son entourage.

La date du rendez-vous avec le juge des affaires familiales approche et donc la date du prononcé du divorce. Ses problèmes somatiques s'aggravent, de sorte qu'ils deviennent ses seules préoccupations.

Il n'arrive pas à préparer le dossier de divorce que son avocat lui demande. Il arrête les activités mises en place.

Je me demande alors si cette décompensation somatique est une réaction au divorce qu'il n'arrive pas à aborder sur le plan psychique. Monsieur a des crises aiguës de douleurs lombaires.

Il n'arrive pas à vider sa vessie. Les médicaments contre la douleur n'ont plus aucun effet.

Il ne dort plus, transporté à plusieurs reprises de nuit à l'hôpital où on le sonde pour vider sa vessie. De nombreuses investigations médicales comme l'échographie, l'urétrocystographie et l'IRM montrent que le problème de sténose est fonctionnel et non pas anatomique.

Le médecin conclut qu'il s'agit plutôt d'une hypertonie sphinctérienne que d'une anomalie anatomique et prescrit l'auto-sondage pour vider mécaniquement la vessie.

Le geste d'auto-sondage est très douloureux. Les douleurs s'accroissent.

Monsieur appelle sa mère et demande qu'elle vienne en France.

Je m'interroge : Peut-on parler de ce trouble, de cette nouvelle décompensation en termes de somatisation? Signifie-t-il que le fonctionnement de Monsieur L est trop opératoire et qu'il a

beaucoup du mal à mentaliser? Peut-on attribuer une signification psychique à ses troubles somatiques?

Selon M. Klein les mouvements sadiques primitifs prennent forme par des fantasmes d'uriner et de déféquer dans l'objet.

Est ce qu'on peut comprendre l'impossibilité d'uriner, induite par le control sphinctérien, comme la rétention et le control sur l'agressivité ? Contrôler de crainte d'abîmer et de détruire l'objet (comme cela a été le cas dans l'excès maniaque) ?

Dans la mélancolie, selon Karl Abraham, le mouvement haineux, projeté d'abord sur l'objet, est retourné sur le moi. Les symptômes somatiques suivent le même mouvement.

Monsieur n'arrive pas à vider sa vessie c'est-à-dire qu'il n'arrive pas à se débarrasser des produits toxiques en les évacuant. Il garde le poison à l'intérieur de lui, au risque d'abîmer ses reins.

On peut émettre aussi l'hypothèse que le début d'amélioration senti par L a été mal toléré, en raison de son sentiment de culpabilité.

De toute façon, la priorité est à panser d'abord ses blessures avant de penser avec lui sa maladie.