

EQUIPE MOBILE PSYCHOSOCIALE

**COMITE DE PILOTAGE
du 10 octobre 2007**

RAPPORT D'ACTIVITE
ANALYSE STATISTIQUE
Juin 2006 - Mai 2007



RAPPORT D'ACTIVITE

- Sommaire -

Avant propos	page 01
Analyse statistique	page 03
Analyse thématique	page 13

AVANT PROPOS

• *Un rappel des mouvements de personnel survenus entre mai 2006 et juin 2007 :*

Céline Forestier est passée de 50% ETP en juin à 75% ETP début juillet 2006, puis à 100% ETP début février 2007.

Eric Lazare est régulièrement en formation.

Par ailleurs nous avons accueilli une stagiaire-psychologue en master 2 à compter de début avril 2007 pour un stage professionnel. Elle a été encadrée sur le terrain par notre équipe et nous l'avons aussi aidée dans l'élaboration de son mémoire et rapport de stage.

• *Réorganisation de l'EMP au cours de la période mai 2006 et juin 2007 :*

Trois temps pleins depuis février 2007 et l'accueil d'une psychologue stagiaire pendant cinq mois, ont nécessité une réorganisation du planning des rendez-vous de chacun en fonction de la disponibilité des locaux et de l'utilisation des véhicules.

• *Communication du travail de l'EMP au niveau :*

- local : nouvelles réunions d'information auprès de certains partenaires (arrivée de nouveaux professionnels dans les structures ou encore problèmes d'orientation d'usagers sur l'EMP).
- départemental : article sur l'EMP dans le journal le Dauphiné Libéré.
- régional : reportage sur l'EMP avec France 3 Région
- national : colloques à Nancy, Paris, Marseille
- frontalier : resserrage des liens avec l'équipe genevoise de santé communautaire : l'UMSCO

• **Place et rôle du coordinateur de l'EMP :**

Un questionnement à nouveau à l'ordre du jour au niveau de :

- l'évaluation du personnel.
- la création d'une fiche de poste pour déterminer son rôle, ses responsabilités.

Ce qui nous semble déjà définir ce poste et les éléments sur lesquels nous nous sommes appuyés les années précédentes :

- une fonction d'interface avec les partenaires financeurs et employeur.
- la gestion du matériel.
- la représentation de l'EMP à l'extérieur, fonction de porte-parole.
- la représentation de l'EMP aux comités de pilotage...
- l'organisation du fonctionnement interne de l'équipe.
- la participation au recrutement du personnel.

RAPPORT D'ACTIVITE
DE JUIN 2006 A MAI 2007
- ANALYSE STATISTIQUE -

ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

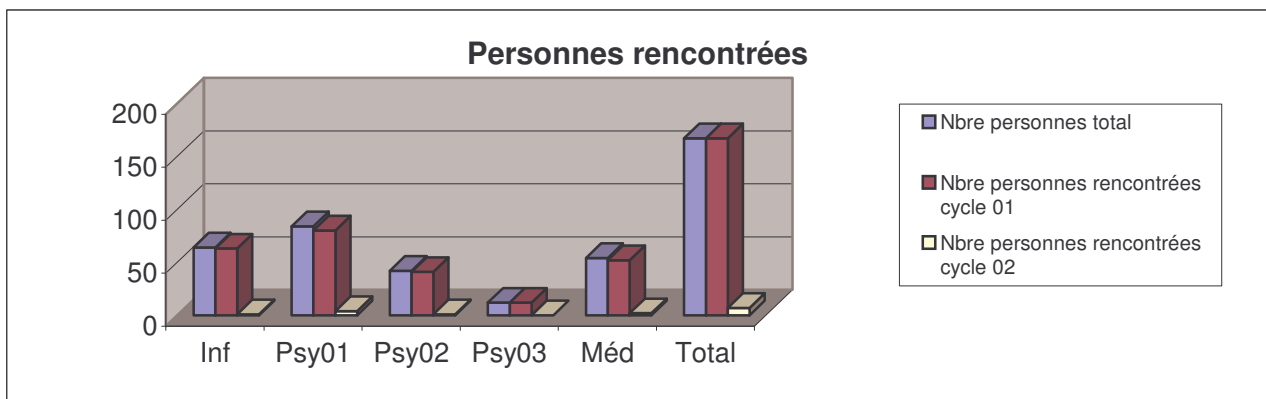
1. Répartition des personnes rencontrées par intervenant :

Sakina DOU	Infirmière
Eric LAZARE	Psy01
Céline FORESTIER	Psy02
Gaëlle SILVESTRI	Psy03 (Stagiaire)
Jean SARAZIN	Médecin psychiatre

	Inf	Psy01	Psy02	Psy03	Méd	Total	N-1
Nbre personnes total	64	84	42	12	54	167	195
Nbre personnes rencontrées cycle 01	63	80	41	12	52	167	195
Nbre personnes rencontrées cycle 02	1	4	1	0	2	7	8

- . Nota : N-1 correspond à l'exercice précédent (juin 2005 - mai 2006)
- . Nota : "personnes rencontrées" correspond aux suivis en cours et aux nouvelles entrées dans le dispositif EMP

- . Baisse générale du nombre de personnes rencontrées
- . Par contre, augmentation du nombre d'entretiens réalisés (cf. Tableau 4)
- . 138 personnes rencontrées par les psychologues (Psy 01, 02 et 03), contre 156 sur la période précédente
- . 54 personnes rencontrées par le médecin, contre 62 sur la période précédente
- . 64 personnes rencontrées par l'infirmière, contre 78 sur la période précédente
- . Très peu de sollicitations en cycle 02



2. Détail du flux mensuel des nouveaux suivis :

- . 122 entrées dans le dispositif sur la période
- . Moyenne de 10,2 entrées par mois

Mois	Entrées	N-1
juin-06	10	14
juil-06	8	15
août-06	4	11
sept-06	8	10
oct-06	8	16
nov-06	16	10

Mois	Entrées	N-1
déc-06	4	17
janv-07	15	9
févr-07	10	14
mars-07	10	5
avr-07	12	10
mai-07	17	11

ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

3. Répartition du nombre d'entretiens par intervenant :

	Inf	Psy01	Psy02	Psy03	Méd
Nbre d'entretiens total	346	407	465	57	333
Nbre d'entretiens réalisés en cycle 01	345	400	463	57	331
Nbre d'entretiens réalisés en cycle 02	1	7	2	0	2

