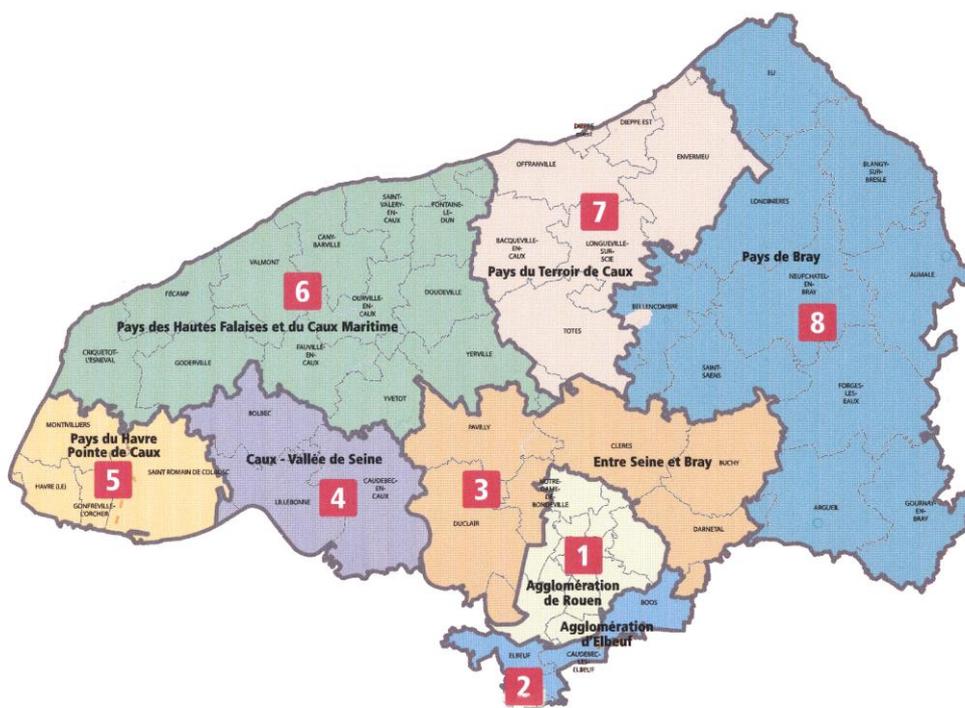


inS_{er} Santé

13 Rue de la Corderie
76190 YVETOT
inser.sante@wanadoo.fr

RAPPORT D'ACTIVITE 2016

Assemblée générale du 25 avril 2017



Financée par :



Agence Régionale de Santé
CUCS de Dieppe,
CUCS de Fécamp,
MILDT
FSE
MSA



SOMMAIRE :

PREAMBULE	3
------------------------	----------

I - DES HOMMES ET DES FEMMES INVESTIS DANS INSER SANTE

A. ORGANISATION

1. Le Conseil d'Administration.....	4
2. Le siège.....	4
3. Les antennes	6

B. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTES AVEC L'ALCOOL

1. Parcours de soins et parcours d'insertion : parallèles...ou pas ?	9
2. Un public parfois loin de l'employabilité mais avide de liens sociaux.....	9
3. L'approche collective.....	10

C. LE RELAIS D'AIDE ET D'ECOUTE PSYCHOLOGIQUE

1. Lever les freins à l'insertion en apaisant les souffrances psychologiques....	11
2. L'accompagnement dans le cadre du dispositif « A.P.S.P. ».....	13

D. UNE ACTION COMPLEMENTAIRE : LA FORMATION

1. Les actions d'information auprès des jeunes et la formation des acteurs sociaux.....	13
2. Un nouvel axe : addiction et santé communautaire.....	14

II. ELEMENTS RELATIFS A L'ACTIVITE

A.LES RESULTATS QUANTITATIFS

1. Les accompagnements A.P.D.A.	15
2. Les accompagnements R.A.E.P.....	20

B. LES RESULTATS QUALITATIFS

1. APDA : récit d'un accompagnement et processus de reprise d'autonomie.....	24
2. RAEP : la pratique du RAEP et le respect du temps psychique.....	31

III. LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET EN RESEAU

A. LE TRAVAIL PARTENARIAL FORMALISE	39
--	-----------

B. LE TRAVAIL EN RESEAU NON FORMALISE	40
--	-----------

Inser santé a répondu en 2016 aux missions qui lui sont confiées en tant qu'association d'insertion, depuis plus de 25 ans. Il s'agit avant tout d'une mission d'accompagnement des bénéficiaires du R.S.A. lorsque des soucis de santé font frein à l'insertion ; de fait cela a entraîné l'association dans la prévention en santé mentale, c'est la raison pour laquelle les élus départementaux nous recommandent de rééquilibrer nos financements entre le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé. **Tous les jours, et en parallèle à d'autres actions d'insertion, nous travaillons sur la santé et le mieux-être de personnes qui ont souvent et trop longtemps négligé leur santé.**

Une fois définis les objectifs dans différents programmes d'accompagnement de personnes orientées par divers acteurs de première ligne (assistants sociaux, référents insertion des C.C.A.S, infirmiers de liaison), tout un travail reste à faire. Ce sont les actions qui consistent à *aller vers* les personnes en souffrance, les aider à **prendre conscience de leur état de santé au sens le plus large possible**, les convaincre qu'un mieux-être est possible, de les aider à se comprendre elles-mêmes et à comprendre l'intérêt des soins, de la projection vers un futur ; c'est expliquer les étapes à franchir, des démarches à effectuer, les risques à éviter, des habitudes à changer, ou orienter vers des services spécialisés.

Ensuite, il en va de **la mobilisation** de la personne aidée elle-même, qui pourra modifier les conditions de vie, parfois pour un logement plus adapté, parfois pour « une autre place » à prendre dans sa famille, parfois pour accepter un nouveau « statut » social (par exemple travailleur handicapé), ou encore pour réduire des consommations et le faire en régulant les effets sur le corps et le psychisme.

Cela prend du temps, **c'est un vrai « parcours »** selon l'expression consacrée aujourd'hui dans toutes les directives ou appels à projets.

C'est la raison pour laquelle, en équipe, nous cherchons à saisir au mieux l'évolution des politiques nationales ou locales visant à réduire les inégalités face aux soins ou face à l'emploi, d'en comprendre la quintessence, pour cerner ce qui est attendu d'une association comme INSERSANTE.

Nous avons été hélas contraints de redéployer nos forces avec des moyens réduits – maîtrise de la dépense publique oblige – pour continuer, d'assurer au mieux ces services sur toute la Seine-Maritime. En 2016 nous avons perdu 3 postes, un cadre socio-éducatif et deux psychologues. Cela rend les choses compliquées car les accompagnements sont mis en œuvre avec un encadrement technique restreint et dans des calendriers de plus en plus contraints.

Dans ce travail, **pourtant la notion du temps est essentielle**. Comme il faut du temps pour socialiser un enfant, pour s'intégrer à un groupe, une cité, pour l'apprentissage à un métier, du temps pour trouver un emploi, il faut également du temps pour se regarder vivre, prendre conscience des blessures de son histoire de vie et oser une aventure nouvelle, retrouver un équilibre quand il a été rompu par la maladie, des ruptures, des violences ou un licenciement.....

Chacun trouve les moyens de survivre à ces crises : mise en retrait, somatisation, conduites à risques ou au contraire médiation, thérapie, reconversion, déménagement... tous ces moyens sont ceux que chaque individu saisit avec plus ou moins de sérénité pour « négocier » le changement , pour oser l'appel du large, la reconversion, l'amélioration de son statut, oser aussi de nouvelles rencontres. Plus l'enjeu est fort, plus il faut du temps pour mobiliser ses forces, agir, faire sa place autrement, accepter aussi les modifications corporelles qui vont de pair avec un processus de vieillissement.

C'est pourquoi, cette année, j'ai choisi de mettre l'accent sur le rapport au temps des personnes accompagnées et ai demandé aux équipes de s'exprimer sur cette donnée essentielle en action sociale ou médico-sociale.

Comment accompagner l'insertion dans une temporalité adaptée à ce que Malraux nommait la condition humaine ?

Car, outre la fonction de rendre compte de notre activité, selon des indicateurs stables qui permettent la comparaison et le bilan chiffré de nos accompagnements, ce rapport d'activité a aussi la fonction de nous faire réfléchir aux dimensions plus cachées de notre action.

Bonne lecture à tous.

I - DES HOMMES ET DES FEMMES INVESTIS DANS L'ASSOCIATION

A. ORGANISATION

1) Le conseil d'Administration

Le conseil d'administration est composé comme suit :

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| - Claude BELLIN | - Philippe MONNIER |
| - Huguette DENISE | - Françoise CURDEL |
| - Stéphane EYRIGNOUX | - Marie Claire GAUDU |
| - Françoise FLORINDA | - Nadine RABAEY |
| - Michèle DEMARES | - Bénédicte DEVILLERS |
| - Eric MABY | - Guy BAGLAND |
| - Fouad HAWATT | - Ghislaine LACAILLE |

Parmi les administrateurs, 6 membres constituant le bureau se réunissent une fois par mois pour échanger avec la directrice et souvent la responsable administrative et financière, de manière à prendre certaines décisions importantes liées à l'activité (emprunt, recrutement, nouvelle convention de partenariat,..) ; les orientations générales et stratégiques, quant à elles, sont fixées par le C.A. (nouvelles activités, adhésion à une fédération,...).

La force d'INSER SANTE est de bénéficier de compétences différentes au sein de son C.A. mais toujours des compétences en lien avec l'action sanitaire et sociale, les personnes ayant ou ayant eu elles-mêmes une expérience professionnelle dans l'insertion, et/ou l'encadrement d'équipes.

Une fois par an, les administrateurs échangent avec les salariés à propos du cadre des actions et de l'évolution des pratiques professionnelles.

2) Le siège

Le siège d'INSER SANTE est situé à Yvetot, 13 rue de la Corderie. Cette implantation au milieu du département, stable, permet à de nombreux acteurs d'identifier l'association et de créer des relations de proximité pour l'entreprise sociale et solidaire que nous sommes.

Yvetot est un siège administratif et c'est aussi le lieu des échanges.

Le siège est administratif parce que c'est là que sont recentrés tous les appels téléphoniques, le secrétariat, la comptabilité et les fonctions ressources (assistance informatique, logistique, GRH). Ces fonctions ont été assurées en 2016 par :

Sabrina BUREY,

Chloé DEBRAY,

Sophie DUFLOS,

Murielle PASQUIER,

encadrées par Fanny PERSIDAT, qui anime chaque semaine un temps de travail pour permettre la circulation des informations administratives, améliorer les procédures, recenser les sollicitations extérieures, planifier les activités qui supposent une préparation administrative et financière (bilans et statistiques, appels à projets,...).

Le siège, c'est également le lieu ressources pour tous les salariés : gestion du parc voitures, informations sur les droits et des obligations (en référence à la convention collective dont le syndicat employeurs signataire est NEXEM depuis 2016); c'est aussi le lieu des ajustements des fonctionnements et de la planification, la création d'outils de communication ou d'outils pédagogiques,...

Enfin, le siège d'Yvetot c'est le lieu d'écoute et d'encadrement technique, le lieu des réunions de service, des réunions du droit d'expression, des réunions thématiques, des concertations entre praticiens.

Seule la supervision est excentrée puisque les deux équipes se retrouvent chacune une fois par mois à Maromme, chacun des deux groupes ayant « son » superviseur, recrutés en 2016 suite au départ du superviseur précédent qui accompagnait les deux équipes.

En 2016, l'équipe du siège a connu plusieurs évolutions. D'une part l'arrivée de Sophie DUFLOS dont l'activité était centrée sur l'adéquation de notre base de données pour un traitement qui permette d'instruire le logiciel « ma-démarche-FSE » (financement Europe).

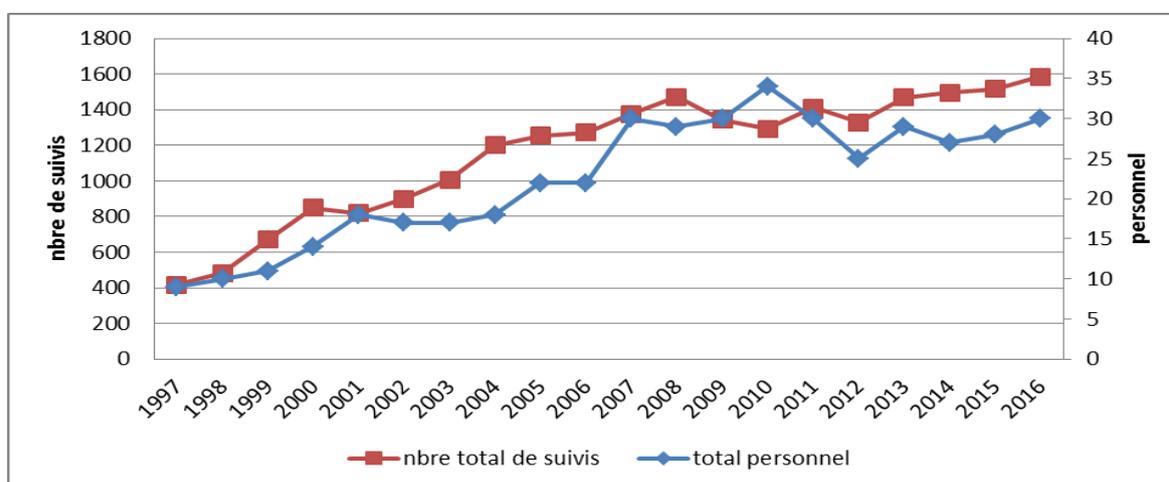
D'autre part le départ de Jean-Sébastien CAPON, en fin d'année, licencié pour raison économique après l'annonce des nouvelles baisses de la convention avec le Département.

