

**MAAVAR**  
Association Loi 1901

**SERVICE EZRA**

**158, Bd Voltaire  
75011 PARIS  
Tél. : 01 43 48 63 48  
Fax ; 01 43 48 95 15  
[serviceezra@free.fr](mailto:serviceezra@free.fr)**

**RAPPORT D'ACTIVITÉ 2006**

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

**SOMMAIRE :**

<b>LES SERVICES DE L’ASSOCIATION MAAVAR :</b>	<b>2</b>
<b>L’ASSOCIATION MAAVAR :</b>	<b>3</b>
SON HISTOIRE :	3
<b>LE SERVICE EZRA DE L’ASSOCIATION MAAVAR :</b>	<b>4</b>
OBJECTIFS DU SERVICE :	4
POPULATION ACCUEILLIE :	4
L’ÉQUIPE :	4
CAPACITE AUTORISEE :	4
TYPE D’HEBERGEMENT :	4
LE SUIVI :	5
PROCEDURE D’ADMISSION :	5
PRISE EN CHARGE :	5
<b>PRESTATIONS :</b>	<b>6</b>
LE RESTAURANT SOCIAL NOGA :	6
AIDES SPECIFIQUES :	6
LE CONSEIL A LA VIE SOCIALE :	6
<b>LE SUIVI SUR LE SERVICE EZRA :</b>	<b>7</b>
LE TRAVAIL D’EQUIPE :	7
LE TRAVAIL EN PARTENARIAT :	8
L’ACCOMPAGNEMENT SOCIO – EDUCATIF :	8
L’ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE :	9
AUPRES DES PERSONNES ACCUEILLIES EN HEBERGEMENT :	9
AUPRES DE L’EQUIPE EDUCATIVE :	10
<b>STATISTIQUES ET CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION REÇUE :</b>	<b>12</b>
<b>DISPERSION DES DUREES</b>	<b>12</b>
SEXE ET AGE :	14
NATIONALITES :	15
SITUATION ADMINISTRATIVE DES ETRANGERS :	16
SITUATIONS FAMILIALES :	17
PROVENANCE :	18
ORIGINES DES DEMANDES :	19
PRECARITE :	20
SUIVI MEDICAL :	21
TRAITEMENTS :	21
COUVERTURE MEDICALE :	22
DESTINATIONS :	23
<b>REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE</b>	<b>24</b>
LE TEMPS DE L’ACCOMPAGNEMENT :	24
- <i>Le suivi psycho-social dans le cadre de rencontres hebdomadaires :</i>	24
- <i>Le travail en réseau.</i>	24
VIGNETTE CLINIQUE :	25

## **Les services de l’association Maavar :**

### **C.H.R.S. Paris :**

202, boulevard Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 66 / Fax : 01 43 48 51 81  
[association.maavar@free.fr](mailto:association.maavar@free.fr)

### **C.H.U. Ezra Paris :**

158, Bd Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15  
[serviceezra@free.fr](mailto:serviceezra@free.fr)

### **C.H.U. Eranne :**

158, Bd Voltaire - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15  
[serviceeranne@free.fr](mailto:serviceeranne@free.fr)

### **ACT 93 :**

22, rue Gabriel Peri - 93100 Montreuil  
Tel. : 01 41 72 06 40 / Fax : 01 41 72 06 41  
[Maavaract93@free.fr](mailto:Maavaract93@free.fr)

### **Restaurant Social NOGA :**

4, rue neuve des boulets - 75011 Paris  
Tel. : 01 43 48 26 58 / Fax : 01 43 48 26 58

### **Maavar Sarcelles :**

2A, Avenue Joliot Currie - 95200 SARCELLES  
Tel. : 01 39 86 08 87 / Fax : 01 39 90 18 63  
[Maavar95@yahoo.fr](mailto:Maavar95@yahoo.fr)

### **CHRS Meguiddo :**

12, rue de belle vue - 95350 PISCOP  
Tel. : 01 39 90 18 63

### **MAAVAR Marseille :**

84, Rue Paradis - 13006 MARSEILLE  
Tel. : 04 91 13 03 53 / Fax : 04 91 54 41 59  
[maavar.marseille@free.fr](mailto:maavar.marseille@free.fr)

## **L’Association Maavar :**

### **Son histoire :**

Créée en 1983, l'association MAAVAR a eu comme projet institutionnel de répondre aux problèmes posés par l'exclusion dans toutes ses formes et de tenter d'apporter une solution aux effets qu'elle induit.