Rappel sur la durée moyenne des entretiens :
 . environ 30 mn pour le médecin
 . environ 60 mn pour l'infirmière et les psychologues

4. Répartition du nombre d'entretiens par cycle :

	cycle 01	cycle 02	Total	%	N-1	%
Nbre entretiens réalisés	1354	9	1363	<i>87,26</i>	985	<i>88,3</i>
Nbre absents	104	3	107	<i>6,85</i>	81	<i>7,3</i>
Nbre excusés	91	1	92	<i>5,89</i>	49	<i>4,4</i>
Nbre total d'entretiens	1549	13	1562	<i>100,00</i>	1115	<i>100,00</i>

. Très nette augmentation du volume d'entretiens réalisés : 1363 pour 985 sur la période précédente (+ 38%)
 . La proportion d'entretiens réalisés (87,26%), de personnes excusées (5,89%) et d'absences (6,83%) reste stable.

5. Nombre d'entretiens par personne :

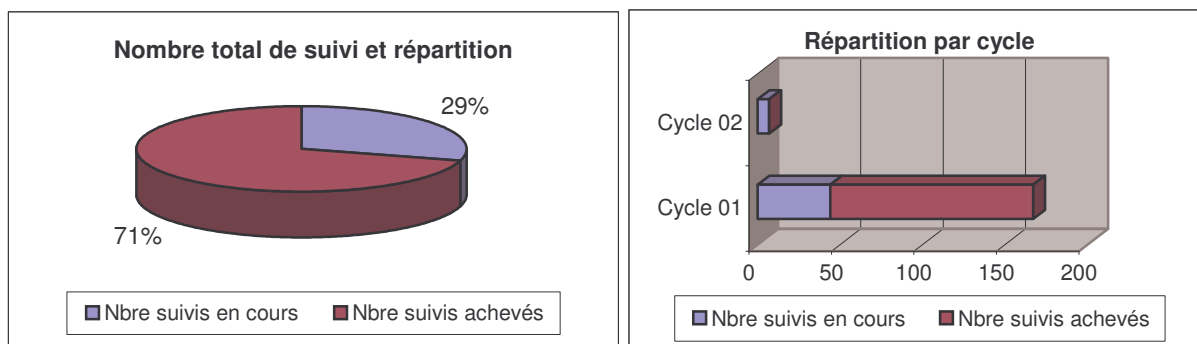
	cycle 01	cycle 02	Total	N-1
Nbre entretiens par suivi mini	1	1	1	1
Nbre entretiens par suivi maxi	45	3	45	30
Nbre entretiens moyen	9,3	1,8	9,3	5,7

. Le nombre moyen d'entretiens est passé de 5,7 à 9,3 par suivi.

ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

6. Répartition des suivis :

	Cycle 01	Cycle 02	Total	%	N-1	%
Nbre suivis en cours	44	7	51	29,00	94	46,00
Nbre suivis achevés	123	0	123	71,00	109	54,00
Nbre total de suivis	167	7	174	100,00	203	100,00



- . Plus de 70% des suivis constatés sont achevés au terme de la période observée.
- . Ce chiffre était proche des 50% sur la période précédente.

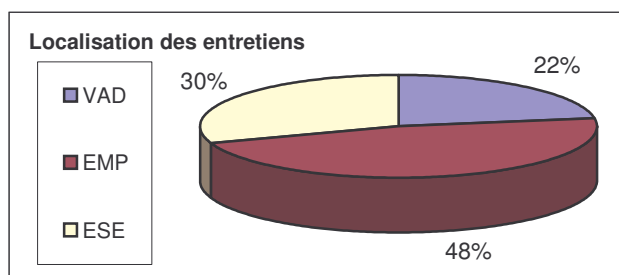
7. Nature des entretiens :

	cycle 01	cycle 02	Total	%	N-1	%
EU (unique)	24	2	26	1,80	51	5,10
EA (accompagnement)	1341	5	1346	96,20	868	87,40
EP (partenaires)	13	1	14	1,00	32	3,20
ES (soins)	9	0	9	0,60	20	2,10
EF (familial)	2	2	4	0,20	22	2,20
Total	1389	10	1399	100,00	993	100,00

- . Les suivis s'individualisent, avec une prédominance des entretiens d'accompagnement (EA)
- . Diminution importante des entretiens avec partenaires (EP) et avec la famille (EF)
- . Les entretiens de soin (ES) ont été plus régulièrement inclus et comptabilisés dans les entretiens d'accompagnement (EA)
- . Diminution également importante des entretiens uniques (EU), du fait d'un échange d'information plus conséquent avec le prescripteur, dès le premier appel téléphonique

8. Localisation des entretiens :

	Total	%	Cycle 01	Cycle 02	N-1	%
VAD	334	22,00	331	3	213	21,00
EMP	704	48,00	704	0	347	34,00
ESE	452	30,00	443	9	438	43,00
Total	1490	100,00	1478	12	998	100,00

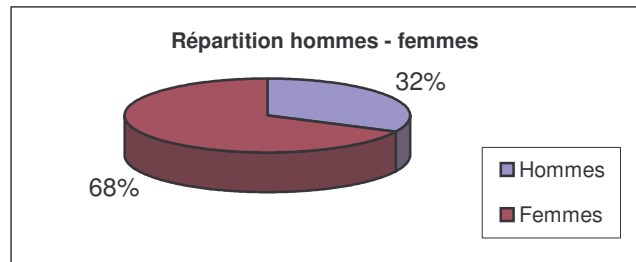


- . La première rencontre avec l'utilisateur se déroule dans le cadre d'un rendez-vous tripartite, dans les locaux du prescripteur
- . A partir du deuxième entretien, pratiquement la moitié des entretiens se déroulent dans les locaux de l'EMP
- . Depuis la période précédente, on constate une inversion des proportions entre le suivi dans les locaux de l'EMP et les interventions sur sites extérieurs

ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

9. Répartition par sexe des publics :

195 personnes	Total	N-1
Hommes	54	59
Femmes	113	136
non renseigné	0	0
Total	167	195