A partir de là, une nouvelle organisation se prépare avec un seul cadre technique pour les deux services et une répartition des territoires qui s'inspirera de l'organisation de l'action sociale dont le Département est le chef de file.

Il est important qu' YVETOT reste le lieu des croisements des salariés, le lieu des échanges, face au risque d'isolement parfois des travailleurs sociaux comme des psychologues qui sont de fait dispersés sur le territoire. En effet, INSER SANTE revendique en même temps une approche du travail quotidien « au plus près des publics », laquelle suppose pour les professionnels de terrain une autonomie et une capacité à prendre les initiatives nécessaires à la conduite des actions en toute sérénité. Pour pallier cette forme de solitude, un lien quasi permanent existe par le biais des téléphones et ordinateurs portables dont chacun est doté, et qui contribuent évidemment à l'évolution de nos pratiques.

Organisation et moyens humains

Effectifs des salariés au 31 décembre 2016



3) Les antennes

En 2016 l'U.R.S.S.A.F. a considéré que chaque local (loué pour accueillir ponctuellement des publics ou permettre aux professionnels de se poser pour organiser leur travail sur leur secteur d'intervention) constituait une *antenne* au sens du droit des entreprises.

Ces antennes sont donc implantées à ce jour ainsi :

BARENTIN - ELBEUF- FORGES les EAUX – MAROMME - LE HAVRE - FECAMP - DIEPPE

Vu ce que l'on considère comme important, les antennes restent des lieux de déconcentration de l'activité et répondent au seul souci d'organisation (réduction des temps de transports des professionnels de terrain) mais la pratique nécessite une harmonisation et une référence permanente aux missions communes et règlement intérieur unique.

Antenne d'Yvetot

Intervenante sociale en alcoologie

✘ *Maryline DUPIN* 02.35.95.27.05 ou 06.85.66.44.91
(*Angélique LEBOURG* pendant le remplacement maladie de *Me DUPIN*)

Psychologue

✘ *Patricia CNOCQUART* 02.35.95.27.05 ou 06.74.79.64.20 (80%)

Antenne de Fécamp

Intervenants sociaux en alcoologie

✘ *Bruno THUNE* 02.35.29.54.79 ou 06.88.05.35.65
✘ *Emilie DUCASTEL* 02.35.29.54.79 ou 06.78.80.97.90

Psychologue :

✘ *Gaëlle BUGEAC* 02.35.29.80.73 ou 06.77.55.91.56 (50%)

Antenne d'Elbeuf

Intervenante sociale en alcoologie

✘ *Claire SAUMADE* 06.73.41.30.16

Antenne de Barentin

Intervenant social en alcoologie

✘ *Samir HERIDA* 02.35.32.15.94 ou 06.85.66.45.01

Psychologue

✘ *Juliette GAMICHON* 02.35.32.31.03. ou 06.72.72.19.82

Antenne de Maromme

Intervenant social en alcoologie

✘ *Samir HERIDA* 02.35.33.34.53 ou 06.85.66.45.01

Psychologue

✘ *Patrick QUATRESOUS* 02.35.75.00.25 ou 06.74.79.64.10
(remplacé durant son absence par *M. Claude HARIEL*)

Antenne du Havre

Intervenante sociale en alcoologie

✘ Emma BOUTIN 02.35.21.48.37 ou 06.81.55.44.12

Psychologues

✘ Gwladys HANIN 02.35.21.47.68 ou 06.71.86.22.27
✘ Elodie DUPONT 06.76.62.49.07 (50%)

Antenne de Dieppe/ Cany-Barville/ St Valéry en Caux

Intervenante sociale en alcoologie

✘ Christine MEUNIER 02.35.40.10.06 ou 06.71.92.55.45
✘ Régis MICHELOT 06.08.62.58.89

Psychologues

✘ Peggy BOUCHER 06.89.23.17.26
✘ Juliette GAMICHON 02.35.84.11.71. ou 06.72.72.19.82

Antenne de Forges-les-Eaux /Neufchâtel en Bray

Intervenante sociale en alcoologie

✘ Virginie CABOT 02.35.90.54.38 ou 06.88.05.35.51.

Psychologue

✘ Odile GAY 06.30.17.63.23 (50%)

Antenne de Rouen

Intervenants sociaux en alcoologie

✘ Gilles DELABIE 02.35.71.17.39 ou 06.32.82.84.76
✘ Mélanie BREQUIGNY 02.35.71.17.39 ou 06.48.91.08.10

Psychologues

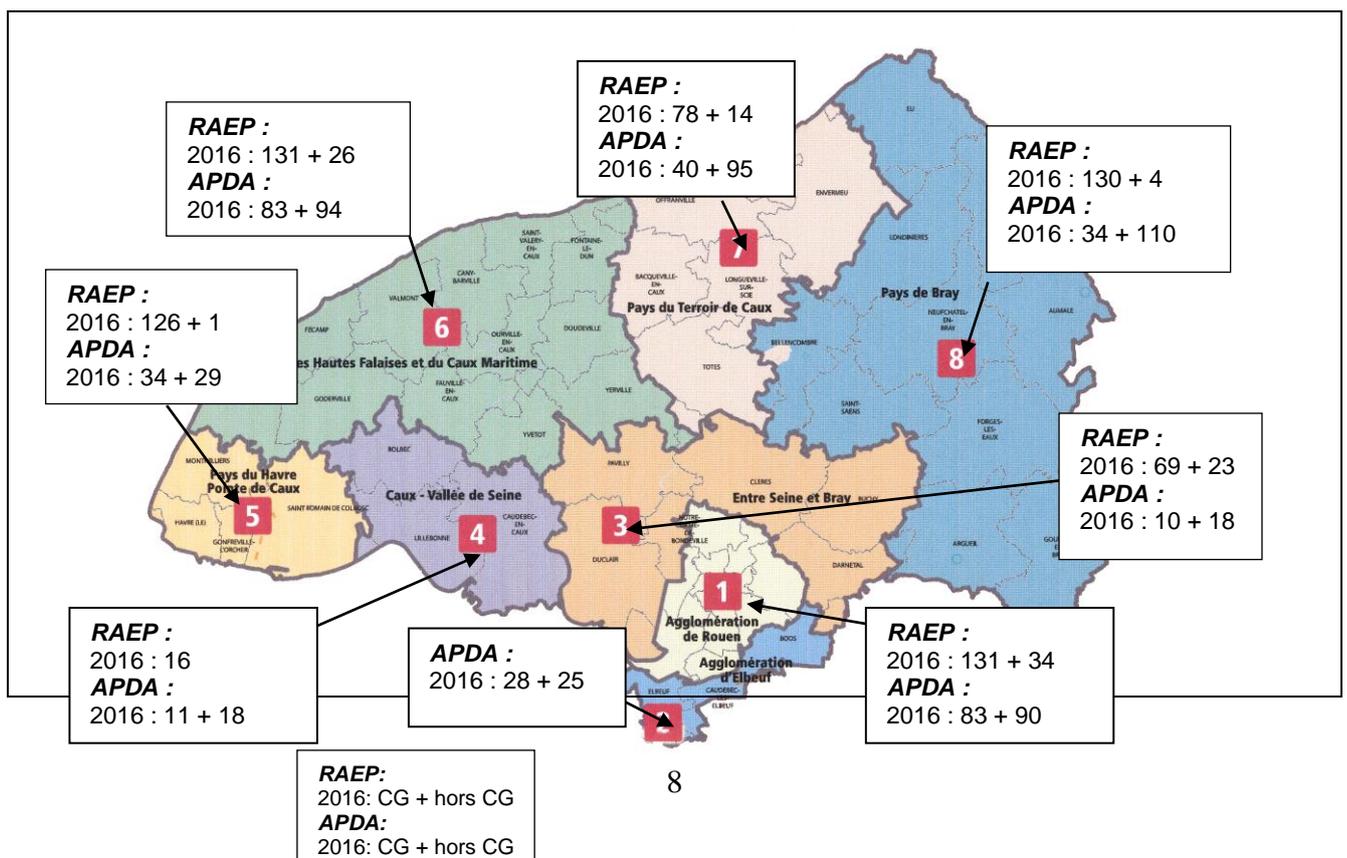
✘ Muriel QUENOT 02.32.08.48.91
(remplacée durant son absence par Mme Elodie DUPONT)
✘ Christelle POLLEFOORT 06.31.33.94.49

En 2016, l'association Inser Santé a accompagné **1585 personnes**, dont :

- ✗ **802 personnes dans l'action Accompagnement des Personnes en Difficulté avec l'Alcool**
- ✗ **783 personnes dans l'action Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique**

INSER SANTE est donc une association présente sur tout le département. Elle est organisée à partir du siège, à Yvetot, et des antennes situées comme l'indique la carte. Il y a au moins deux raisons à cette implantation :

- La proximité des équipes par rapport aux bénéficiaires est liée au mode d'action : visites à domicile, notion de travailleur social référent en A.P.D.A, entretiens réguliers une ou deux fois /mois avec le psychologue du R.A.E.P,... en limitant les problèmes de mobilité et de coût des transports pour les bénéficiaires.
- Cela a aussi pour intérêt de favoriser un partenariat maximum avec les acteurs de l'action sanitaire et sociale (C.S.A.P.A, C.M.P.P., médecins généralistes, hôpitaux locaux, centres sociaux, services sociaux, éducatifs, services d'aide à la personne, points info famille, C.L.I.C.,...) ainsi que les liens avec les personnes ressources du territoire et les associations de solidarité (épicerie sociale, Croix-Rouge, associations néphalistes, sophrologues,...).
- En 2016 la carte des territoires a été « mise en discussion avec les services Insertion du Département dans le cadre de la préparation de la convention 2017-2019. INSER SANTE s'est engagée à se caler au maximum dans une dynamique d'action sociale territorialisée (par U.T.A.S). L'organisation en 5 U.T.A.S. a été annoncée mais ne sera effective qu'en juin 2017. Au demeurant INSER SANTE tente d'adapter son fonctionnement de manière à optimiser les relations partenariales. Il est important en effet que chaque équipe puisse connaître les services de la polyvalence de secteur et intervenants sociaux des C.C.A.S, les structures du territoire, en particulier les chantiers d'insertion, les organismes de formation, les bailleurs sociaux, les associations de tutelle... Il est préférable aussi que les personnes qui orientent (assistants sociaux, référents insertion, coordinateurs des chantiers) puissent nommer et visualiser les salariés d'INSER SANTE sur chaque antenne pour humaniser les logiques interinstitutionnelles. Ceci est très rassurant pour les personnes orientées d'un service à l'autre.



B. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL

1- Parcours de soins et parcours d'insertion : parallèles ...ou pas ?

Il est toujours compliqué de savoir si la consommation d'alcool freine l'insertion professionnelle ou si c'est faute d'emploi justement que la consommation d'alcool augmente chez certains sujets. Car il n'est pas rare que des personnes nous rappellent qu'avant d'en arriver là, elles avaient un métier, un travail, « une vie normale » et que l'alcool est arrivé comme un anti déresseur face à une situation sociale insupportable : insupportable pour l'individu, pour sa famille. Certes des personnes ont d'autres « raisons » de s'alcooliser et certaines personnes maîtrisent leur consommation de manière à la rendre compatible avec leur travail.

Il est prudent de rappeler la diversité des situations pour ne pas amalgamer tous ces phénomènes qui tantôt sont des causes tantôt des effets, même si la dépendance, elle, devient vite problématique dans le processus d'insertion. Car c'est plutôt la dépendance (ou encore *la consommation à risques* dans l'échelle utilisée par les alcoologues) qui isole et qui abîme tellement le corps et le cerveau qu'il faut alors reprendre ce parcours par étapes : soins, consolidation des relations et des comportements, recherche d'activité « sociale », si possible de travail (avec phase de formation si une reconversion s'impose).

Il arrive aussi qu'une personne ait besoin d'une petite dose d'alcool à l'aube d'une reprise de travail tellement la peur de ne pas faire face à un nouvel emploi, après des années de chômage, est présente.

Il est important pour les accompagnateurs de considérer tous ces éléments dans une analyse la plus individualisée possible de manière à être présent et réceptif, dans la relation d'aide à toutes les étapes depuis le moment où la personne met des mots sur ses alcoolisations jusqu'aux reprises de liens, d'activité (emploi salarié ou activité d'intérêt général, rechutes éventuelles, reprise de contact,...).

L'accompagnateur a une posture qui ressemble à celle d'un médecin qui n'abandonne pas son patient atteint de telle ou telle pathologie, sous prétexte d'une proposition de soins, mais qui l'écoute à chaque phase, en prenant en compte son contexte de vie et qui l'aide à composer avec ce besoin d'écarter la maladie ou de l'apprivoiser, selon la place qu'elle occupe ou le stade de rémission plus ou moins long de celle-ci.

Dans tous les cas un effort est mené pour maintenir l'insertion sociale, quelque soient les aléas de l'insertion professionnelle qui elle dépend de tellement de facteurs extérieurs au sujet.

2. Un public parfois loin de l'employabilité mais avide de liens sociaux

Pour favoriser l'insertion sociale plusieurs dimensions sont travaillées lors des accompagnements A.P.D.A.

- Le repérage dans l'espace et le temps et la mobilité

En 2016 nous avons participé à une étude approfondie des questions de mobilité sur les U.T.A.S. 7 et 8, étude initiée par les services du Département, de l'.U.D.A.F., et autres partenaires

Plus généralement, il n'est pas rare qu'un intervenant social apprenne à un bénéficiaire à prendre un bus pour se rendre à une consultation, une institution, un chantier d'insertion,...

- L'expression des désirs et des possibilités de la personne pour **intégrer un groupe** tel que centre social, association sportive, G.E.M, jardins familiaux, association de solidarité,...

Ce travail suppose que la personne s'autorise à pratiquer une activité de loisirs par exemple, ce qui n'est pas dans la culture de tous ou alors cela représente un vrai effort de resocialisation après des années de repli sur soi.

