

RELAIS EMPLOI SANTÉ INSERTION (RESI)

POUR QUI ? POUR QUOI FAIRE ?

Jean-Marie EBER, médecin du travail

Vu les conditions économiques, les difficultés au niveau du travail, les plans de licenciements, le mal être de nombreux salariés, beaucoup de personnes se retrouvent au chômage, parfois pour une longue durée. D'autres s'accrochent, acceptent des missions souvent en intérim, n'arrivent pas à suivre le rythme imposé et voient leur mission se terminer prématurément.

De rupture de contrat, en longues périodes de chômage, puis en situation d'exclusion, ces personnes ne trouvent plus de ressort suffisant pour se projeter dans un travail. Elles entrent dans une situation de précarité et l'écart entre le plein emploi et la situation d'exclusion est ténu et d'une progression rapide.

Ce constat nous l'avons fait dès 1988 au travers des difficultés rencontrées auprès des salariés temporaires suivis en médecine du travail. Aussi nous sommes nous posé des questions. Comment pourrions-nous agir à notre niveau dans ces situations de grande précarité en tant que médecin de prévention ?

L'accès aux soins, l'accès à la vie sociale, au mieux-être et enfin l'accès au travail (souvent mais pas toujours), ces trois données sont au cœur de la problématique de la précarité et ne peuvent se régler que par une prise en charge globale de proximité, par un travail en réseau.

En ce qui concerne le domaine « santé », l'accès aux soins n'est pas résolu par les soins gratuits, la CMU... dont chaque personne dispose pratiquement, (mise à part celle sans papiers).

Il n'y a pas de pathologie spécifique à la précarité, mais un nombre de symptômes (d'hygiène, d'affections cutanées, dentaires, digestives, de malnutrition, psychologiques, de pathologies des addictions...) qui créent des problèmes de santé. Ces derniers sont liés aux effets combinés de la pauvreté, de l'habitat (parfois inexistant), du chômage, du man-

que d'avenir professionnel pour les jeunes, à la tristesse du cadre de vie, à l'échec scolaire...

Tout cela crée un mal être, une inhibition de toute volonté entraînant entre autres un accès aux soins de plus en plus tardif et souvent en service d'urgence à l'hôpital.

Les systèmes d'offres de soins paraissent inadaptés voire impuissants face à cette situation car les personnes ne s'y rendent que par un immense effort sur elles-mêmes. Par ce fait même, elles sont souvent considérées comme négligentes, insouciantes, alors qu'il s'agit d'un comportement de rupture dû aux déterminants socio éducatifs et au vécu de la population démunie.

Ces comportements de rupture ne sont pas spécifiques à la santé, mais observés à tous les niveaux de la vie sociale (logement, loisirs, formation, emploi), jusque dans la structure familiale et relationnelle amicale.

Il ne suffit donc pas de favoriser l'accès aux soins car il y a une différence entre accès et acceptabilité des soins. Cet accès aux soins passe par une capacité d'écoute, une compréhension des comportements et des valeurs des personnes concernées. Ce travail ne pourra se faire qu'en réseau et exigera : temps, implication, attention, investissement... donc travail de longue haleine, dépassant souvent la durée impartie des dispositifs mis en place.

QUELLES SONT LES ACTIONS DU RESI (RELAIS EMPLOI SANTÉ INSERTION) ?

Le RESI a été créé à Strasbourg en 1994 par deux médecins du travail et a fonctionné avec des médecins du travail bénévoles jusqu'en 2001. Les consultations ont été effectuées le soir après le travail dans les bureaux de la Maison des Associations. Vu la demande, une professionnalisation a été faite en 2001 par le recrutement d'un médecin à temps partiel, puis d'une assistante, puis d'un deuxième médecin.

Actuellement en 2013 le RESI fonctionne avec deux médecins et deux assistantes salariés. Trois médecins bénévoles, une infirmière bénévole complètent l'équipe. Des stagiaires administratifs et des étudiants infirmiers nous rejoignent régulièrement.

L'Association est gérée par un Conseil d'administration (loi 1901). Elle est soutenue jusqu'à présent par des organismes publics (Conseil général, Communauté urbaine, ARS, CARSAT, DIRECCTE... et organismes privés tels que Arpege, AGEFIPH, AG2R...). Le RESI est actif sur tout le département du Bas-Rhin avec quelques percées dans le Haut-Rhin (Colmar et Mulhouse).