Ainsi, depuis 1985, l'association a développé sur Paris un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Son objectif est de venir en aide à toute personne en situation de rupture sociale, familiale et psychologique.

Au fil des ans, les besoins des populations auxquelles nous venons en aide ayant évolués, l'Association MAAVAR a déployé des types de prises en charge spécialisées, mettant à l'épreuve les capacités de l'institution à s'adapter à une réalité sociale et clinique de plus en plus complexe.

La population, en situation de précarité, est en effet en prise avec des problématiques de santé publique transversales.

En 1993, le Service Ezra, précarité & V.I.H. est créé. Il accueille et propose un suivi social et psychologique aux personnes vivant avec le V.I.H.

L'hébergement en chambre d'hôtel qu'il propose aux personnes accueillies, est mis en place pour une période de trois mois.

Devant la nécessité de proposer un type d'hébergement plus long, ainsi qu'un accompagnement axé sur un projet personnalisé, l'association a mis sur pieds, parmi les premiers, un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) aujourd'hui situé à Montreuil (dans le 93), destiné aux personnes séropositives. Ce service associe des prises en charge complémentaires : médicale, sociale et psychologique. Il s'inscrit dans le "réseau V.I.H." francilien.

Toujours vigilante quant aux problématiques rencontrées dans le social et en lien avec la santé publique, l'association, devant la forte prévalence des troubles psychiques parmi les populations reçues sur les différents services de l'association, a mis en place en 1996, le Service Eranne.

Cette structure accueille et suit des personnes exclues souffrantes de troubles psychiatriques. Elle propose ainsi un hébergement en chambre d'hôtel qui s'articule à une prise en charge psychologique destinée à coordonner les soins, tant au niveau social que psychiatrique.

Le Service Eranne travaille, notamment en étroite collaboration avec la Psychiatrie publique.

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

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

## **Le Service Ezra de l’association Maavar :**

### **Objectifs du Service :**

Il s’agit d’héberger et d’accompagner des personnes présentant une infection au V.I.H. et/ou aux virus des hépatites.

D’assurer un accompagnement psycho-éducatif de personnes sans domicile, en vue de favoriser leur insertion ou leur réinsertion dans le champ social, avec comme objectif premier la recherche d’un relais à un hébergement plus stable.

### **Population accueillie :**

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

### **L’Équipe :**

- Chef de Service : 0.5 ETP
- Psychologue Clinicienne : 1 ETP
- Educateur : 05 ETP
- Secrétaire : 0.5 ETP

### **Capacité autorisée :**

- 9 places financées par la D.A.S.S. de Paris

### **Type d’hébergement :**

Éclaté

En chambre d’hôtel dit de tourisme situé à Paris ou en proche banlieue

Les chambres d’hôtels sont équipées de lavabos, avec généralement une douche par étage

Certains établissements permettent aux usagers de pouvoir cuisiner mais ceux-ci restent des exceptions au sein du parc hôtelier auquel nous pouvons accéder.

Nous essayons, tant que faire se peut, de travailler avec des hôtels situés à proximité du service afin de faciliter au maximum la communication entre l’usager et l’institution.

Le restaurant social situé également à proximité du service Ezra et du siège de l’association peut alors bénéficier pleinement aux personnes accueillies.

La problématique majeure concernant l’hébergement dans ce type de structure, reste la difficulté à trouver des chambres dans des hôtels disposant de réfrigérateurs afin de pouvoir garantir à l’usager une prise de traitement dans de bonnes conditions.

De plus, et depuis déjà de nombreuses années, nous constatons une pénurie de chambres d’hôtels accessibles financièrement et de qualité correcte.