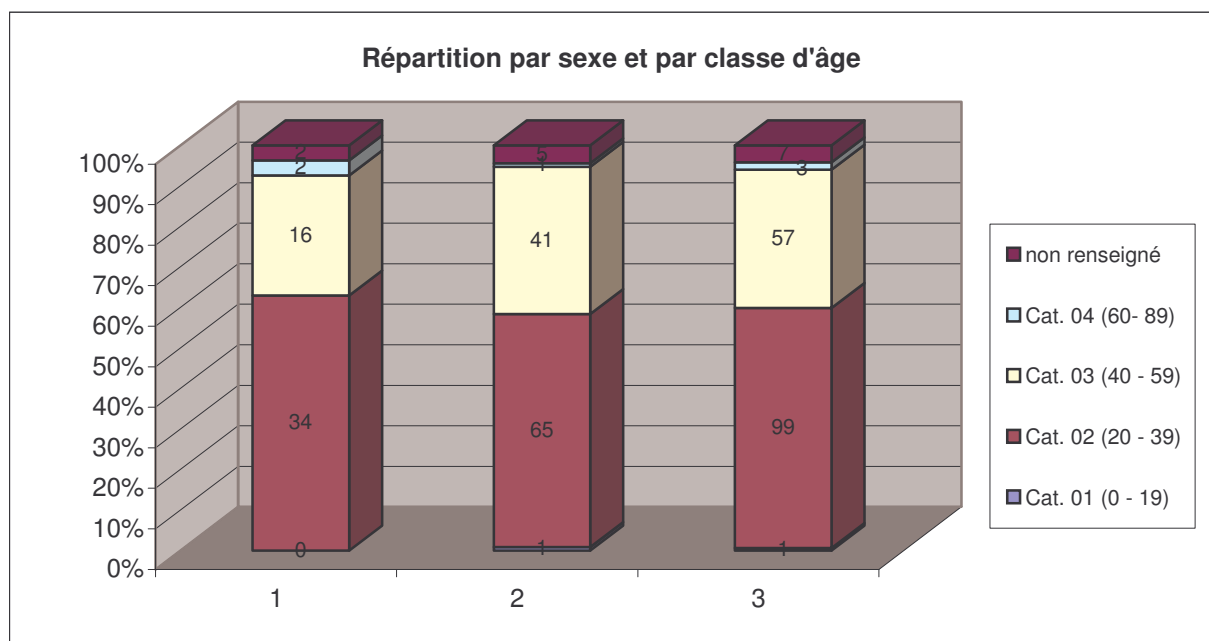


. La répartition hommes / femmes reste pratiquement inchangée depuis l'origine du dispositif

10. Analyse des catégories d'âge, selon le sexe :

	1	2	3			
	Hommes	Femmes	Total	%	N-1	%
<i>Age moyen</i>	37,2	34,6	35,9	/	38,8	/
plus jeune	22	19	19	/	17	/
plus âgé	75	63	75	/	71	/
Cat. 01 (0 - 19)	0	1	1	0,60	4	2,00
Cat. 02 (20 - 39)	34	65	99	59,20	103	52,80
Cat. 03 (40 - 59)	16	41	57	34,10	77	39,60
Cat. 04 (60- 89)	2	1	3	1,80	7	3,60
non renseigné	2	5	7	4,20	4	2,00
Total	54	113	167	100,00	195	100,00

- . Très peu de personnes rencontrées dans les catégories 01 et 04
- . Près de 60% des personnes accueillies ont entre 20 et 39 ans
- . Près de 35% des personnes accueillies ont entre 40 et 59 ans



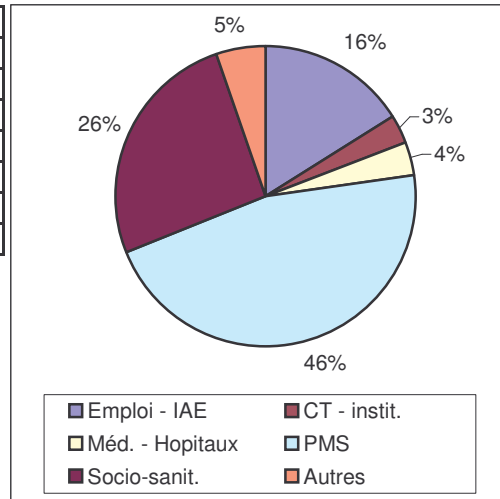
ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

11. Services prescripteurs - sollicitations :

	Nombre	%	N-1	%
Emploi - IAE	27	16,00	26	13,00
CT - instit.	5	3,00	19	9,70
Méd. - Hopitaux	6	4,00	8	4,10
PMS	77	46,00	110	56,40
Socio-sanit.	43	26,00	26	13,30
Autres	9	5,00	6	3,10
Total	167	100,00	195	100,00

Autres :

G. Transfrontalier	1
MJD	2
TGI	1
CMP	1
non renseigné	4
Total	9

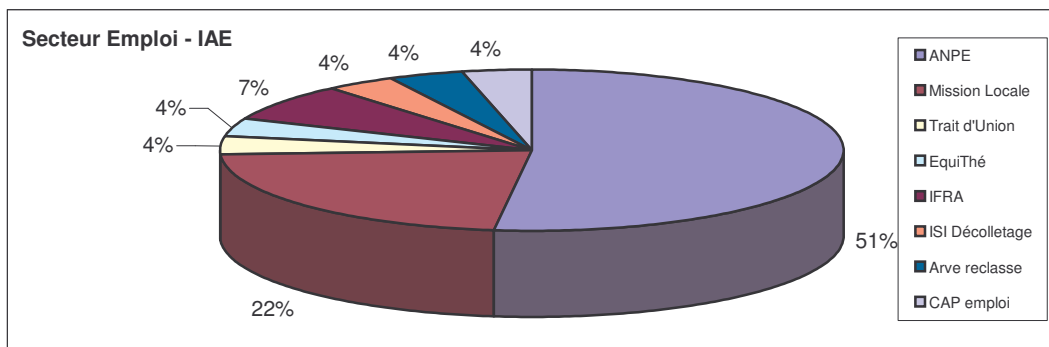


- . Diminution des sollicitations des Pôles Médico Sociaux (PMS), de 56 à 46% du total
- . Dans le même temps, doublement des sollicitations du secteur socio-sanitaire, de 13 à 26%
- . Diminution également notable des sollicitations des collectivités locales et autres institutions, de 10 à 3%