Le RESI s'inscrit dès sa création dans cette démarche santé emploi par deux activités principales :

- rencontre personnelle par la consultation médico-sociale ;
- libération de la parole, prise de conscience par la personne de sa situation au travers d'une réflexion commune centrée sur les questions de santé, d'hygiène, de bien être par une information en groupe.

Toutes ces démarches sont favorisées par une prise en charge globale, un suivi assuré par les structures d'insertion, les services sociaux... qui peuvent constituer un tremplin pour une insertion ou constituer en soi une nette amélioration par une restructuration individuelle et par une resocialisation. Ce mieux être est déjà une victoire pour la personne et peut être considéré comme un progrès par rapport à la situation initiale.

Les entrées du RESI se font :

- par les structures associatives (meilleur des cas) ;
- par la personne elle-même (membres de sa famille, travailleur social de quartier) ;
- par le bouche à oreille ;
- par les Pôles Emploi, les Missions Locales pour les personnes privées de leur activité professionnelle récemment ou de plus longue date, ayant perdu toute dynamique pour une reprise.

CONSULTATIONS MÉDICO-SOCIALES ET PROFESSIONNELLES

C'est une consultation longue, conséquence de la problématique énoncée ci-dessus (en moyenne une heure). Il s'agit de se mettre en capacité d'écoute car souvent la personne ne sait pas pourquoi elle est adressée au RESI (qu'elle interprète comme une consultation de contrôle de capacités, de contrôle pour continuer à percevoir ses droits...) et elle peut venir avec méfiance.

Il s'agit de pouvoir entendre, écouter l'histoire de la personne, la comprendre, reconnaître sa souffrance (qui est physique, psychique, sociale, relationnelle..., souvent compliquée de conduites addictives). À nous de lui faire prendre conscience de cet état, de sa situation, en l'assurant que cela se soigne, s'améliore. Il s'agit de pointer la souffrance quelle qu'elle soit, de compatir, de répéter, de faire siennes toutes ses paroles.

En s'appuyant sur cette souffrance, nous pouvons élaborer avec la personne des points d'appui pour remédier à la situation. Avec elle nous sériions les problèmes :

- Soins pour améliorer la situation. C'est la personne elle-même qui fera les démarches de soins auprès de son médecin traitant, généraliste ou spécialiste, chirurgien - dentiste. Nous l'y introduisons avec lettre ou en contactant le praticien par téléphone ou en l'orientant vers un service de soins hospitaliers si nécessaire.
- Nous faisons le point sur ses capacités de réaction, de possibilités d'action ou de travail, en nous appuyant sur ses désirs avant tout et en tenant compte des possibilités de formation, déjà discutées par l'accompagnateur social le plus souvent. Nos connaissances relatives des emplois, des difficultés inhérentes aux postes de travail par rapport aux états de santé nous permettent de proposer, conseiller ou déconseiller certaines orientations.
- Le suivi de l'amélioration de la situation après soins fait partie de nos attributions, permettant dans un deuxième temps d'affiner les orientations ou de proposer un champ d'activités plus étendues.
- Il va de soi qu'un suivi à la demande se fait régulièrement et que le bénéficiaire, disposant de nos coordonnées, peut faire appel à nous en cas de difficultés.

Cette consultation médico-sociale se termine le plus souvent par une fiche conseil pour l'orientation (« fiche de liaison ») que le bénéficiaire remet lui-même à l'instructeur ou l'accompagnateur social. Parfois une liaison avec le médecin conseil ou la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est nécessaire.

Le secret professionnel médical s'impose évidemment au médecin du RESI comme à tout médecin. Ce qui n'empêche pas les échanges avec le travailleur social (en présence du bénéficiaire ou au moins avec son accord) sans déflorer la pathologie.

C'est donc un travail de longue haleine où chaque intervenant aide à cette reconstruction. Dans ce sens l'action n'est pas immédiatement évaluable, mais permet de constater les progrès réalisés dans une joie de vivre retrouvée, prélude à toute activité.

LA DEUXIÈME ACTION QUI NOUS PARAÎT FONDAMENTALE COMPLÈTE L'AUTRE. C'EST LA LIBÉRATION DE LA PAROLE PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE INFORMATION EN GROUPE.