Cette carence dans les possibilités matérielles de l’hébergement peut aller jusqu’à bloquer la prise en charge immédiate des candidatures retenues.

## **Le suivi :**

- Hebdomadaire au minimum : En entretien avec la psychologue et le travailleur social
- A la demande de l’équipe ou de l’usager avec la psychologue clinicienne.

## **Procédure d’admission :**

- Sur contact téléphonique et rapport social
- Sous réserve d’une place disponible
- L’admission peut se faire le jour même

## **Prise en charge :**

L’hébergement est limité à une durée d’un mois renouvelable au maximum trois fois.

Il est demandé une participation financière équivalente à 15% des revenus mensuels perçus par l’usager.

Lors de l’entretien d’admission, le travailleur social fait le point avec la personne accueillie sur sa situation sociale, administrative, médicale et psychologique.

Un point général est fait également sur son parcours afin de mieux cerner l’aide dont la personne a besoin.

Cela nous permet d’envisager ses projets et de recadrer le suivi en fonction des possibilités réelles.

A chaque admission, un livret d’accueil et les conditions de séjour sont remises à l’usager après lecture et approbation.

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

*Les conditions d’accueil et de séjour* sont alors étudiés par le référent et l’usager.

Elles regroupent tous les droits mais aussi les devoirs de l’usager pendant toute la durée de son séjour au sein de l’association.

Ces conditions sont les suivantes :

- Un entretien hebdomadaire au minimum avec le travailleur social référent
- La mise à profit de l’hébergement afin de respecter le projet individualisé mis en place
- L’acquiescement de la participation financière
- Le respect du règlement intérieur de l’hôtel ou l’usager est hébergé

Ces conditions sont conformes au livret d’accueil et aux modalités de prise en charge remis à chaque personne accueillie au sein du service Ezra lors de l’entretien d’admission.

## **Prestations :**

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

Un restaurant social ouvert du lundi au jeudi de 11h30 à 13h30 et le vendredi de 11h30 à 13h00 est mis gratuitement à la disposition des usagers. Le restaurant social Noga est fermé le week-end et les jours fériés.

Des repas chauds y sont servis jusqu’à 13h00. Les personnes peuvent emporter un sandwich ou une barquette pour le soir.

Les personnes peuvent également bénéficier de colis grâce aux produits de la banque alimentaire.

La distribution a lieu tous les jeudi.

Ces prestations alimentaires sont d’une importance capitale pour les usagers qui, pour la grande majorité, n’est pas autorisée à préparer ses repas dans les chambres d’hôtel, repas indispensables, surtout quand ils suivent un traitement ARV.

Le restaurant de l’Association est un lieu convivial où peuvent se créer des liens et des échanges, avec l’équipe du restaurant social ou entre usagers.

### **Aides spécifiques :**

Ponctuellement, des dépannages financiers ou sous forme de cartes téléphoniques et de tickets de métro ont pu être attribués.

Ces dépannages ont contribué à faciliter les déplacements, les démarches téléphoniques (hôpitaux, employeurs, services sociaux etc...) et à maintenir, surtout pour les populations migrantes, le lien téléphonique avec leur famille restée au pays.

Ces aides, qui malheureusement ne sont pas pérennes, améliorent le confort de vie relatif des personnes hébergées qui, la plupart du temps, n’ont que très peu de ressources.

### **Le conseil à la vie sociale :**

Un conseil à la vie sociale a été mis en place au sein du service Ezra, conformément à la loi n° 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale.

Celui-ci devrait permettre la mise en place d’un espace de convivialité pendant le temps de l’hébergement.

La réunion a lieu au restaurant social de l’association le matin autour d’un petit-déjeuner.

Suivant notre expérience, ce cadre assez convivial favorise l’expression des usagers.

Sont présents au conseil à la vie sociale tous les travailleurs sociaux du service en charge des usagers ainsi que le chef de service et une personne représentant l’équipe du restaurant social.

Le conseil à la vie sociale est un moment où la parole ne s’adresse plus à la seule personne référente mais à l’ensemble de l’équipe.