- **La reprise des liens familiaux** : une trentaine de situations concernaient des parents dont la majorité n'assument plus ou que partiellement leurs responsabilités parentales. Ce travail de restauration des liens se fait toujours en partenariat avec des professionnels en charge des difficultés familiales (services d'assistance éducative en milieu ouvert, assistants sociaux de secteur, centre d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales, maisons d'enfants à caractère social,...). Entamer une démarche de soins ou une démarche thérapeutique est un préalable à la reprise des liens mais surtout à la possibilité de retrouver des relations de qualité, apaisées. Les alliés des autres membres de la famille sont souvent avides de pouvoir expliquer aux enfants par exemple ce que papa ou maman met en place pour imaginer de nouvelles relations.
- Pour d'autres, la reprise des liens sociaux passera par la participation régulière à des activités collectives organisées par les intervenants sociaux eux-mêmes.

3. L'approche collective

Les actions collectives sont un outil particulièrement intéressant dans l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. Ces éléments participent à l'étayement psychosocial des personnes accompagnées en favorisant leur motivation à sortir de leur processus addictif. Les actions permettent principalement de travailler les points suivants :

- La gestion de l'abstinence et réduction des risques
- Le processus de socialisation dans un groupe de pairs
- L'estime de soi

Nous avons deux types de groupes :

Les groupes fermés comme le groupe femme sur Dieppe qui n'est volontairement pas mixte afin de permettre un travail également lié aux spécificités des conduites addictives. Ce travail a pris appui sur le partage d'un repas de la conception à la fabrication et bien sûr à la dégustation. Les femmes participantes y sont valorisées, responsabilisées et peuvent ainsi libérer leur parole.

Les groupes ouverts sont souvent mixtes, issus de suivis provenant de territoires différents. Il s'agit souvent de sorties culturelles ; en ce sens nous adhérons à l'association « Culture du cœur ».

Avec la mobilisation d'un stagiaire Educateur, nous avons réalisé également une action collective plus expérimentale afin de préparer des publics confrontés à des souffrances psychologiques, à pouvoir intégrer un Groupe d'Entre-Aide Mutuelle. Cette action montre combien il est important de pouvoir donner la possibilité à des personnes de renouer avec leur citoyenneté et leur capacité à agir en autonomie. Un des objectifs est de permettre à ces publics spécifiques de s'inscrire dans une démarche d'intégration d'un GEM, à terme.

Chaque action fait l'objet d'une réflexion en équipe d'intervenants sociaux, de la rédaction d'une fiche projet et d'un bilan

Actions menées en 2016	nombre de personnes et périodicité
Groupe femme / Dieppe	5 à 7 personnes une fois par mois
Petits déjeuner du vendredi / Elbeuf	De 3 à 8 personnes une fois toutes les 3 semaines
Sortie culturelle / sur le département Sortie pêche, sortie bord de mer, visite du site XXL à Rouen	De 8 à 20 personnes selon les sorties

Les conseillers techniques du Département comme ceux de l'Agence Régionale de Santé préconisent ce mode d'accompagnement social des publics en difficulté, qui devient un indicateur dans l'évaluation globale de nos actions.

En juillet 2016 par exemple, deux intervenants sociaux de l'antenne de Fécamp sont partis 5 jours dans un gîte en Belgique avec 6 bénéficiaires avec qui ils avaient monté ce projet de A à Z.

Pour les 6 personnes, l'expérience a été une grande première (franchir une frontière, vivre en groupe) et les liens tissés au fil de la préparation et pendant le séjour ont créé de vraies amitiés ou au moins des relations de qualité, respectueuses des personnalités et goûts de chacun.

- Pour d'autres encore le lien social se structure au sein d'une collectivité du fait d'un logement en résidence ou centre d'hébergement

Dans ces contextes le travail de l'accompagnateur social se fait autant avec le bénéficiaire qu'avec les acteurs de l'institution d'accueil puisqu'il s'agit d'analyser comment la personne est intégrée au groupe et l'aider à trouver sa place avec les autres, la cohabitation pouvant provoquer un effet miroir quant aux difficultés rencontrées.

Le but de cette action est de permettre à l'utilisateur de surmonter ses difficultés avec l'alcool, afin de favoriser sa réinscription dans une dynamique d'insertion globale et les objectifs précis sont :

- ✗ Amener la personne à identifier ses problèmes consécutifs à son mode d'alcoolisation,
- ✗ Permettre l'élaboration d'un projet de soins adapté et d'un nouveau projet de vie,
- ✗ Favoriser une meilleure prise en compte de la dimension santé dans ce nouvel équilibre de vie.

Prévenir, à défaut, l'accroissement d'une plus grande précarité ou d'une plus grande marginalisation des personnes exclues.

C.LE RELAIS D'AIDE ET D'ECOUTE PSYCHOLOGIQUE (R.A.E.P.)

1. Lever les freins à l'insertion en apaisant les souffrances psychologiques

Fondée sur la relation d'aide, l'intervention des psychologues se structure autour d'entretiens. Il s'agit:

- ✗ d'entretiens cliniques individuels réguliers
- ✗ ces entretiens se font soit dans nos antennes , soit par des RV lors de nos permanences dans les centres médicosociaux travail partenarial avec les services sociaux, CCAS, associations d'insertion,
- ✗ concertation avec des collègues des C.M.P.P. en vue d'orientation des personnes nécessitant un suivi à plus long terme.
- ✗ des études de besoins de structures partenaires (mission Locales, associations,...) qui souhaitent offrir un lieu d'écoute psychologique aux publics qu'elles accompagnent ou qui peuvent orienter les personnes vers le RAEP.

Pour l'action R.A.E.P l'organisation territoriale se croise avec une autre logique qui est la cohabitation de quatre associations : INSERACTION, A.H.A.P.S, ENSEMBLE et INSER SANTE. L'histoire explique en grande partie l'implantation des associations ici ou là sur le département ou sur certains cantons uniquement ; nous avons tenté toute l'année durant, - et malgré les baisses de financement annoncées au 4e trimestre-, de répartir les professionnels de manière à apporter des réponses sur tout le territoire.

Ainsi à Dieppe ou à Rouen INSERACTION et INSER SANTE co-agissent pour apporter des espaces un peu différents aux personnes en souffrance psychologique. INSER SANTE privilégie les soutiens psychologiques individuels alors qu'INSERACTION anime des groupes de parole ou des ateliers avec une socio-esthéticienne.

INSER SANTE malgré les petits effectifs multiplie les permanences de psychologues au sein de nombreux Centre-Médico-Sociaux pour se rapprocher des assistants sociaux souvent à l'origine de la mesure d'accompagnement. Ainsi l'aide « spécialisée » s'articule avec les autres formes d'aide en vue d'un mieux-être global (physique, psychique, meilleure qualification, relations familiales apaisées...).

Cette approche est très importante par exemple pour le soutien de femmes, ayant des enfants à charge car il n'est pas possible de mobiliser la personne vers une meilleure insertion sans prendre en compte les questions de santé globale (épuisement, pathologies spécifiques,..) , les contraintes éducatives, les soucis matériels,...

Si le rôle du psychologue est de permettre une écoute et un travail sur les troubles psychiques et également le lien entre les différentes fonctions auprès des proches et dans la vie sociale ou professionnelle, il est parfois utile de comprendre les interactions provoquées par les sollicitations des autres professionnels et d'en échanger avec eux : ici un dépistage alors que la personne est très angoissée par la peur de tomber malade, là une proposition pour une personne très stressée... le RAEP est alors une réponse complémentaire ou alternative aux réponses apportées par d'autres services (organisme de formation, groupe de parole du centre social,) ... Les permanences dans les mêmes locaux que les personnes qui orientent ont alors tout leur intérêt pour faciliter ces concertations.

L'Agence Régionale de la Santé quant à elle finance les 4 associations citées pour un programme « A.P.S.P » qui correspond à peu près à l'action d'insertion « R.A.E.P » mais centrée sur quelques communes, et cela par rapport à des indicateurs de santé relevés dans le diagnostic de l'Observatoire Régional de 2009.

En 2016, trois psychologues ont dû procéder par liste d'attente au vu du nombre d'orientations et d'accompagnements psychologiques nécessaires en particulier au Havre, à Neufchâtel en Bray tel, mais aussi au Trait,..

Notre réponse est évidemment insuffisante lorsqu'il n'y a pas possibilité de réorienter les personnes relevant d'une pathologie plus lourde (dépression, angoisses aiguës,...) faute de psychiatre et de places disponibles en C.M.P.P.

Ceci n'est pas sans effet sur la durée des accompagnements par les psychologues, bien que ceux-ci aient un rôle normalement de relais et d'écoute jusqu'à la possibilité pour la personne soit de réinvestir un parcours d'insertion soit de s'engager dans une thérapie de plus long terme lorsque son état de santé mentale le justifie.

4. L'accompagnement dans le cadre de l'A.P.S.P.

(Accompagnement des personnes en souffrance psychologique)

En 2016, 4 communes ont pu bénéficier de permanences d'une psychologue d'INSER SANTE au titre de l'A.P.S.P. : Maromme, Rouen, Oissel et Petit Quevilly, **soit 41 personnes orientées**. (13 hommes et 28 femmes)

Nous avons sollicité nos interlocuteurs de l'A.R.S. étonnés que seulement 4 communes puissent bénéficier de ce dispositif alors que d'autres, d'après nos statistiques regroupent davantage de personnes en grande souffrance et ce de façon régulière. De fait un nouveau diagnostic est en cours de traitement et nous devrions être ré interpellés prochainement sur des communes du milieu rural.

En effet, nombreux acteurs s'accordent à reconnaître la limite d'un diagnostic établi essentiellement sur la base de données médicales et hospitalières (nombres de suicides, nombre d'hospitalisations en urgence,...).

Certes la morbidité ou les troubles parfois difficiles à identifier mais qui s'apparentent à l'anxiété, la déprime, la mauvaise estime de soi, les inhibitions, les bouffées de mélancolie sont difficilement quantifiables, a fortiori commune par commune. Le constater est une chose, le mesurer en est une autre. Nous avons à cœur de participer à l'évaluation de ces problématiques avec nos partenaires A.R.S. en y intégrant un ensemble d'indices psychosociaux. Il reste que si les personnes sollicitent les professionnels (assistants sociaux, médecins, puéricultrices, permanents C.A.F./ M.S.A., C.M.P.P, ...)

Il est envisageable de prendre la mesure des problèmes évoqués ou de les préciser davantage, mais là où il y a moins d'interpellations parce que les personnes restent isolées en s'adaptant à leurs conditions de vie malgré des souffrances réelles, il devient compliqué d'évaluer les besoins. C'est pourquoi INSER SANTE, à travers moult concertations ou réunions partenariales a pu mettre en vant ce phénomène de repli ou refoulement des souffrances ici ou là : Vallée de Seine, Pays d'Yère, Pays de Bray, Barentin

D. UNE ACTION COMPLEMENTAIRE : LA FORMATION

1. Les actions d'information auprès des jeunes et la formation des acteurs sociaux

INSERSANTE est aussi organisme de formation agréé comme tel. Deux salariés sont formateurs qualifiés. Un groupe s'est donc constitué incluant six professionnels (psychologues et intervenants sociaux) prêts à s'investir avec eux dans cette activité.

L'audit mené en 2015 avait posé la formation comme axe de développement pour l'association. C'est donc un axe qui peut faire évoluer notre activité de façon sensible.

Toutefois, INSER SANTE souhaite avant tout continuer de travailler en réseau et faire bénéficier les professionnels du secteur social et médico-social de ses compétences acquises par l'expérience en addictologie.

C'est pourquoi, outre des demandes de formations ponctuelles, et co-construites avec l'institution qui nous sollicite (ex : Lycée professionnel du Bois). INSER SANTE a mis au point un module « Comment aborder l'alcool ? » destiné aux professionnels de l'accueil, de l'insertion, de l'orientation.

En 2016 ce module a pu faire émerger un besoin d'approfondissement : « L'alcool dans la relation d'aide », à l'adresse des travailleurs sociaux ou bénévoles investis auprès

de publics en grande difficultés (assistants sociaux, éducateurs en centre d'hébergement, responsables, C.C.A.S., accompagnateurs des associations A.T.D quart monde, restos du cœur, ...

Les deux types d'actions de formation en 2016 ont montré un niveau de satisfaction très élevé.

5. Un nouvel axe : addiction et santé communautaire

Fin 2016, il a été contractualisé une action de grande envergure avec une commune qui avait négocié avec ses représentants du personnel une sensibilisation aux conduites addictives à destination de leurs agents ; et ceci dans une approche de santé communautaire. L'idée était de former ensuite un groupe d'agents relais, sur une base de volontariat, qui puisse participer à la prévention primaire et secondaire des conduites à risques dans leur milieu de travail.

Un programme de formation a donc été signé et se déroulera sur deux ans.

Ainsi, cette action engendre de nouvelles perspectives pour INSER SANTE, qui, une fois ce programme évalué, et si le contexte est propice, pourra déployer un « service formation » adapté à ce type de commandes.

II ELEMENTS RELATIFS A L'ACTIVITE

A. LES RESULTATS QUANTITATIFS

1) Les accompagnements A.P.D.A.

En 2016, 802 personnes ont été accompagnées dans le cadre de cette action, dont :

- ✗ 323 bénéficiaires du R.S.A.
- ✗ 479 hors RSA dont : 46 SPIP, 128 Procureur de Dieppe, 291 ARS, 14 CUCS Dieppe

Durée moyenne d'un suivi : **22 mois**, pour les personnes sorties ayant été reçues plus de 3 fois.

La Haute-Normandie se positionne parmi les régions les plus touchées par la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool.

Depuis la loi de 2009, l'Agence Régionale de Santé finance une douzaine de C.S.A.P.A en Seine- Maritime, ces structures étant spécialisées dans la prévention et le traitement des addictions de toutes sortes. Inersanté assure souvent une forme de coordination pour qu'une prise en charge adaptée à la personne se mette en place, alliant soins et autres démarches d'insertion.