Au travers d'échanges entre les personnes en situation de précarité sur des thèmes ayant trait à la santé, à l'hygiène de vie, à certaines maladies (thèmes choisis par le groupe) émergent des lacunes, des prises de conscience d'un état pathologique.

La prise de parole, l'implication personnelle (parfois trop personnelle) se fait spontanément dans un dialogue confiant au sein du groupe. La pause permet à certaines personnes de confier à l'animateur (médecin pour le RESI) leurs soucis de santé, leurs questionnements quant à des soins, quant à leur avenir professionnel... Ceci constitue le point de départ d'une prise de conscience et d'une démarche de soins soit

auprès du médecin du RESI pour faire le point individuellement, soit auprès du médecin traitant.

N.B. : Les thèmes choisis sont représentatifs des difficultés des personnes (même si elles parlent par personne interposée : cousin, frère, ami...) à savoir : hygiène de vie, conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, héroïne...), sommeil, rêve, lombalgies, gestes et postures, accidents du travail, maladies professionnelles, stress, harcèlement, amour et sexualité, maladies infectieuses et sexuellement transmissibles...

Partant d'une pathologie, d'une question d'hygiène, l'évolution de la discussion, du partage se fera vers les possibilités de remèdes, l'entrevue d'une situation améliorée ou améliorabile pour chacun.

Cette action d'information a permis en plus :

- d'identifier les connaissances des personnes quant à leur santé, connaissances bonnes dans l'ensemble (nutrition notamment) ;
- d'identifier quelques manques, par exemple l'ignorance par rapport à l'action des médicaments et des drogues sur l'organisme, les modes de contagion des maladies infectieuses... ;
- de constater les besoins des personnes de s'exprimer, de parler librement devant leurs collègues des problèmes de santé, familiaux, difficultés de tout ordre ;
- de dialoguer en tête à tête durant les pauses avec une ou deux personnes débouchant sur des projets d'action ;
- de permettre aux personnes de nous contacter lors des permanences, souvent quelques semaines ou mois plus tard, pour engager un dialogue de soins ou pour entamer des démarches vers une orientation professionnelle (une ou deux personnes par animation) ;
- de se rendre compte que les messages sont perçus et retenus, même quelques mois plus tard lors d'une animation suivante.

Que conclure de ces activités ?

- que participer à une information santé, même en ne prenant pas la parole, peut être considéré comme un apprentissage.

➤ que même si l'implication de la personne est forte, la démarche volontaire nécessaire pour remédier à des situations d'exclusion ou de maladie reste difficile.

➤ les démarches individuelles de dialogue sur la problématique santé-emploi pendant les pauses ou après une animation sont estimées à une personne sur cinq.

➤ les démarches de soins, puis de recherche d'emploi chez les personnes venues en consultation, donc qui ont déjà fait le premier pas, adressées par un travailleur social, une association ou venant d'elles-mêmes se chiffrent à deux personnes sur trois.

LA TROISIÈME ACTION, COMPLÉTANT LES DEUX AUTRES, EST LE SOUTIEN AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX.

Cela concerne leurs difficultés à appréhender les souffrances psychiques et les pathologies psychiatriques des personnes suivies, en leur indiquant lors de formations comment aborder les personnes et éviter de provoquer des réactions violentes pouvant les mettre en danger afin de permettre un dialogue plus constructif.

EN CONCLUSION

Le RESI, étant un relais, repasse le témoin aux associations ayant fait appel à lui. Aussi des statistiques précises des succès du RESI sont difficiles à établir et non souhaitables car les succès que nous arrivons à connaître sont le fait d'un réseau d'actions comportant de nombreux acteurs : travailleurs sociaux des différentes associations, entreprises d'insertion, Pôle Emploi, Missions Locales, entreprises de travail temporaire, médecins de soins et bien d'autres.

Toutes les règles de fonctionnement ont été construites au fur et à mesure lors de formations les week-ends, en harmonisant les conduites et pratiques de chaque médecin tant salarié que bénévole, infirmiers et assistantes.

Mais au-delà des règles il est important sinon fondamental de dépasser l'aspect souffrance, soins, occupations, travail en faisant entrevoir à la personne, au-delà de ces contingences matérielles et sociales, un sens à son existence.