12. Prescripteurs, secteur Emploi - IAE :

	Nombre	N-1
ANPE	14	6
Mission Locale	6	4
Trait d'Union	1	6
EquiThé	1	2
IFRA	2	3
ISI Décolletage	1	2
Arve reclasse	1	1
CAP emploi	1	2
Total	27	26

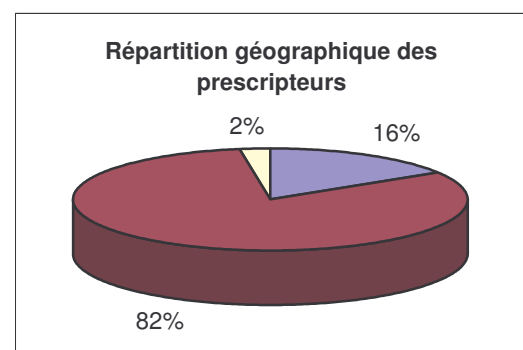
- . L'ANPE représente la moitié des demandes d'intervention
- . La Mission Locale devient le deuxième prescripteur du secteur
- . Ces deux services génèrent 74% de la demande globale du secteur Emploi - IAE



13. Répartition géographique des prescripteurs :

	Nombre	%	N-1	%
Hors agglom.	27	16	30	15
Périmètre 2C2A	136	82	165	85
Non renseigné	4	2	0	0
Total	167	100	195	100

- . La répartition géographique des prescripteurs est quasiment identique depuis l'origine du dispositif



ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

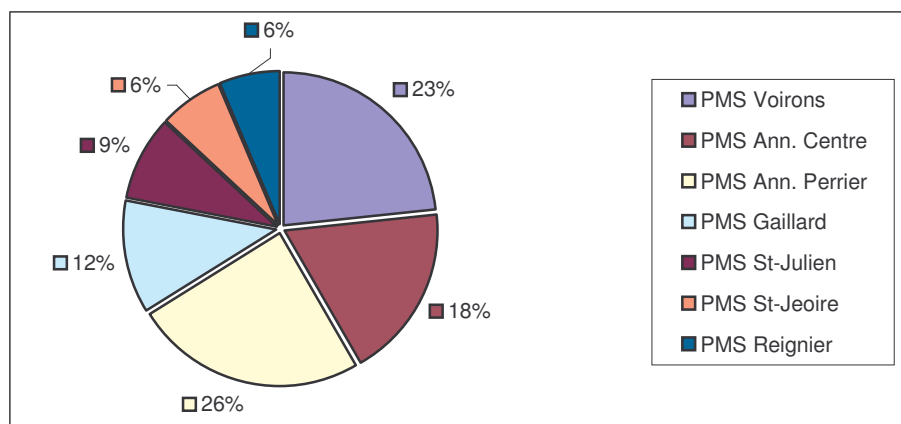
14. Prescripteurs, secteur socio-sanitaire :

	Nombre	%	N-1	%
Apreto - Fil Rouge	3	6,90	1	3,84
ESCALE	2	4,60	2	7,70
Tremplin (J + A)	14	32,50	9	34,60
Maison Coluche	1	2,30	0	0,00
AEMO	1	2,30	0	0,00
ASE	2	4,60	0	0,00
ATMP	1	2,30	3	11,50
VIA 74	0	0,00	2	0,00
ESP. FEMMES	0	0,00	2	7,70
ESP. HANDICAP	0	0,00	0	0,00
FJT	0	0,00	0	0,00
ADOMA	0	0,00	0	0,00
SPASE 74	1	2,30	3	11,50
ALAP	2	4,60	1	3,80
Foyer Lauriers	1	2,30	0	7,70
CAF	2	4,60	0	0,00
CADA	5	11,60	1	3,80
PMI	8	18,60	0	7,70
Total	43	100,00	24	100,00

- . Le dispositif TREMPLIN reste de loin l'utilisateur le plus régulier de l'EMP, avec 32,5% des sollicitations du secteur
- . Une augmentation conséquente des sollicitations du CADA (St-Jeoire) et des services de la PMI

15. Détail de la répartition des sollicitations par PMS :

	Nombre	%	N-1	%
PMS Voirons	18	23,00	24	21,80
PMS Ann. Centre	14	18,00	23	20,90
PMS Ann. Perrier	19	26,00	42	38,20
PMS Gaillard	9	12,00	3	2,70
PMS St-Julien	7	9,00	15	13,60
PMS St-Jeoire	5	6,00	2	1,80
PMS Reignier	5	6,00	1	0,90
Total	77	100,00	110	100,00



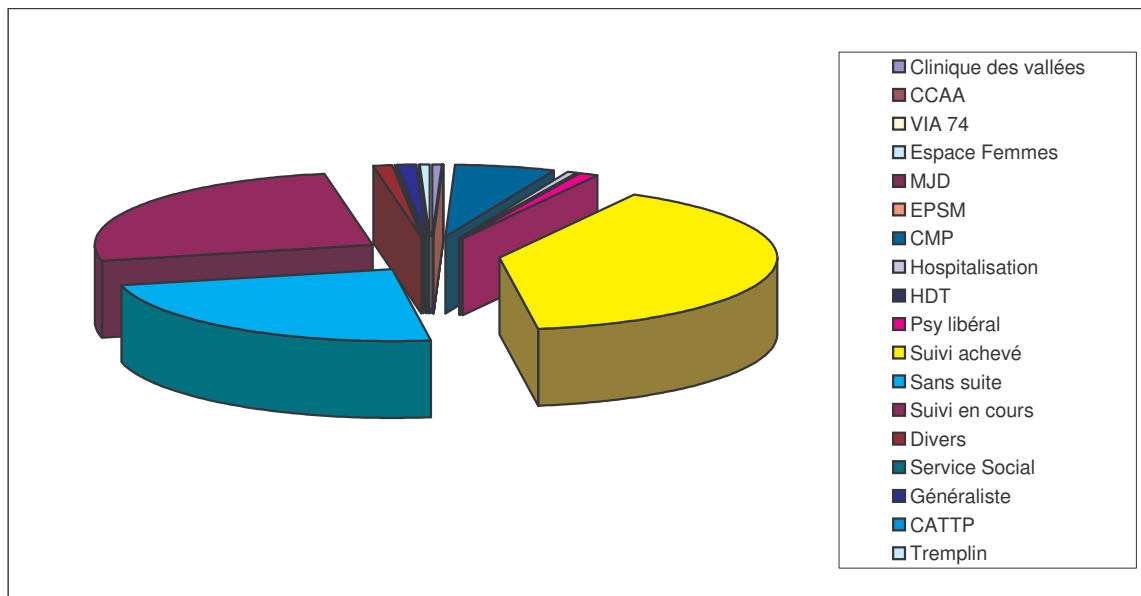
- . Les PMS d'Annemasse (Centre et Perrier) représentent près de 45% des sollicitations
- . Les demandes du PMS de Gaillard passent de 3 à 12% du total (9 sollicitations sur la période)
- . Les demandes des PMS de Reignier et de St-Jeoire sont également en augmentation

ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

16. Analyse des principales orientations :

	Nombre	%	N-1	%
Clinique des vallées	1	0,59	0	0,00
CCAA	0	0,00	1	0,50
VIA 74	0	0,00	1	0,50
Espace Femmes	0	0,00	2	0,95
MJD	0	0,00	2	1,00
EPSM	0	0,00	0	0,00
CMP	10	5,98	11	5,30
Hospitalisation	1	0,00	4	1,90
HDT	0	0,00	0	0,00
Psy libéral	2	1,19	8	3,90
Suivi achevé	69	38,32	43	20,90
Sans suite	41	24,55	40	19,40
Suivi en cours	45	25,74	85	41,30
Divers	2	1,79	3	1,45
Service Social	0	0,00	1	0,50
Généraliste	2	1,19	1	0,50
CATTP	0	0,00	2	0,95
Tremplin	1	0,59	2	0,95
Total	174	100,00	206	100,00

- . Le "suivi achevé" correspond à une issue "positive", au sens où elle ne nécessite pas d'orientation ou de poursuite du travail d'accompagnement
- . Forte augmentation des suivis achevés, avec pour corollaire une diminution des suivis en cours
- . Les orientations se sont recentrées vers le secteur médical

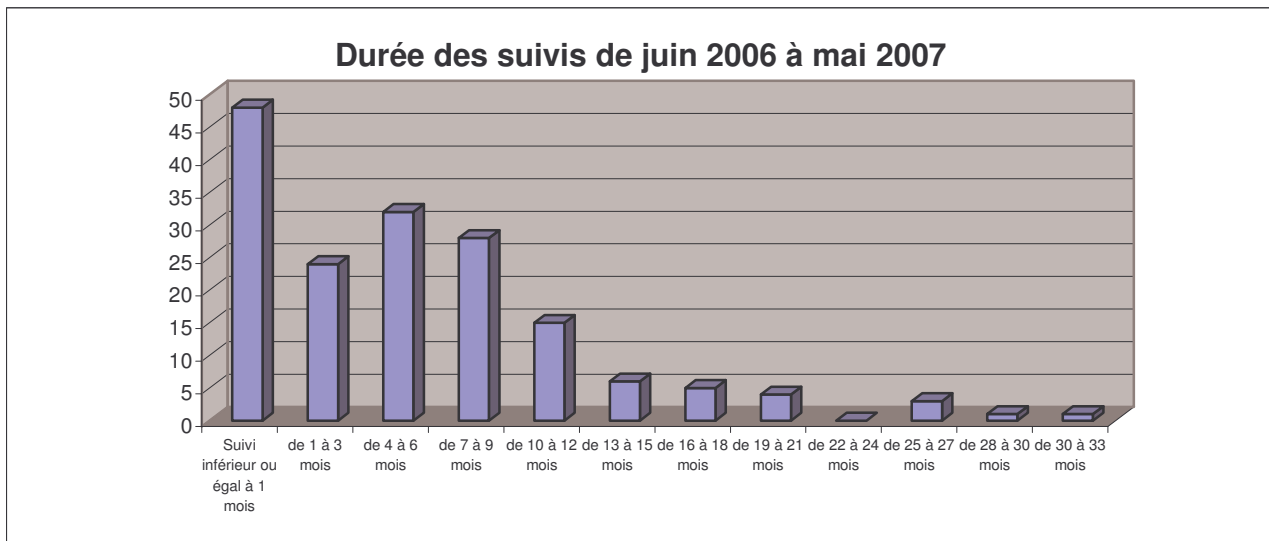


ACTIVITE DE L'EMP Juin 2006 - Mai 2007
Eléments d'analyse statistique

17. Détail de la durée des suivis en mois :

	Total	N-1
Durée moyenne des suivis :	6 mois	6 mois
Suivi le plus long en mois :	33	21
Suivi le plus court :	entretien unique	entretien unique

Durée du suivi :	Nombre	%	N-1
Suivi inférieur ou égal à 1 mois	48	<i>28,7</i>	42
de 1 à 3 mois	24	<i>14,3</i>	40
de 4 à 6 mois	32	<i>19,2</i>	43
de 7 à 9 mois	28	<i>16,9</i>	28
de 10 à 12 mois	15	<i>8,9</i>	20
de 13 à 15 mois	6	<i>3,5</i>	19
de 16 à 18 mois	5	<i>2,9</i>	10
de 19 à 21 mois	4	<i>2,4</i>	1
de 22 à 24 mois	0	<i>0</i>	0
de 25 à 27 mois	3	<i>1,8</i>	0
de 28 à 30 mois	1	<i>0,6</i>	0
de 30 à 33 mois	1	<i>0,6</i>	0
Total	167	<i>100</i>	203



- . Rallongement de la durée de certains suivis, certains pouvant aller jusqu'à 33 mois
- . Diminution (en nombre et en %) des suivis compris entre 1 et 6 mois
- . Légère augmentation des suivis de moins d'un mois, de 20 à 28%

18. Problématiques rencontrées :

	Nombre	%
Problématique somatique	25	9,5
Problématique psychiatrique	17	6,5
Conduites addictives	19	7,2
Etat dépressif	154	58,8
Troubles du comportement	19	7,25
Clinique Interculturelle	17	6,5
Violence conjugale	11	4,2
Total	262	100

Nota :

Conduites addictives : toxicomanie, alcoolisme...

Etat dépressif : en lien avec un état de démoralisation, de déprime, d'anxiété mais aussi des situations d'isolement et de rupture

Troubles du comportement : violence, agressivité, conduites déviantes...