En effet, le public que nous connaissons en tant qu'association d'insertion a parfois des difficultés à se soigner car il conjugue une problématique de dépendance avec une situation sociale précaire, ou parce que consulter un psychologue ou une infirmière n'est pas une démarche spontanée. Ces personnes vont être parfois enfermées dans un processus de marginalisation progressive pouvant aller jusqu'à l'autodestruction. En plus l'alcool ou l'addiction à une drogue dure peut « cacher » une pathologie telle que la bipolarité, la dépression, les troubles de l'anxiété. D'autres encore développent des pathologies qui auraient pu être évitées si elles avaient été orientées plus tôt. Ainsi des personnes alcoolo-dépendantes qui doivent combattre un cancer, un diabète, une épilepsie,...

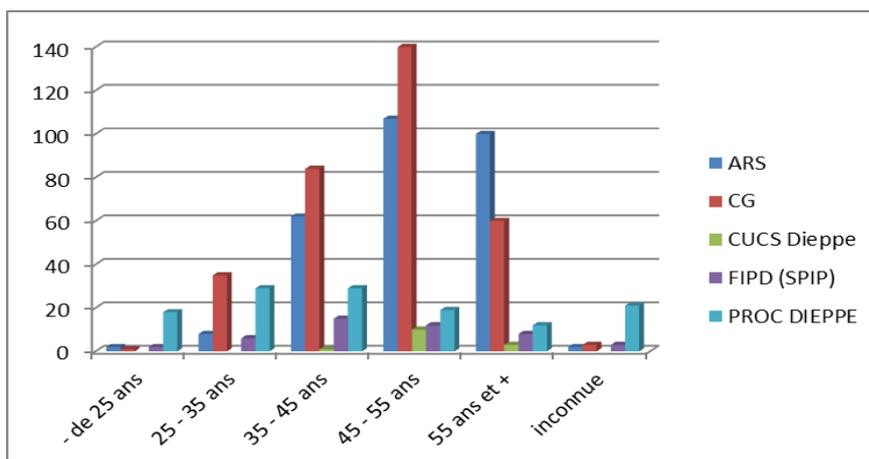
Le rapport culturel à l'alcool dans notre région et le manque d'éducation à la santé, tant au niveau du soin physique que psychique font partie intégrante des analyses des collectivités territoriales ; toutes ces raisons expliquent pourquoi il ne suffit pas de créer des lieux de soins il y a un énorme besoin d'*accompagner vers* les soins : déblocage de situations administratives complexes, levée des résistances à consulter, pédagogie pour expliquer les effets des pathologies présentes ou les risques des pathologies à venir, résoudre les problèmes de mobilité, soutenir moralement les initiatives et la démarche de soins, réexpliquer l'intérêt d'un traitement quand il a été prescrit,...

Selon les situations l'intervention sera plus « sociale » (personnes isolées, illettrées, endettées,...) ou plutôt médico-sociale (parler prévention, soutenir après la cure pour éviter la rechute, emmener les personnes aux urgences ou en consultation spécialisée...). Il arrive aussi que l'accompagnement mette en évidence des difficultés telles qu'une mesure de protection soit nécessaire

Toute personne en situation de précarité, pour laquelle l'insertion est rendue difficile du fait de sa consommation d'alcool et qui adhère à la démarche d'accompagnement. Elles sont orientées par un service instructeur. **Les problèmes de santé se cumulent souvent avec d'autres freins (manque de qualification,...) mais, comme l'absence de logement ou d'hébergement stable, ils doivent être traités en priorité.**

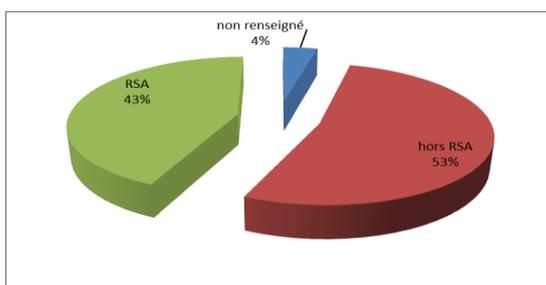
Pour les titulaires du RSA, la prise en charge est validée le plus souvent par un contrat d'engagement réciproque. Pour d'autres c'est à l'occasion d'une recherche d'emploi ou d'une activité au sein d'un chantier d'insertion que l'orientation vers un service alcoologie est opportune.

✘ Répartition par âges portant sur les 802 personnes orientées



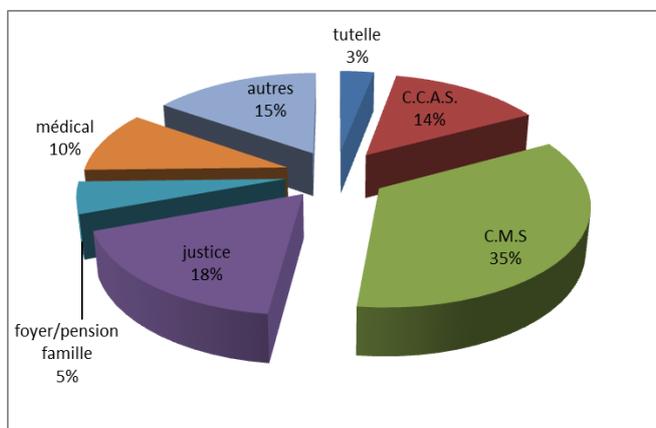
L'intervention étant prescrite à l'occasion du « contrat d'insertion » des bénéficiaires du RSA explique le très faible taux de personnes de moins de 25 ans.

✘ Répartition par revenus sur 802 personnes orientées



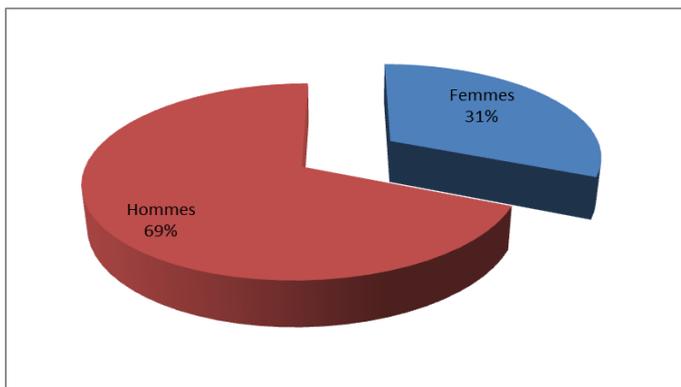
Beaucoup de bénéficiaires allocataires du RSA au moment de l'orientation vont finalement changer de statut et percevoir une allocation adulte handicapée. D'autres ont des revenus précaires (CDD, garantie jeune, invalidité)

✘ Répartition par service orienteur sur 802 personnes orientées



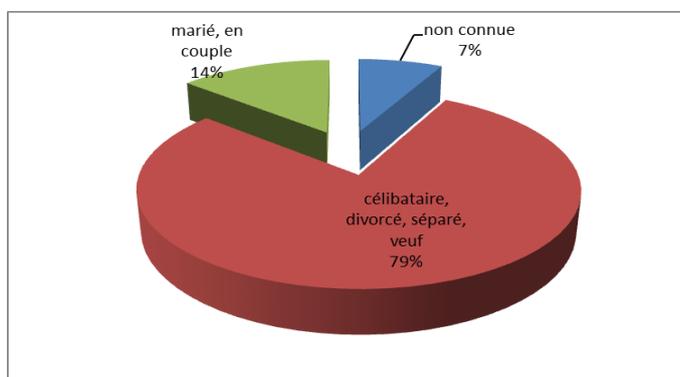
La moitié des personnes orientées le sont par les assistants sociaux de secteur ou les référents des CCAS. Pour les autres services il est parfois difficile de repérer si les personnes sont allocataires du RSA ou si elles seraient éligibles au RSA mais il est important justement de les amener vers le dispositif RSA

✘ Répartition par sexe



La proportion reste assez stable, une légère augmentation des femmes, ce qui va dans le sens des statistiques nationales sur la fréquentation des personnes en service addictologie des hôpitaux par exemple.

✘ Situation familiale



Proportions sans changement par rapport à 2015. Toutefois l'accompagnement peut s'avérer complexe quand il y a un couple, parfois deux personnes dépendantes ou consommatrices. Il suppose un partenariat avec les services de protection de l'enfance.

Les partenaires financiers et institutionnels

Cette action, depuis 1990, correspond aux offres de service demandé par nos partenaires financiers et institutionnels :

- ✘ Le Conseil Général qui sollicite le Fonds social Européen au titre de l'inclusion des personnes en grandes difficultés sociales.
En 2015, le C.G. 76 a privilégié une subvention directe du F.S.E à Inser Santé et quelques autres associations alors que jusque-là, le Département gérait la subvention allouée globalement à la Seine Maritime par l'U.E.
- ✘ L'Etat dans le cadre de fonds M.I.L.D.T.C.A., et du budget ARS (agence régionale de santé)
- ✘ Les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (C.U.C.S.) de Fécamp et Dieppe.

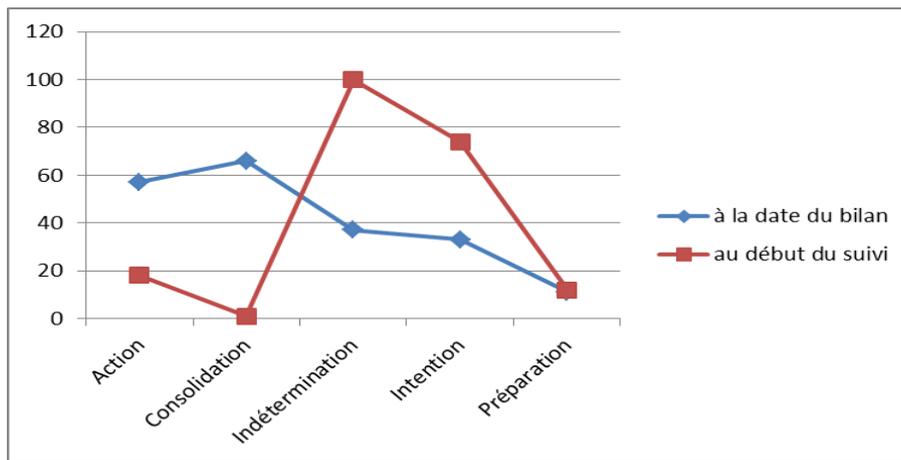
Les Services Instructeurs

Ils sont les prescripteurs de l'action et des interlocuteurs privilégiés. Les objectifs et les résultats de notre intervention sont partagés avec eux. Cependant, de manière à respecter la confiance que nous accordons au bénéficiaire du service, la confidentialité des échanges avec lui est respectée.

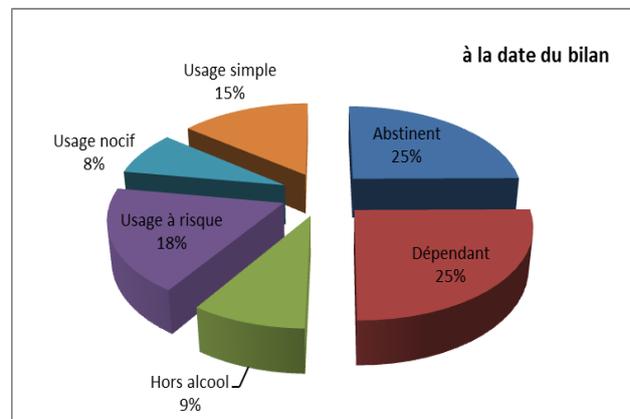
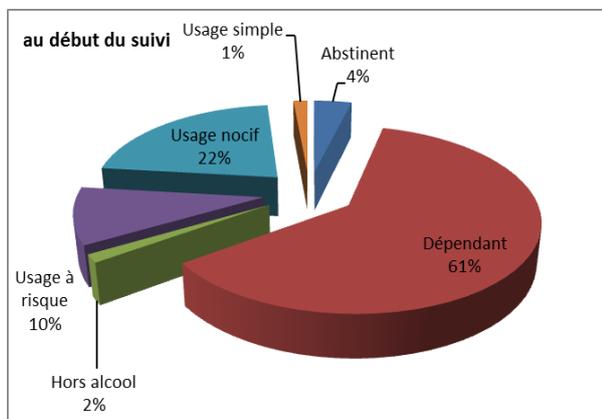
L'évaluation n'est pas toujours aisée pour ces travailleurs sociaux d'où le besoin pressenti d'être mieux formés à repérer et aborder la problématique alcool. Ceci explique notre investissement dans des actions d'informations et de formations que nous avons initiées en 2014 et 2015 et que nous souhaitons développer au fil du temps.

IV - Résultats quantitatifs

(portant sur les 258 personnes sorties du dispositif hors action procureur de Dieppe)



✗ Evolution de la relation à l'alcool au cours de l'accompagnement (hors IPM)



Hors alcool : phase d'abstinence non consolidée.

Abstinence : phase de non consommation.

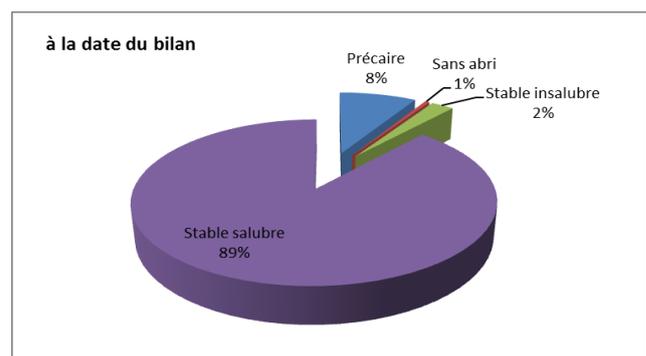
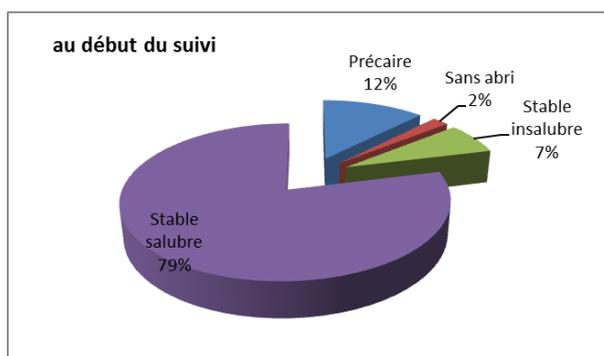
Usage simple : consommation modérée, à faible risque.

Usage à risque : consommation régulière, fortes alcoolisations ponctuelles.

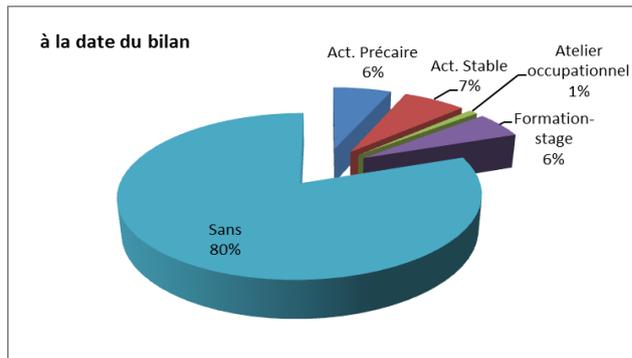
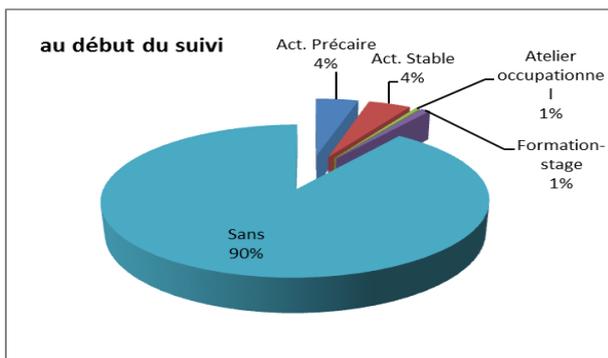
Usage nocif : consommation régulière importante, fortes alcoolisations.

Dépendance : impossibilité de ne pas consommer entraînant des signes cliniques significatifs (désir compulsif de consommer, non contrôle de la consommation, syndrome de sevrage physiologique).

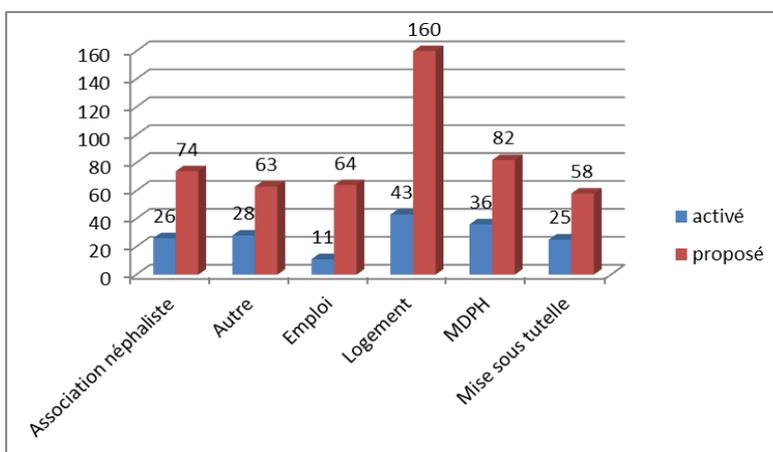
✗ Situation des personnes suivies vis-à-vis de leur logement (hors action IPM)



✘ Situation des personnes suivies vis-à-vis de l'emploi (hors action IPM)



✘ Les relais sociaux mis en place



Le groupe « autre » représente une fraction importante : il s'agit des chantiers d'insertion, de participation à des actions collectives, l'intégration à un groupe d'entraide mutuelle (GEM), d'une mesure liée à l'endettement ou la difficulté de gestion (MASP), CMP, d'une démarche vers un Centre d'Information des Droits

2) Les accompagnements par le Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique

En 2016, 783 personnes ont été suivies dans le cadre du Relais d'Aide Psychologique, dont :

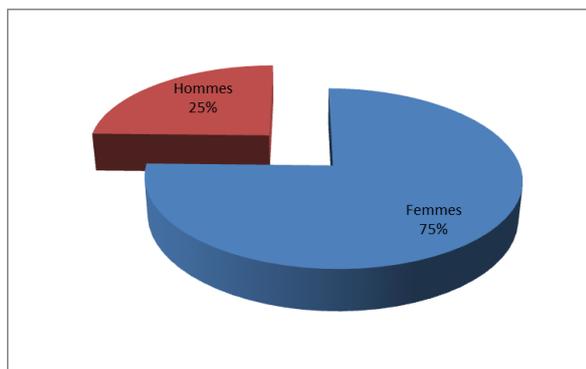
- ✗ 683 personnes étaient bénéficiaires R.S.A.
- ✗ 99 hors RSA dont 41 ARS, 50 la Région (Missions Locales Yvetot-Barentin, Dieppe et le Talou), 5 Contrats de Ville Dieppe et 3 Contrats de Ville Fécamp.

Durée moyenne d'un suivi : **17 mois** pour les personnes sorties ayant eu au moins 4 entretiens.

Nous recevons des personnes bénéficiaires du RSA et des non bénéficiaires du RSA (AAH, ASS, ARE, FAJ) pour Yvetot, Barentin, Duclair, Fécamp, Rouen et Dieppe.

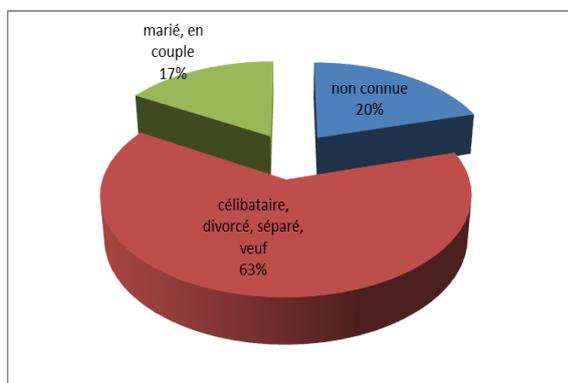
Il s'agit de personnes adultes en échec ou en difficulté d'insertion, en situation de souffrance et de précarité socioéconomique. Il leur est difficile d'accéder aux dispositifs de droit commun, comme le CMP ou l'hôpital.

✗ Répartition par sexe



Mettre des mots sur une souffrance est-il plus aisé quand on est une femme ?
3 personnes sur 4 au RAEP sont des femmes.

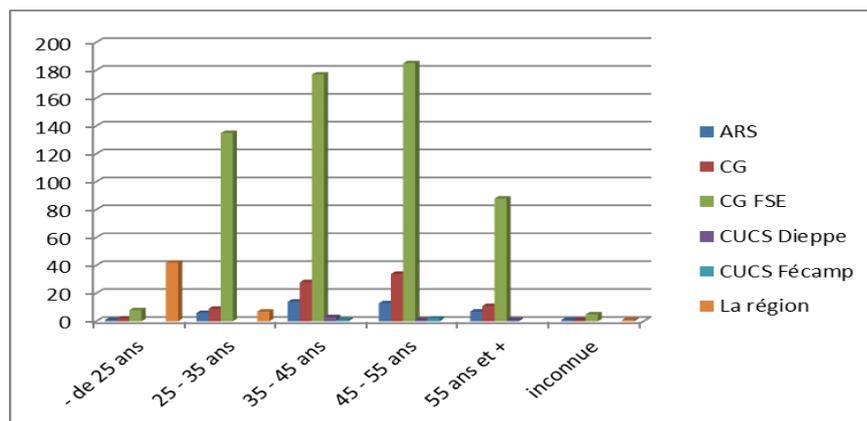
✗ Situation familiale



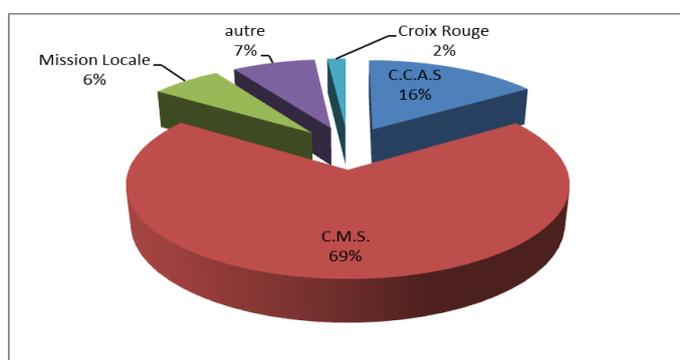
Un indicateur de mal être : la solitude combinée à de multiples difficultés sociales (précarité,...)
2 personnes sur 3 accompagnée par une psychologue du RAEP vivent seules

Non connue = personnes jamais venues ou vues moins de trois fois

✘ La pyramide des âges



✘ Les orientations



7 personnes sur 10 quasiment sont orientées par les assistants de service social du secteur. Elles le sont au titre d'un parcours d'insertion formalisé le plus souvent dans le contrat d'engagement réciproque. On peut penser que les obligations renforcées pour les agents du département de voir une fois par trimestre les titulaires d'un contrat, permettra de proposer au bon moment l'orientation vers un RAEP quand la personne exprime sa souffrance ou son mal être

Dans le cadre du Relais d'Aide et d'Écoute Psychologique, nous recevons des personnes en souffrance dite psycho-sociale, en situation de précarité (psychique, physique, financière...), mais aussi en désinsertion socio-professionnelle. Ces personnes en difficulté dans les démarches d'insertion, sont souvent repliées sur elles-mêmes, parfois jusqu'à s'exclure de toute relation sociale. Ainsi, pour éviter d'avoir affaire à l'Autre (les voisins, les travailleurs sociaux, le corps médical, le monde professionnel...), la personne, se retire de la scène sociale, parfois jusqu'à ne plus pouvoir gérer le quotidien (renouvellement du contrat d'insertion, de la CMU, les factures, les rendez-vous, etc.), à ne plus prendre soin de soi, cela jusqu'à l'incurie.

Elle devient vulnérable du fait de cette souffrance psychique plus ou moins visible, perceptible. Cette souffrance peut prendre différentes formes (agressivité, inhibition massive empêchant toute démarche, mutisme, symptômes dépressifs, sentiment d'isolement, échecs à répétition, symptômes corporels envahissants, addictions...). Cette souffrance est repérée par les Services Instructeurs que sont les travailleurs sociaux.

Soulignons ici la place importante et particulière de notre partenaire social dans le repérage et la mise en mots de cette souffrance souvent indicible par les sujets eux-mêmes. En effet, la personne bénéficiaire du RSA n'a pas toujours accès à ce qui l'en est de sa propre détresse, qui se surajoute aux difficultés rencontrées. Le travailleur social est alors le «porte-parole» de celui qu'il nous adresse. Ainsi, les personnes peuvent venir vers le psychologue avec une demande «portée» par l'autre du champ du social.

Nous travaillons alors, dans un premier temps, avec cette demande pour ensuite accompagner et soutenir la personne reçue, dans l'élaboration et la verbalisation progressive de sa propre demande.

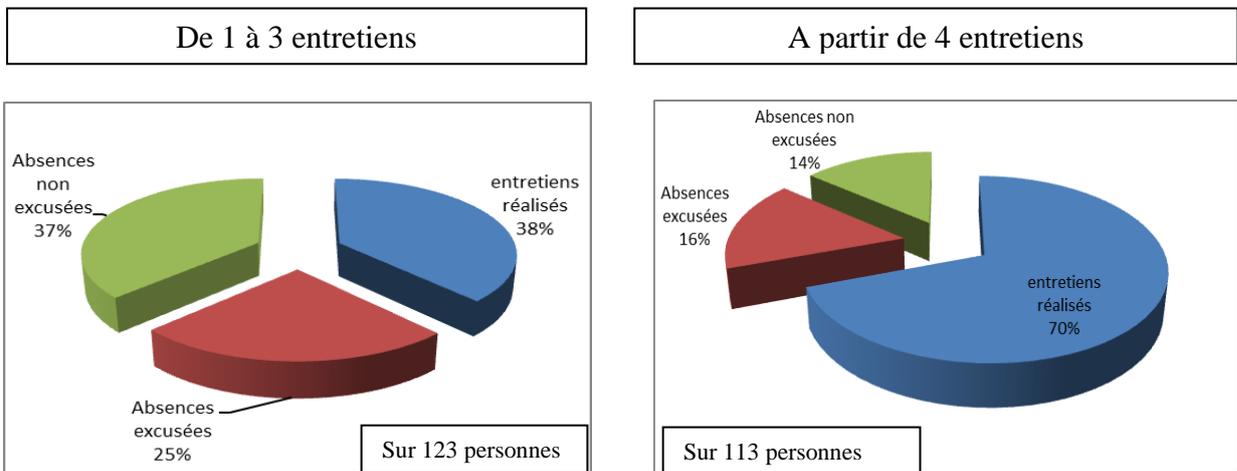
Ainsi, ayant affaire à des sujets parfois en rupture avec l'Autre, s'excluant du monde extérieur, se repliant sur eux-mêmes, tout notre travail peut alors consister à les amener vers le monde des vivants et éviter, autant que possible, un réel lâchage du Sujet.

Mais avant tout, tout notre travail tient compte de la position subjective, de la singularité de chaque personne reçue, au cas par cas quant à son rapport, sa relation avec l'Autre, avec le tissu social.