Clinique interculturelle : problématique psychique et sociale, liée à une situation d'expatriation et de transplantation

Principaux constats :

- . Rallongement de la durée de certains suivis
- . Augmentation considérable du nombre d'entretiens par personne
- . Diminution régulière, depuis avril 2004, du nombre d'entrées dans le dispositif
- . Accroissement progressif du délai entre la sollicitation par le prescripteur et le premier entretien
- . "Individualisation" de la relation avec l'utilisateur
- . Tendance à une "sédentarisation" dans les locaux de l'EMP
- . Disponibilité et "ouverture" de l'EMP pour répondre aux attentes des partenaires, concernant des prises en charge thérapeutiques, nécessitant forcément un investissement dans le temps plus important

Conclusions :

- . On peut observer une évolution du fonctionnement du dispositif depuis sa création, même si l'équipe est restée attentive aux axes de travail et aux missions définis à l'origine
- . On peut considérer que, notamment en raison d'un déficit de relais efficaces, le fonctionnement actuel du dispositif se rapproche de celui d'un CMP...

RAPPORT D'ACTIVITE
DE JUIN 2006 A MAI 2007
- ANALYSE THEMATIQUE -

ANALYSE THEMATIQUE

L'EMP ET LE RESEAU

Rappel de notre cadre d'intervention et ses modalités à l'aide du schéma ci-dessous :

Partenaires :

Médical, social, insertion, justice, pénitencier...
Secteur public et associatif.

Contact téléphonique



Equipe Mobile Psychosociale (EMP)

Prise de rendez-vous



Premier entretien tripartite

(Partenaire, usager, EMP)
Première évaluation de la situation.



- Entretien unique,
- Réorientation vers des structures adaptées,
- Information sur le réseau.



- Début d'accompagnement (3 à 5 mois, usager et EMP),
- Suivi médico-psychologique



- Fin d'accompagnement,
- Réorientation vers des structures spécialisées ou des professionnels indépendants,
- Fiche navette (EMP → partenaires)

LES PARTENAIRES :

Le contact téléphonique : c'est le moment où les partenaires nous contactent pour une nouvelle situation. C'est pour nous l'occasion d'une première évaluation de la demande portée par le partenaire. En d'autres termes : cela concerne-t-il le cadre de l'EMP ou pas ?

Nous constatons encore quelques incompréhensions de la part de nos partenaires prescripteurs sur notre mission et notre fonctionnement. En effet, au cours de cette année, certains de nos partenaires ont parfois donné nos coordonnées aux usagers ou encore nous ont laissé les coordonnées des usagers afin que nous les rencontrions directement. Dans ces deux cas de figures, nous essayons de repreciser notre fonctionnement sous la forme des *entretiens tripartites* de départ, condition qui nous semble nécessaire à la mise en place d'une collaboration professionnelle optimum entre partenaires et cela, dans l'intérêt de l'utilisateur.

Qui sont les partenaires qui nous ont contactés durant cette période ?

Ils sont de trois types :

1. ceux qui ont compris que l'on s'inscrivait dans la prévention et/ou dans le retour au projet de soin.
2. ceux qu'il nous faut rassurer car ils sont débordés par la situation même de l'utilisateur et qui ont le plus souvent besoin de soutien et de recul.
3. ceux qui sont à la recherche d'un CMP et préfèrent nous solliciter pour une prise en charge rapide de la souffrance psychique, en utilisant notre disponibilité et notre facilité de prise de contact.

Le premier contact consiste à une recherche de renseignements auprès des partenaires concernant l'utilisateur. Dans l'idéal on tente de voir si la demande formulée par le partenaire est adaptée à notre cadre d'intervention :

- on évalue si les critères correspondent à une possible intervention de notre part.
- on repère la « crise » si il y a lieu.
- on évalue la « détresse » possible du travailleur social face à la situation.

Paradoxalement, dans la réalité de notre pratique, nous constatons fréquemment que lorsque nous sommes submergés par les sollicitations des partenaires, nous ne prenons plus forcément le temps d'apprécier cette étape de pré-évaluation et organisons rapidement une rencontre tripartite pour une évaluation directe.

Et inversement, dès lors que les sollicitations se ralentissent, nous reprenons le temps de repositionner notre cadre d'intervention et d'explorer ces premiers renseignements.

L'ENTRETIEN TRIPARTITE AVEC LA PREMIERE EVALUATION EN DIRECT

Cette étape permet :

- d'échanger des informations sur la situation de l'utilisateur en sa présence
- de clarifier les rôles de chacun des partenaires
- de contribuer à l'établissement de la confiance et d'un lien entre les différents protagonistes
- d'évaluer la problématique exposée, qui engage la mise en place d'un suivi ou éventuellement une réorientation lorsque la situation ne concerne pas l'intervention de l'EMP.

Là encore nous rencontrons quelques difficultés chez certains partenaires dans la compréhension de notre fonctionnement. Certains entretiens se déroulent en l'absence des partenaires sociaux, d'où notre questionnement sur :

- la possibilité dans ce cas-là, qu'ont ces usagers d'aller directement vers le CMP
- le risque d'une perte de dynamique de travail partenarial ; l'utilisateur pourrait alors se retrouver dans un système de prise en charge clivée, sans communication entre les partenaires.

Avec cette multiplication de partenaires sans lien entre eux, les risques sont alors :

- un renforcement du sentiment d'isolement de l'utilisateur qui ne sait plus à qui s'adresser.
- pour certains usagers qui sont dans la manipulation, la possibilité d'utiliser le réseau sanitaire et social à leur convenance.

Nous tenons à cette étape même si celle-ci n'est pas toujours très bien comprise par certains partenaires, car c'est précisément l'étape où la relation va s'établir entre l'EMP et l'utilisateur. Le partenaire est celui qui rend possible cette rencontre sans pour autant se substituer à cette nouvelle relation entre l'utilisateur et l'EMP.

LE SUIVI

On note principalement deux types d'utilisateurs rencontrés lors de nos suivis avec des dynamiques individuelles différentes :

- 1- les utilisateurs autonomes qui viennent saisir le « coup de pouce » à un moment de « crise », et pour lesquels l'EMP sera un tremplin pour sortir peu à peu de la souffrance et retrouver leur capacité à faire face à leurs difficultés.
- 2- les utilisateurs qui sont dans une dépendance du lien et avec lesquels la durée de prise en charge sera plus longue et la réorientation ou la fin de suivi sera à envisager de façon plus compliquée.