Éléments relatifs à l'activité (portant sur les 398 personnes sorties du dispositif)

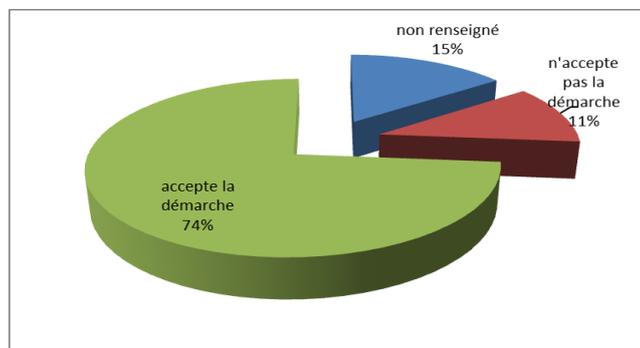
(Dont 123 personnes ont eu au moins un entretien et dont 113 personnes sorties ont eu 4 et plus entretiens).

Entretiens réalisés et absences prévues et non prévues parmi les personnes orientées en 2016.



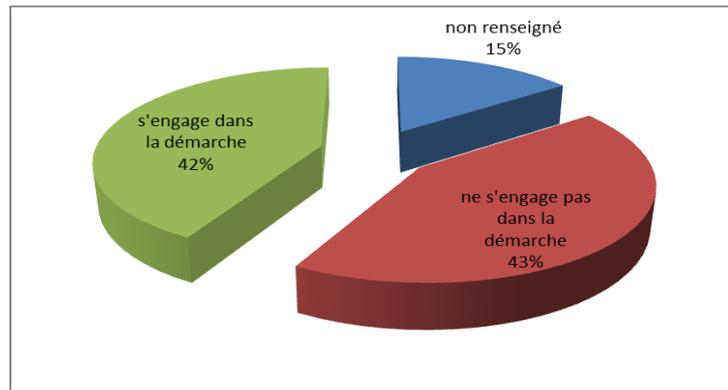
Permettre aux personnes de prendre conscience de leurs difficultés psychologiques

✘ L'acceptation du principe de la démarche



Sur les critères d'adhésion retenue par les institutions, nonobstant le caractère forcément arbitraire de ces mesures, on évalue une adhésion à partir des rendez-vous honorés ; toutefois les personnes peuvent accepter la démarche et venir régulièrement aux rendez-vous sans s'engager dans un processus de changement.

✘ L'engagement dans la démarche

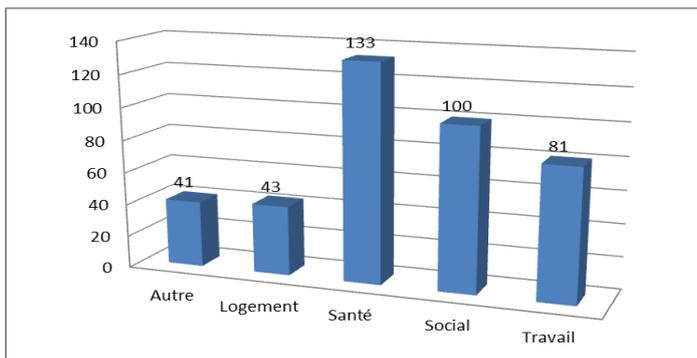


On peut parler d'engagement, lorsque la personne met en place une dynamique de changement que l'on évalue à partir de démarches, de décisions, de reprises de contacts, de soins,... C'est aussi une question de temps.

Mobiliser des relais en cours ou à l'issue du suivi

✘ Nombre et nature des démarches

Parmi les personnes 398 sorties, 226 d'entre elles entreprennent des démarches.



30% des personnes accueillies se remobilisent d'une manière ou d'une autre : démarche de formation, de recherche d'emploi, santé, accès aux droits, investissement dans une association

B. DES RESULTATS QUALITATIFS

1. APDA : Récit d'un accompagnement et processus de reprise d'autonomie

- L'association Inser Santé, auprès des malades

Avec la parution en 2013 du DSM-5, la maladie alcoolique devient « troubles de l'usage d'alcool » (TUAL), prenant en compte à la fois la dépendance et les dommages selon un gradient de sévérité (trouble « léger », « modéré », ou « sévère »)*.

Les personnes suivies par Inser Santé, dans le cadre du service APDA se trouvent catégorisées dans les conduites de troubles « sévères » liés à l'usage de l'alcool.

- L'accompagnement des personnes enfermées, ...

... par l'alcool :

Malgré un dispositif sanitaire développé proposant un réseau étoffé de structures spécialisées dans le traitement des addictions, les personnes en difficultés avec l'alcool accèdent très peu aux soins spécialisés.

Une des propriétés de l'alcool est son effet psychotrope : il procure pour un temps un état de bien-être, d'euphorie, hors du temps et permet d'oublier les contraintes de l'environnement. L'alcool permet à la personne d'échapper pour un temps à une réalité sociale trop douloureuse. Chaque jour se ressemble, la personne est enfermée dans un temps circulaire et figé.

... dans un rythme :

L'inscription dans le temps est modifiée et peu à peu la personne se met à l'écart de la société. Elle fait abstraction de tout et sa préoccupation majeure est de se procurer de l'alcool afin d'éviter le manque et ainsi ne plus penser. : La temporalité est alors perturbée, notamment par l'altération de la perception de besoins physiologiques de base (selon Maslow, par ordre de priorité : besoin d'oxygène, de liquide, de nourriture, de maintien de la température du corporelle, d'élimination, de logement, de repos et de rapports sexuels).

C'est donc ainsi que le sujet vit suivant le cycle : [prise du produit ↔ manque]. La répétition permanente de ce rythme maintient la personne dans ce cycle, et les imprévus sont vécus comme angoissants.

Le problème se complique lorsque l'organisme est usé par l'effet poison de l'alcool devenu à la fois insupportable et indispensable.

... par la honte :

Affectée bien souvent par un sentiment de honte et par un manque de confiance en elles, c'est ainsi que les personnes présentant des troubles de l'usage de l'alcool deviennent peu mobiles et n'osent plus s'adresser aux services de droits communs.

- S'adapter aux besoins :

... une passerelle vers l'accès aux soins : la visite à domicile :

Aller à la rencontre des personnes et notamment au sein de leur domicile est un atout considérable. Cette forme de relation d'aide est précieuse et authentique. Elle facilite la création du lien et permet plus facilement une ouverture de la personne vers l'extérieur.

... les entretiens :

Nos nombreux entretiens sont guidés par divers outils, comme par exemple la méthode de « l'entretien motivationnel » (méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement), ou encore par la connaissance de la théorie nommée « Triangle dramatique de Karpman » (figure d'analyse transactionnelle présentant des rôles relationnels de « persécuteur », de « sauveteur » et de « victime »).

... l'accompagnement physique :

En représentant la société et se préoccupant des « plus fragiles », notre objectif est d'amener les personnes à sortir de leur retranchement et par conséquent leur permettre d'accepter l'idée de soins.

Accompagner les personnes en véhicule de service favorise des possibilités de soins, et permet l'accès à des services et démarches médico-sociales parfois complexes.

Sortir en étant accompagnées rassure aussi les personnes. Tout en ouvrant la possibilité de voir de nouvelles perspectives (démarches de logement, d'emploi, de stages, de loisirs, ...) cela permet aussi de casser ce cercle vicieux où les personnes sont « engluées » dans leur consommation chronique d'alcool.

- Un temps d'accompagnement plus ou moins long :

... du déni au déclic : un parcours étape par étape :

La prise de conscience de l'intérêt à arrêter ou réduire considérablement sa consommation d'alcool n'est pas un événement ponctuel, mais bien plus un processus qui consiste en une évolution progressive depuis le déni total du problème jusque l'abstinence. Ce parcours peut être long et comprendra souvent des retours en arrière. Il est entretenu et animé par une succession d'incitants plus ou moins forts qui construisent et renforcent petit à petit la motivation de la personne à réduire ou arrêter sa consommation.

- Zoom sur le déni :

Dans les premiers temps, les personnes que nous rencontrons sont bien souvent enfermées dans un processus nommé « déni ». Le déni c'est le refus de voir une certaine réalité, évidente pour l'entourage, mais considérée comme inacceptable ou insupportable par le malade alcoolique.

Il n'est, en effet, pas facile de reconnaître son impuissance à contrôler sa consommation et d'accepter le fait d'être devenu esclave de l'alcool et d'être qualifié "d'alcoolique".

Le déni porte sur la perception de la réalité, la personne peut donc nier l'existence et la gravité de son problème et ne ressentir aucune inquiétude, qui pourtant serait nécessaire à sa mobilisation vers un changement. C'est pourquoi les personnes "banalisent", "rationalisent", "s'isolent", ou "projettent" sur d'autres.

Notre paradoxe résulte alors de l'absence de demande de la personne face à une évidente pathologie et ses conséquences dans sa vie.

Le déni c'est aussi l'expression de l'angoisse générée par la perspective des changements, souvent profonds, auxquels la personne dépendante devra inmanquablement procéder. En effet, arrêter de boire, à vie, c'est briser un équilibre, un mode de vie auquel on s'est habitué socialement, psychologiquement et physiquement, souvent depuis de nombreuses années. C'est une remise en question fondamentale de soi, de ses habitudes, de ses relations avec l'entourage et avec la société, de façon générale.

Ainsi, notre but dans un premier temps est (à travers la construction d'un lien de confiance), d'amener la personne à prendre conscience des bénéfices certains de l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool par rapport aux effets délétères produits par sa consommation. Et ce, malgré les effets psychotropes du produit, qui paraissent largement prédominant par rapport à ses effets toxiques.

Cette étape permettra à la personne de passer de l'état de déni à la prise de conscience de l'intérêt de changer son comportement.

Ensuite, il sera question de réflexion, de stratégies à mettre en place pour éviter de consommer, pour réduire ou arrêter, et d'enfin mettre en pratique les soins, puis l'abstinence, et la consolidation.

Tout ce processus a été décrit par deux psychologues canadiens, « Proshaska et Di Clémente » :

Schéma du modèle des étapes du changement de Prochaska et Diclemente



Ce processus évolutif n'est malheureusement pas à sens unique. Il arrive souvent qu'il y ait des retours en arrière, des accros, des pertes de confiance, des ré-alcoolisations, qui ramènera la personne à l'une des étapes antérieures.

... un exemple : la particularité des personnes suivies par le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation)

La difficulté pour les personnes suivies par la justice réside dans les décalages de temps.

Ainsi, le temps psychique de la personne n'est pas le même que celui de la justice avec des échéances régulières. *Le factuel se trouve confronté au psychisme.*

De même, le temps psychique de la personne est différent de son temps physique. L'enjeu médical étant d'arriver à prendre conscience de la nécessité de se soigner avant une dégradation trop importante de son état de santé.

La personne s'est créée sur une période de 10 à 20 ans tout un mode de vie autour de la consommation d'alcool. Envisager l'entrée en soins va donc provoquer un déséquilibre, une remise en question de son mode de vie qui nécessiterait une réadaptation pouvant être difficile et longue.

Dès lors toutes tentatives de changement s'il est trop rapide ou contraint va susciter des résistances au changement de la part de la personne. Ces résistances se manifesteront par le discours « je n'ai pas de problème » mais aussi par de la passivité, de l'hostilité, par des réponses et des processus qui visent à éviter le changement. Ce mécanisme n'est pas quelque chose que la personne fait pour nuire ou irriter, mais c'est un processus inconscient qui vise la gestion de son angoisse.

C'est pourquoi aller trop vite dans des propositions thérapeutiques de changement provoque un comportement résistant et favorise donc le déni.

Ainsi, nous pouvons constater que le temps de l'accompagnement dépend du rythme des personnes, le processus de changement peut prendre quelques mois, quelques

années, quelques décennies, ou ne jamais aller au bout. Et ce processus s'inverse malheureusement parfois dans le mauvais sens, (notamment après l'embellie d'un sevrage). Ce rythme circulaire défavorise les conditions de vie et la santé se dégradent au fil du temps.

Le sens de notre accompagnement, avec les nombreuses visites à domicile, les accompagnements physiques, notre réseau médico-social nous permet d'aider la personne à réfléchir, élaborer et choisir sa solution et sa façon d'être.

RECIT D'UN ACCOMPAGNEMENT (Monsieur A.)

Le temps de l'adhésion

Je rencontre Mr A. en septembre 2013 ; il est orienté par une assistante sociale de secteur avec qui il a pu évoquer sa dépendance à l'alcool. Le renouvellement de son contrat d'insertion permet de lui proposer un accompagnement A.P.D.A.

Cet homme, bénéficiaire du RSA, est célibataire et sans enfant. Il est né en 1954 (âgé donc de 59 ans en 2013) et vit dans un appartement T1 du centre d'une grande ville.

Les premiers entretiens permettent de repérer différents problèmes :

- Sur le plan de la santé, il présente une alcoolo dépendance depuis environ 15 ans. Il n'a aucune hygiène alimentaire et de vie, souffre de diabète et n'a pas de médecin traitant.
- Sur le plan psychologique, il souffre d'isolement affectif, devient agressif sous l'effet de l'alcool, montre un lâcher prise, et une grande vulnérabilité (il est entouré de copains consommateurs qui investissent son logement).
- Sur le plan social, son logement n'est pas entretenu (insalubre), il a cumulé des dettes (loyers, EDF, téléphone), abandonné ses démarches administratives, et rencontre des problèmes de voisinage (plaintes à son encontre pour nuisances sonores et violences),

Assez rapidement après le début de l'accompagnement, je propose à Mr A. des démarches de soins qui ont pu être réalisées. A cette époque, une amélioration de son état de santé a permis une orientation vers des activités occupationnelles à l'extérieur. Parallèlement, Mr A. a pu réinvestir son logement pour le réaménager.

Ne pas abandonner la situation malgré tout...

En juillet 2014, Mr A. connaît une rupture amicale. Sa situation se dégrade très rapidement. Malgré de nombreuses relances de RDV et des passages au domicile, il s'isole avec porte et volets clos. L'intervention du médecin ne change rien, il ne veut plus ouvrir sa porte (seulement pour « consulter » son intervenante). Une investigation auprès du voisinage m'informe que Mr sort tôt le matin ou tard le soir.

En février 2015, Mr A. interpelle INSERSANTE. Il souffre et demande de l'aide. Une hospitalisation révèle une altération de son état général et une gangrène du pied, lui contraignant une ablation de 3 orteils.

Par ailleurs, son appartement, à nouveau très dégradé, n'est plus alimenté en électricité depuis plusieurs mois.

Trois semaines après, à la sortie d'hospitalisation, je mets en place une IDE (Infirmière à domicile). Pendant une quinzaine de jours Mr A. a honoré tous ses RDV, puis s'est à nouveau isolé. Il ne répondait ni au médecin, ni à l'IDE. Je pouvais lui parler à la fenêtre, il refusait de m'ouvrir sa porte par honte de l'état de son logement. De nouvelles plaintes du voisinage ont été déposées précisant la gêne occasionnée par le passage de nombreuses personnes de jour comme de nuit.

Le temps de la protection et d'une reconnaissance de son handicap.

En mai 2015, sa situation n'ayant pas évolué (isolement, aucun soin, squat de son logement et manque d'hygiène), et après une synthèse avec les partenaires sociaux un signalement pour personne en danger est envoyé au Procureur de la République.

En décembre 2015, nos « entretiens » à la fenêtre, permettent d'organiser une hospitalisation pour janvier 2016. Durant les 3 mois d'hospitalisation, une demande de mise sous tutelle est réalisée et un projet d'entrée dans un foyer est organisé.

A sa sortie, en mars 2016, Mr A. refuse l'entrée prévue dans le foyer et souhaite retourner à son domicile avec le passage d'une infirmière. Celle-ci décrit un domicile avec des conditions d'hygiènes extrêmement dégradées, qui mettent en péril sa santé. De plus, M. A. s'isole à nouveau, mes visites sont sans réponses.

C'est en septembre 2016 qu'une mesure de tutelle est ordonnée.

Les moyens de protection budgétaire mis en œuvre par la tutelle (M. n'a plus accès à son compte bancaire), me permettent de le rencontrer à nouveau, et des démarches de soins avec accompagnement physique aux rendez-vous sont ainsi organisées. Quelques mois plus tard, un dossier est ouvert à la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

A ce jour, Mr A. est plus autonome dans ses démarches de santé et perçoit une allocation pour adulte handicapé.

2. R.A.E.P. La pratique du Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique et le respect du temps psychique (vignettes cliniques et analyse)

Mme T. et son rapport au temps

Quand Mme T. est adressée par le service social de secteur, elle est âgée de 44 ans et divorcée depuis peu. Le motif de la demande indiquée sur la fiche commande est peu précis. L'assistante sociale précisera, cependant, que lors de son premier entretien avec Mme T, elle a évoqué la question de l'alcool ; ce que Mme avait entendu sans le dire et qui, finalement, l'avait conduite à accepter immédiatement une rencontre avec un psychologue. Lors de celle-ci, Mme me dit avoir déjà vu un psychologue (lors d'une hospitalisation récente) qu'elle n'a plus revu ensuite. Mme ne s'alimentait plus.

Puis, Mme T fera part de ses attentes quant à un suivi : « *faire du ménage dans ma tête...mais surtout, je passe mon temps à penser, je vois les heures passer et je reste là à ne rien faire...ça me rend malade d'être comme ça...* ». On apprend en même temps que l'appartement de Mme T est à l'image de son « désordre » intérieur, que les objets et les poubelles s'y accumulent à tel point que Mme ne peut plus y circuler, ce qui l'oblige à dormir à côté de son lit. Sur elle-même, le manque d'hygiène est remarquable. Aussi, entame-t-on le suivi avec ces éléments de vie et la massivité de ces symptômes.

Les entretiens, qui ont lieu au CMS, s'étalent sur les mois avec une grande régularité. Néanmoins, madame arrive, systématiquement, très en retard réduisant voire empêchant les entretiens qui ne décolleront, ainsi, pas du niveau factuel pendant des mois.

Ici, c'est le temps qui sera notre allié en révélant le fonctionnement de Madame T. Dans son monde psychique, tout est figé, immobilisé, l'obligeant à faire du sur place.

C'est à partir de l'analyse de cette conduite qu'a commencé à fissurer son système de défense et qu'un travail de fond a pu, alors, s'engager ; le moment était venu, pour elle, de le faire.

Comme avec l'alcool, symptôme visible immédiatement mais qui attendait d'être perçu puisqu'il signale quelque chose de plus enfoui, Mme T attendait cette invitation à s'exprimer.

Elle m'explique, alors, qu'elle est partie de chez ses parents à 18 ans pour se *placer* comme femme à tout faire chez un vieux couple aisé. Quelques temps après son arrivée, sa « patronne » décède ; Mme est, alors, totalement livrée au mari et aux amis de celui-ci pendant dix ans. C'est avec les sentiments mêlés de honte, de sensations de souillure et de peur d'être incomprise qui l'ont longtemps paralysée (« *on pourrait me répondre que tout ce qui m'est arrivé est de ma faute* ») que madame déroule ce récit qui la libérera progressivement. Aujourd'hui, Mme T a retrouvé le sommeil, range son appartement et

peut maîtriser sa consommation d'alcool. Fait nouveau, le changement se manifeste par une ponctualité aux rendez-vous. Elle n'a, peut-être, plus peur de ce qui pourrait s'y passer « *je ne vis plus dans le passé...j'ai l'impression qu'il s'est éloigné d'un seul coup...je ne l'oublie pas mais il est loin maintenant* »

Le dispositif R.A.E.P. opère dans un cadre particulier, entre champ social et champ du soin.

Le Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique est un dispositif au sein duquel nous accueillons des personnes en situation de précarité, en difficulté d'insertion, qui présentent des signes d'une souffrance psychique importante. En premier lieu, ce sont nos partenaires sociaux qui repèrent, entendent la souffrance des personnes. Cette souffrance peut être plus ou moins perceptible. Les troubles repérés peuvent faire l'objet d'une demande, d'une plainte du Sujet, ou se manifester au travers d'une difficulté à effectuer des démarches, à se saisir de l'aide proposée. Elle peut découler de la situation de précarité et/ou y participer, entravant la personne dans son projet de vie, sociale, familiale, professionnelle. C'est quand la souffrance psychosociale est repérée que le Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique est sollicité.

La souffrance psychique est liée à une difficulté à être en relation avec l'autre, à trouver sa place dans la société, à répondre aux exigences de cette dernière. Affleure là un paradoxe : le Sujet se «déprend» au niveau social, relationnel, professionnel, se retrouve en grande difficulté. Et, alors même que le contact avec l'autre devient difficile, alors qu'il se replie, que l'épuisement psychique est là, il doit, afin de ne pas être exclu justement, accepter d'être pris en charge ; en même temps rendre des comptes, se montrer volontaire pour participer à des actions, des groupes d'aide à l'insertion, etc. Ne pas pouvoir répondre ni se saisir des propositions qui lui sont faites le met encore plus en difficulté. Cela quel que soit la bienveillance des partenaires sociaux.

Le cadre du R.A.E.P. permet à la personne, dont la demande est bien souvent davantage portée par le partenaire social, de rencontrer un psychologue. La difficulté à être en lien avec l'Autre, la discontinuité, sont des problématiques très souvent liées à la situation de désinsertion sociale. Nous avons à travailler avec cela.

La pratique de la relance permet de maintenir un lien avec la personne. S'adressant à des personnes ayant souvent des difficultés à revenir vers l'Autre, à s'arrimer à quelque chose de régulier, on essaie de faire en sorte qu'elle puisse se saisir de ce lieu comme d'un point d'appui où elle peut revenir.

Le R.A.E.P. a pour fonction d'être un **Relais**, pour les partenaires sociaux mais aussi un Relais vers les soins adaptés, lorsque cela est nécessaire. Une grande partie de notre travail est consacrée à l'**orientation vers les soins**. Nous travaillons à soutenir la personne dans une écoute de sa propre souffrance, de ce qui la sous-tend, dans l'élaboration d'une demande. C'est parfois tout le travail d'un suivi.

Nous accueillons la personne qui nous est adressée, dans le respect de ce qu'elle amène. On tente de l'aider à mettre en mots, à élaborer autour de ce qui lui arrive, à bricoler pour avancer, faire avec, ou pour tenir tout simplement. Nous l'accueillons aussi parfois dans le respect de sa non demande.

Pour les personnes se saisissant de cette possibilité de venir parler, être écoutées, s'écouter soi-même, le cadre propose des entretiens réguliers, dans une stabilité de temps et d'espace. Notre travail consiste à les aider à réfléchir, entendre ce qui résonne dans leur souffrance et à faire des liens. Ce travail permet la prise de recul et l'éclairage de ce qui a fait répétition dans la vie de la personne. Il permet aussi de repérer ce qui fait tenir, ce qui permet d'aller mieux. Des points d'ancrage qui permettent d'avancer, de retrouver des repères, et de SE retrouver.

Pour les personnes que nous recevons et qui sont souvent pris dans le marasme d'événements de vie violents, désorganisant, le Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique propose un lieu d'arrimage.

Nous bénéficions d'un financement du Département, précieux, complété aujourd'hui par le Fonds Social Européen. Certains des secteurs sur lesquels nous intervenons bénéficient, également, d'autres financements (dans le cadre du financement A.P.S.P., des C.U.C.S. ou du partenariat avec certaines Missions Locales) qui permettent l'accueil d'un public plus diversifié (personnes non bénéficiaires du RSA, jeunes de 18 à 25 ans). Ces différents financements s'accompagnent de durées de suivi plus ou moins longues. Il arrive que cela suffise pour que la personne engage des soins adaptés, trouve un apaisement dans ses relations familiales et sociales, entame une activité sociale, une formation, retrouve un emploi, etc.

Cela arrive. Mais bien sûr, nous recevons des personnes qui ont souvent vécu dans un milieu précaire, insécurisant, voire violent depuis leur enfance. Et le parcours d'une personne en situation de précarité est semé d'embûches et de difficultés. Il y a également ceux qui n'ont pu, du fait de maladie ou de troubles psychiques, faire face à la vie en société (études non validées, impossibilité de rencontrer et de faire avec la demande de

l'Autre). Pour ceux-là, il est bien sûr vital de prendre le temps, de ne pas pousser à la réinsertion à tout prix, mais plutôt urgent de soutenir les petites solutions trouvées, aider à construire et à stabiliser les petits circuits permettant de mieux faire avec l'angoisse. Ce travail doit pouvoir se faire patiemment, petit à petit, pour qu'à la fin du suivi, quelque chose d'autre soit possible.

Le R.A.E.P. est un formidable outil de prévention et d'ouverture à la possibilité d'une réinsertion.

Outil de prévention parce que l'orientation de ces personnes, n'allant pas spontanément consulter médecins psychiatres ou psychologues, évite souvent un effondrement plus grand, un passage à l'acte, il apaise, limite la surconsommation médicamenteuse et limite le nombre d'hospitalisations.

Le R.A.E.P est aussi Relais d'Aide à la réinsertion car il offre aux personnes qui y sont orientées un lieu où elles peuvent exprimer leur impossibilité d'être ou de faire ce que la société exige d'elles sans crainte d'être jugées. L'expérience de ce regard neutre et bienveillant permet de faire « dégonfler » l'angoisse face au regard des autres. De là, émerge une plus grande liberté du sujet, en même temps qu'une responsabilisation, qui lui permet de mieux se positionner dans le monde social, et professionnel.

C'est au sein d'un maillage professionnel médico-social que nous œuvrons chaque jour à favoriser l'insertion des personnes en situation de précarité. Le travail avec les partenaires sociaux et médico-sociaux est un élément important de notre pratique, et cela à plusieurs niveaux. Des liens réguliers avec nos partenaires facilitent l'orientation des personnes en souffrance et la complémentarité entre les différents accompagnements.

En tant que psychologues au sein du dispositif R.A.E.P., nous sommes régulièrement confrontés au paradoxe entre le temps psychique des personnes que nous accueillons et le temps « administratif », lié aux financements qui nous sont octroyés et au temps de l'action sociale. Nous allons tenter d'illustrer tout cela à travers quelques vignettes issues de cette clinique.

Un Homme « à part »

Le temps de la rencontre

Je rencontre M.C depuis presque 3 ans, il m'a été adressé par son assistante sociale qui met en avant une grande timidité, obstacle à son insertion ; elle me le présente comme un homme renfermé et silencieux. Précédemment, il a rencontré pendant plusieurs mois une

psychologue dans une autre association, suivi qui a du s'interrompre pour des raisons de financement.

La première rencontre, angoissante pour lui, aura lieu en présence de l'assistante sociale qui exposera sa situation sociale et ses difficultés dans son lien à l'autre. Durant plusieurs mois, les entretiens se déroulent dans un centre médico-social à proximité de son domicile, M. étant fermé à la rencontre. Puis il a pu se déplacer au bureau d'Inser Santé lorsqu'une relation transférentielle s'est mise en place.

Il se présente comme un grand timide, ce qui l'aurait bloqué toute sa vie, timidité qui l'a empêché de faire et d'être dans sa vie et « *maintenant c'est trop tard...* » répète-il à chaque entretien, « *je n'ai rien à dire de ma vie, c'est vide, je n'ai rien fait, rien vécu, je n'ai aucune importance, je ne suis pas intéressant, on ne me remarque pas et... c'est trop tard* ». Il ne peut apprécier le moment présent ni miser sur le futur, les regrets et remords l'en empêchent et lui rappellent à chaque instant qu'il est trop tard.