Dans le cadre du suivi en place sur l'EMP, nous sommes parfois en présence d'autres structures qui viennent en complément de notre intervention : les lieux et les espaces d'étayage ne se substituent pas les uns aux autres mais s'ajoutent les uns aux autres. C'est le constat que nous avons fait notamment, lors des synthèses effectuées avec les partenaires. Le suivi mis en place au niveau de l'EMP vient donc s'ajouter à celui des autres professionnels de santé (CMP, psychiatrie de liaison, thérapeutes en libéral...).

L'ORIENTATION

Nous constatons que la durée des suivis sur l'EMP augmente et qu'une relation thérapeutique et de soutien s'installe dans le temps. Le peu de prise en charge psychothérapeutique possible à l'extérieur, à moyen terme et à long terme (CMP saturé, psychologues en libéral trop onéreux pour cette population) nous a amené à maintenir certains suivis sur l'équipe. Dans ce cas, le travail de l'EMP tend à se rapprocher de celui du CMP.

Dans ce contexte là et compte tenu du lien (relation transférentielle) établi avec l'utilisateur, il est difficile de se séparer tant au niveau de l'utilisateur qu'à notre niveau parfois.

- L'orientation vers les CMP :

Quel partenariat peut-on envisager avec ces structures ?

Quelle place prenons-nous auprès d'eux en tant que partenaire ?

Comment orienter vers les CMP compte tenu, cette année, des variations dans les modalités d'accueil des patients pour certaines structures ?

Actuellement, nous informons les secrétariats des CMP des personnes que nous leur orientons.

- L'orientation vers le libéral :

Nous disposons de quelques adresses de psychiatres et psychologues qui travaillent en libéral et qui acceptent de faire des tarifs préférentiels pour les personnes en situation de précarité.

- L'orientation vers le réseau social :

Cette orientation peut s'effectuer sans que le suivi sur l'EMP ne s'arrête forcément : par exemple, vers des structures telles que Tremplin, Espace femmes, Maison de la Justice et du Droit, etc...

- L'orientation vers le soin :

Elle intervient en direction d'un médecin généraliste, d'une cure en alcoologie, de soins de suite, d'une hospitalisations en psychiatrie ou autre...

- La réorientation immédiate :

Orientation très rapide lorsque la personne ne s'inscrit pas d'emblée dans un accompagnement psychologique mais dans une demande d'information sur le réseau (entretien unique).

QUELQUES VIGNETTES CLINIQUES
POUR ILLUSTRER NOTRE TRAVAIL DE PARTENARIAT

PREMIERE SITUATION

Suivi: Céline Forestier

La situation de départ :

Madame P. est suivie par le service social depuis quelques années pour des difficultés financières associées à d'importants problèmes conjugaux et familiaux. A cela s'ajoutent également des troubles somatiques importants pour cette femme âgée de 40 ans qui l'ont mené à une invalidité.

Madame P. vit avec sa fille de 15 ans, et son deuxième mari, celui-ci n'étant pas le père de la jeune fille.

Le contact téléphonique :

L'assistante sociale de Madame P. contacte l'EMP suite à une dégradation de la situation de Madame P. Elle prépare celle-ci à une rencontre avec l'équipe depuis un an environ. Madame P. jusque là plutôt réfractaire, paraît entrevoir la possibilité d'être aidée. L'assistante sociale a parallèlement fait un signalement pour la fille de Madame compte tenu du contexte de vie de la famille : alcoolisation du couple et violence conjugale. L'assistante sociale est très inquiète pour Madame P.

Les possibilités de déplacement de Madame étant limitées, nous convenons d'un rendez-vous tripartite entre Madame, l'assistante sociale et moi-même pour une première évaluation à la mairie de la commune de Madame, juste à côté de chez elle.

Premier rendez-vous tripartite :

A notre arrivée, Madame P. vient de faire un malaise et est étendue par terre... Les pompiers sont en chemin. Madame P. est visiblement alcoolisée et tuméfiée...

Elle ne cesse de répéter qu'elle a un rendez-vous et qu'elle ne veut pas aller à l'hôpital... Ce qui sera tout de même le cas compte tenu de son état.

Nous convenons de nous tenir au courant avec l'assistante sociale et d'éventuellement prévoir un rendez-vous ultérieurement.

Nous nous rappelons et fixons un nouveau rendez-vous. Madame P. est cette fois à jeun. Elle semble tout à fait consciente de sa situation et reste très en demande d'aide notamment au niveau de la violence conjugale qu'elle ne supporte plus. Elle a également très bien saisi le signalement fait par rapport à sa fille et la mesure d'aide éducative demandée... Inquiète d'une éventuelle séparation d'avec sa fille, elle accepte de se faire aider. Elle souhaite par ailleurs se protéger de son conjoint dont elle n'accepte plus la maltraitance. Toutefois elle reste dans le déni de son alcoolisation.

Compte tenu des problèmes de santé et des difficultés financières de Madame, nous convenons avec Madame P. et moi-même de nous rencontrer une fois par semaine chez elle.

Avec l'assistante sociale, nous décidons de faire des points régulièrement sur l'évolution de la situation.

Le dispositif de mise à distance du conjoint violent est activé. Monsieur quitte le domicile conjugal.

Le suivi :

Madame P. investit bien les entretiens psychologiques mis en place et s'appuie sur ces espaces de soutien pour élaborer d'autres espaces. Très amaigrie et ayant d'importants problèmes de santé, j'hésite à un moment donné à faire intervenir l'infirmière de l'équipe, ce dont je lui fais part. Je renonce dans la mesure où elle reprend contact avec son médecin généraliste et met en place avec lui un suivi régulier dont elle me fait part fréquemment. Elle ne s'alcoolise plus. Elle souhaite prendre petit à petit soin d'elle par rapport à sa fille.

En effet, l'assistante sociale m'a prévenu que celle-ci a été placée dans un foyer d'accueil provisoire avec des éducateurs. Ce foyer dépend de l'ASE. Je prends contact avec eux pour les informer du suivi psychologique en cours avec Madame P.

Dès lors, nous nous tenons au courant des évolutions de la situation tant au niveau de Madame P que de sa fille. J'irais d'ailleurs à une synthèse à l'ASE avec l'assistante sociale de Madame P., le référent de l'ASE, et deux des éducateurs suivant la fille.