Le temps du travail psychique

Pendant de nombreux mois, il restera dans le global, le flou, il viendra dire ou ne pas dire son rien, son vide, et restera fermé à l'idée de venir parler. Cependant, il viendra aux rendez-vous, régulier comme un métronome. Ses idées négatives reviennent en boucle : la honte de soi, la dépréciation subjective, sans que les entretiens puissent dans un premier temps en infléchir la force.

M.C a 46 ans, a un niveau C.A.P. et il n'a jamais eu d'insertion professionnelle, il n'a pu travailler qu'une seule journée.

Le travail a consisté à soutenir ses trouvailles, en tentant d'isoler et de cueillir toute émergence de désir. Ce n'est pas une tâche facile de sortir de la spirale mortifère ; de repérer ses précieux points d'appui à défaut de pouvoir travailler sur ses identifications pour s'en dégager a minima. Il a un discours factuel, sans questionnement, les choses lui tombent dessus, il est abattu.

Deux activités rythment sa vie, le dessin de portraits, avec un grand travail autour de la précision du regard, et le cinéma. Il va au cinéma pratiquement tous les jours. Il dit que le cinéma permet de donner de l'éclat à sa vie et lui évite de plonger dans des moments de grand désespoir. Il précise qu'il vit *par procuration*, il vit sa vie à travers les écrans de cinéma et de télévision. C'est un des seuls liens qu'il fait avec son enfance : « *je n'aurais rien eu si je n'avais pas eu la télévision* »

Le pas de côté a consisté à centrer le travail sur la question de cette vie par procuration. Durant des mois, il est venu me parler de tous les films qu'il allait voir, de manière très

décousue dans un premier temps. Progressivement, à travers ces différentes vies projetées à l'écran, il a pu parler de lui.

Par la suite, il a pu préciser, nommer, et interroger davantage sa position vis à vis des autres. Aujourd'hui, il peut dire que ce n'est pas qu'une question de timidité, qu'« *il est à part* », et qu'au fond *c'est peut-être la position qui lui va le mieux*.

Soutenu par le travail réalisé dans le cadre du R.A.E.P., il a pu accepter une proposition de l'assistante sociale, d'intégrer une action collective (un groupe où des questions diverses sont abordées : la santé, le travail, les actions d'insertion et la question de l'image de soi)

Le temps de la fin de suivi

Aujourd'hui, le transfert le tient et le rassure. Il demande à l'assistante sociale le renouvellement de l'accompagnement, c'est un point d'appui pour lui et un lieu « à part ». La question de la fin de suivi doit cependant s'envisager par la durée administrative limitée. Cette question me semble très délicate car il s'agit de pouvoir poursuivre ce qu'il a construit de sa position subjective et vis à vis de l'Autre, dans un lieu « à part » pour un homme « à part ».

Un jeune homme qui ne pouvait pas se séparer

Dans le cadre du R.A.E.P., je reçois Victor, 19 ans, orienté par son référent insertion de la Mission Locale. Son suivi à la Mission Locale est « chaotique », semé d'absences. Auprès de son référent, Victor évoque une anxiété importante l'empêchant de faire des démarches professionnelles. Il se plaint d'un mal être personnel et s'effondre en pleurs devant son référent, c'est à ce moment-là que celui-ci lui propose de rencontrer un psychologue.

Au début de l'accompagnement, Victor émet quelques réticences à l'idée de s'engager dans un suivi psychologique. Cependant une fois la relation de confiance installée, plusieurs mois après notre première rencontre, il accepte de s'investir dans ce travail à raison d'un entretien une fois tous les quinze jours.

Dès le premier entretien, Victor exprime une souffrance, un malaise qui bloque ses projets d'insertion. Il évoque un manque de confiance en lui, et a des propos très dévalorisants vis-à-vis de lui-même « *je suis nul, je ne sais rien faire* ». Il parle également de sa peur de l'inconnu, sa peur d'aller dans des endroits qu'il ne connaît pas, sa peur de se retrouver seul avec les autres.

Victor n'aime pas croiser le regard des autres dans la rue, pour éviter ces regards, il marche toujours en regardant le sol. Dès qu'il est accompagné, il se sent plus à l'aise pour affronter le regard des autres. Il évoque une forte anxiété, des angoisses depuis l'arrêt de

ses études. Il m'explique sa peur de travailler, à cause de sa « *timidité* », parce qu'il ne sent pas assez sûr de lui.

Victor donne quelques éléments de son parcours scolaire. Il m'explique qu'il a toujours été un bon élève « *à l'école, ça se passait bien, ce n'était pas contraignant d'aller à l'école, c'était la routine, toujours le même endroit* ». Après l'obtention de son bac (à 18 ans), il n'a pas voulu poursuivre ses études alors qu'il envisageait d'entrer en D.U.T. Cependant la peur d'échouer ainsi que la peur de l'inconnu étaient tellement fortes que Victor s'est ravisé.

En effet, s'il avait été accepté en I.U.T., il aurait été dans l'obligation de quitter le domicile parental et d'aller vivre dans une ville inconnue (ce qui n'était pas envisageable à cette époque).

Quand je rencontre Victor pour la première fois, cela fait un an qu'il a quitté l'école et qu'il ne fait aucune démarche de recherche d'emploi. Il est terrorisé à l'idée d'aller travailler. Il vit chez ses parents qui d'après lui, ne l'incitent pas à faire des démarches. Ensemble, nous prenons le temps d'analyser le fonctionnement de sa famille et le sens que prendrait son départ pour elle. Il en ressort que les propos des parents de Victor, non subjectivés, ne permettent pas de le guider, engendrant chez lui de l'angoisse et une incapacité à faire des choix.

Au fil des entretiens, je constate que Victor se situe à une période charnière de son existence, que le passage du monde de l'enfance au monde des adultes est complexe pour lui. Victor semble traverser une « *crise d'adolescence* ». Il se trouve dans une période empreinte de doutes, de deuils, de remaniements psychiques, de crises relationnelles. Ces changements auxquels il doit faire face et qui, dans une certaine mesure s'imposent à lui, le soumettent à une période de vulnérabilité importante. Je remarque que Victor a de grandes difficultés à se séparer de ses étayages antérieurs pour se construire de nouveaux repères identitaires et relationnels. Il a du mal à affronter l'expérience de séparation, de perte et de renoncement que cela suppose. En effet, c'est un jeune homme très attaché à ses parents, le lien de dépendance qu'il entretient avec eux est très fort : « *A chaque fois que je quitte ou que je reviens à la maison, j'embrasse ma mère et mon père* » ; « *Je serre souvent mes parents dans mes bras, on se fait des câlins* ».

Faute d'étayages solides, Victor n'a pas une sécurité interne suffisante pour affronter la vie, ce qui a comme conséquence un repli sur lui-même et sur les liens familiaux.

L'exclusion de la scène de l'insertion et l'isolement social dans lequel se trouve Victor témoigne de l'impossibilité de la famille de « *supporter* » le processus de

séparation/individuation. Alors, pour éviter la confrontation à la crise familiale, le bouc émissaire, le responsable de tout est l'absence de travail.

Au fur et à mesure des entretiens, Victor, s'interroge sur ce qui le fait souffrir et sur le sens de cette souffrance ; ensemble nous réfléchissons à la façon dont il peut trouver en lui les ressources et les moyens de la surmonter.

Pour conclure, les deux premières années du suivi réalisé avec Victor ont permis de travailler la question de la séparation/individuation, ce qui l'a amené progressivement vers une certaine autonomie. Progressivement, Victor a eu plus de contacts avec son environnement social, il a renoué des liens et élargi son réseau amical. Il lui a également permis d'amorcer une séparation avec ses parents et de pouvoir chercher des idéaux à l'extérieur de sa famille et dans d'autres lieux.

A force de multiplier les expériences agréables et positives, il a commencé à reprendre confiance en lui et à davantage oser. Après ces étapes, Victor éprouve un mieux-être et accède à un emploi (C.D.D. de 4 mois). Il décide de mettre fin au suivi psychologique.

III- LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET EN RESAU

A- LE PARTENARIAT FORMALISE

En 2016, INSERSANTE a signé des conventions de partenariat avec plusieurs institutions.

Toutes ces conventions de partenariat ou de coopération ont la même finalité : connaître ses missions respectives et reconnaître des approches parfois différentes, faciliter la communication des informations, améliorer par différents moyens la collaboration entre les professionnels des deux services signataires. L'élaboration conjointe des conventions garantit cette complémentarité de rôles dans le respect des personnes connues des deux institutions. Au niveau associatif, elle peut aussi être l'occasion de découvrir des valeurs communément défendues.

Exemples de conventions :

1) Le Service de Soins et de Rééducation de Cricquebeuf (polyclinique de Deauville)

Ce service accueille en postcure de 4 à 8 semaines des malades ayant tenté un sevrage et qui ont besoin de se réapproprier leur santé tant sur le plan corporel que par stimulation du cerveau suite aux troubles cognitifs liés aux consommations antérieures. Ils sont surveillés sur le plan médical et bénéficient d'un programme adapté.

INSERSANTE a un rôle important dans la préparation de la cure, la coordination des parcours de soins (faire coïncider la postcure avec la fin de la cure, parfois ouvrir des droits à une mutuelle, accompagner physiquement la personne qui n'irait jamais toute seule, aller au domicile au retour moment clé pour ne pas « rechuter »,...) La convention a pu formaliser les liens alors que plusieurs intervenants A.P.D.A. auront des patients admis dans cette structure (Rouen Sud, Lillebonne, le Havre,...)

2) Habitat et Humanisme

Il existait déjà un partenariat fort entre l'équipe de Fécamp et le groupe fécampois d'Habitat Humanisme. En 2016 INSERSANTE a été sollicité aussi dans le cadre d'un projet d'appartements pour personnes atteintes du syndrome de Korsakov à Bolbec. De notre côté INSERSANTE avait travaillé depuis plusieurs mois sur un besoin de logements adaptés aux personnes isolées en retour de postcure lorsqu'il n'est pas possible ou souhaitable de retrouver le logement antérieur (milieu alcoologène, par exemple).

Or Habitat et Humanisme gère en direct des appartements pour les personnes en situation de vulnérabilité. Notre convention a donc ouvert la voie de nouvelles coopérations à l'échelle départementale.

S'agissant d'une association composée de nombreux bénévoles, notre rôle est aussi d'apporter un complément de formation en addictologie aux bénévoles chargés de l'accompagnement des publics en difficulté et de leur expliquer la mission d'un RAEP.

3) Le Parquet du Tribunal de Grande Instance Dieppe

Nous avons déjà explicité nos actions auprès de personnes sous main de justice. Un partenariat s'était engagé avec le Parquet de Dieppe. A l'occasion du changement de Procureur de la République, nous avons voulu renouvelé cette convention au vu des effets très positifs des années écoulées. Le rendez-vous avec le service AP.D.A. En effet nous suivons très régulièrement des personnes pour qui le contact avec notre service a servi

d'alternative à la poursuite. Cette approche a été fort bien accueillie par M. DUPAS, procureur de la République, qui à peine arrivé à DIEPPE prenait la mesure des problèmes sociaux et de l'alcoolisme sur cette agglomération. Il a affirmé que tout ce qui pouvait contribuer à une prévention ou une réponse psycho-sociale adaptée serait préférée à la répression. Aussi se porte-t-il garant d'une forme de collaboration par rapport à un public ciblé pouvant bénéficier d'action de prévention secondaire, objectif posé par l'A.R.S dans le programme général de prévention.

4) La clinique des Essarts

En 2016 également, nous avons posé les premières briques d'une convention avec la clinique des Essarts. Une fois les objectifs clarifiés il nous faut affiner les coordinations possibles des parcours des personnes orientées dans le contexte global d'accompagnement aux soins.

5) Une convention co-signée par l'A.R.S et 5 associations partenaires

Une convention entre l'Agence Régionale de Santé, INSERSANTE et les 5 associations gérant un C.S.A.P.A (Œuvre Normande des Mères, Fondation de l'Armée du Salut, Nautilia, La Boussole, La passerelle) a été signée en 2016 pour formaliser une articulation qui existait depuis quelques années. Cette convention a pour fondement la reconnaissance mutuelle des leviers d'action qui s'opèrent entre nos services respectifs pour les personnes les plus isolées ou celles pour qui la démarche de soins vers un C.S.A.P.A n'est pas si aisée. Cette convention prévoit notamment que les associations médico-sociales perçoivent chacune une partie de la subvention octroyée par l'A.R.S et la reversent à INSERSANTE association « hors cadre »/loi 2009.

B- LE TRAVAIL EN RESEAU NON FORMALISE

D'une manière plus générale, nous avons appris à travailler en partenariat avec de nombreux services : PASS, CARSAT, CSAPA hospitaliers, Centres sociaux,... Les informations concernant la santé sont souvent diffusées par les « Réseaux Locaux de Prévention en Santé et par les concertations naturelles au fil des accompagnements aux soins. En 2016 nous avons rencontré plusieurs responsables de chantiers d'insertion et avons accueilli sur le territoire d'YVETOT des assistants sociaux de la CARSAT pour mieux comprendre leurs missions et leurs modalités d'intervention.

Notre partenariat avec les C.M.P s'est trouvé gêné par le manque de disponibilité de la plupart des professionnels de ce services et il est parfois difficile pour les psychologues du RAEP de pouvoir imaginer le prolongement de l'action quand bien même il serait nécessaire au vu de la fragilité des personnes ayant pu extérioriser leurs souffrances.

INSER SANTE sur un plan institutionnel est aussi engagé dans l'animation du Réseau ADDICT'O NORMAND, dont la mission est de faciliter la mutualisation des connaissances en matière d'addictologie. Nous devons accentuer ce travail auprès des associations partenaires.

Enfin, nous avons à consolider les liens formalisés avec des associations gérant des résidences sociales, pensions de famille, C.A.D.A, elles aussi confrontées à l'addiction à l'alcool et souvent démunies pour travailler avec les résidents à la réduction des risques et la santé plus globalement.