Madame P. est au courant des liens téléphoniques et des rencontres des différents partenaires, ce qui je pense aura contribué à l'instauration d'une confiance qu'elle nous porte, et à sa possibilité de nous solliciter. Elle s'appuie sur ces différents espaces et reste toujours très claire avec chacun des partenaires.

L'orientation :

Le suivi est toujours en cours actuellement car d'autres problèmes sont venus se greffer pour cette famille et Madame P. me paraît trop fragile pour le moment pour être orientée sur une autre structure.

DEUXIEME SITUATION Suivi: Eric Lazare, Sakina Dou

Le contact téléphonique : éléments contextuels

L'assistante sociale prend contact avec l'équipe pour un échange d'informations sur Monsieur X et expliquer la raison de sa demande.

Monsieur X a 52 ans. Il se retrouve dans une situation très dégradée tant au niveau personnel (santé, financier...) qu'au niveau social (isolement, repli sur lui-même...). Depuis son licenciement en novembre 2005, il a enchaîné des périodes de chômage et de maladie sans forcément faire valoir ses droits à prestations. Il cumule des retards de loyers et des crédits. Un plan de surendettement a été mis en place.

Parallèlement, au regard de la dégradation de ses capacités physiques, il n'arrive pas à envisager une recherche d'emploi, malgré une formation diplômante intéressante (diplôme de moniteur éducateur), et une expérience professionnelle élargie (animation, secrétariat...).

Une demande d'allocation adulte handicapée a été instruite auprès de la Cotorep. Après de son assistante sociale, il se plaint de ses conditions d'hébergement et a pu évoquer avec elle sa dépendance à l'alcool. Suite à la proposition de l'assistante sociale, Monsieur a fini par accepter notre intervention.

Le suivi :

Les deux premiers rendez-vous se sont déroulés au service social. Nous avons rencontré Monsieur X qui parlait aisément et librement de sa dépendance à l'alcool. Monsieur X était centré sur l'hygiène dans son appartement et plus particulièrement sur une bouche d'aération qui d'après lui générait une ambiance microbienne néfaste. Il aspirait à un changement de logement et de vie. Concernant son alcoolodépendance, Monsieur X nous a fait part de sa vision pragmatique et rationnelle pour résoudre son problème. Il imaginait une « technique de résolution de problèmes » qui lui permettrait de maîtriser ses « émotions en lui » et de le reconditionner afin d'adopter un autre comportement. Monsieur X parlait avec facilité et arborait des capacités d'analyse et de réflexion sur lesquelles nous allions pouvoir nous appuyer. Lors du deuxième entretien, Monsieur X est allé plus loin dans l'échange d'informations le concernant. Il nous a dévoilé une autre dépendance, à savoir une dépendance sexuelle qui l'amenait à fréquenter très régulièrement les sex-shops et à y laisser une bonne partie de ses finances. Monsieur X nous a demandé de l'aide pour sortir de cet engrenage. Nous comprenions alors sa recherche d'une technique pour maîtriser ses « émotions en lui », mais aussi sa dépendance à l'alcool. Nous lui avons proposé de réfléchir à une cure en alcoologie et à une rencontre avec un sexologue. Monsieur X était d'accord avec ces propositions. Le lien semblait établi. Au troisième rendez-vous, Monsieur X était absent.

Notre travail au sein du réseau :

Suite à cette absence au rendez-vous, très rapidement, nous sommes contactés par l'assistante sociale pour nous signaler l'état de dégradation physique et morale de Monsieur X. A domicile, nous découvrons Monsieur X dans un état d'incurie inquiétant. Nous organisons une première hospitalisation.

Première hospitalisation :

- arrivée aux urgences de l'hôpital d'Annemasse : cure de sevrage et relais avec la psychiatrie de liaison.
- séjour à l'établissement public de santé mentale de la Roche sur Foron.
- post cure au centre médical « Mont Blanc » au Plateau d'Assy.
- Intervention de l'association « Trait d'Union » pour une remise en état de son appartement.

Monsieur X est revenu à domicile. A ce moment, un réseau de professionnels s'est solidement constitué avec : l'assistante sociale de secteur, l'assistante sociale de l'hôpital d'Annemasse, la curatrice et l'EMP. Des échanges sur la situation de Monsieur X et les orientations médico-sociales se sont mises en place entre les institutions médicales et ce premier cercle de professionnels sur le terrain.

Malgré les visites régulières à domicile de l'assistante sociale, de la curatrice, et de l'EMP, Monsieur X s'est à nouveau laissé entraîner dans l'alcool. Nous avons insisté auprès de Monsieur afin qu'il mette fin à ce cycle des hospitalisations. L'objectif étant de réfléchir à un projet à moyen et long terme.

Avec l'ensemble des professionnels sur le terrain, nous lui avons proposé deux structures post-cure dans la Drôme. Parallèlement, nous avons pris contact avec des structures communautaires (Emmaüs, Sœurs de Bethléem ...). Notre impératif était de le couper d'un isolement dévastateur pour sa santé et d'éviter un retour à domicile. Monsieur X est resté demandeur.

Alerter par une voisine proche de lui et se retrouvant à nouveau dans une situation critique, nous avons organisé une deuxième hospitalisation avec l'aide du SAMU.

Deuxième hospitalisation :

- arrivée aux urgences à l'hôpital d'Annemasse
- cure de sevrage à Bonneville (CHIAB)
- séjour à l'établissement public de santé mentale de La Roche sur Foron.
- post-cure au CHRS « Regain » dans le Drôme.

Après ce séjour en post-cure, Monsieur X a décidé de revenir chez lui, refusant les propositions du CHRS « Regain » qui étaient de poursuivre dans la structure ou d'intégrer une autre structure. Au regard de cette décision, l'EMP en concertation avec les autres professionnels a décidé de se retirer de ce suivi après pratiquement un an d'accompagnement.

De nombreux intervenants ont gravité autour de Monsieur X et ont pu travailler dans la collaboration et en coordination. Face à une problématique abandonnique et suicidaire, la plupart ont eu le sentiment d'être arrivés au bout de leurs propositions et de solutions possibles. A ce jour, Monsieur X continue à être suivi par son assistante sociale de secteur et sa curatrice.