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

On peut cependant noter que le *conseil à la vie sociale*, dans le cadre d’un hébergement éclaté et de courte durée, ne permet pas véritablement d’élaborer une participation au fonctionnement institutionnel très efficace.

Si cette dimension institutionnelle reste néanmoins présente, elle n’est pas aussi imposante qu’elle peut l’être, par exemple, dans un foyer possédant des places regroupées pouvant offrir des prestations sociales ou culturelles plus importantes.

Les usagers n’ayant pratiquement pas de contacts les uns avec les autres, il est difficile de faire émerger une participation de groupe importante.

La durée de l’hébergement dans notre institution (un mois renouvelable trois fois) ne favorise pas non plus une véritable intégration à une participation à la vie de l’institution.

## **Le suivi sur le service Ezra :**

### **Le travail d’équipe :**

Des réunions d’équipe hebdomadaires sont organisées chaque lundi au sein du service.

Ces réunions d’équipe permettent dans un premier temps de faire le point sur le fonctionnement institutionnel et de pouvoir faire la synthèse des informations qui nous parviennent de l’extérieur, tels que des formations proposées, de nouveaux dispositifs législatifs, des rencontres à prévoir avec tel ou tel partenaire, le fonctionnement interne de l’association, etc...

Dans un deuxième temps, sont évoquées les situations de chaque hébergé, leurs évolutions et projets ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge.

Ce temps de travail constitue un soutien indispensable pour chaque référent.

Il est un temps d’échanges d’informations entre professionnels. Il apporte une aide à la prise de décisions et constitue également un espace d’expression, d’élaboration et de réflexion pluridisciplinaire sur la pratique de chacun, ce qui permet d’homogénéiser et de coordonner les prises en charge.

Le résident peut ainsi percevoir qu’au-delà de la personne référente, il existe des positionnements d’équipe communs et cohérents.

## **Le travail en partenariat :**

Des réunions entre partenaires sont organisées fréquemment dans nos locaux ou dans ceux de nos partenaires sociaux.

Ces réunions sont pour nous l’occasion de faire connaître notre service et d’étudier les spécificités d’autres associations afin d’établir ou de consolider une collaboration et d’orienter le plus efficacement possible les usagers dans leurs différentes démarches.

Ces orientations sont mises en place dans les domaines les plus variés : l’hébergement, la santé, la formation, les droits sociaux, la domiciliation, etc ...

Au regard de la complexité des situations, il nous a semblé indispensable d’instaurer un travail en étroite collaboration avec les autres référents de la personne (assistants sociaux hospitaliers ou de secteur, médecins, psychologues, psychiatres, formateurs), afin d’éviter une prise en charge morcelée de l’usager et d’assurer une cohésion dans les suivis.

Nous sommes donc régulièrement amenés à organiser des réunions de synthèse autour d’un usager. Celles-ci peuvent avoir lieu dans nos locaux, à l’hôpital ou dans une autre structure d’accueil.

D’autre part, nous favorisons au maximum les rencontres avec les associations susceptibles d’assurer un relais, afin qu’il y ait une médiation entre nos structures. Ceci nous permet de transmettre au mieux la situation de la personne, les points positifs comme les difficultés et d’assurer les meilleures conditions pour la prise en charge suivante.

## **L’accompagnement socio – éducatif :**

Le travail au quotidien consiste principalement à assurer une permanence téléphonique, à renseigner sur les critères d’admission, les modalités d’hébergement, étudier les candidatures, mener les entretiens d’admission, le suivi social, par des entretiens réguliers avec les personnes hébergés.

A l’issue d’un premier entretien et au vu de la ou des problématiques et du parcours exposés par la personne, le référent social élabore avec l’usager un projet d’accompagnement socio-éducatif et lui fixe dans un premier temps un rendez-vous hebdomadaire.

La fréquence des rencontres peut être personnalisée en fonction des besoins repérés par le travailleur social.

Ce projet s’élabore à partir d’un recueil d’informations qui comprend :

- L’état de santé de la personne, le suivi médical, l’observance au traitement si celui-ci existe...
- L’évaluation de l’état de dépendance toxicomaniaque et / ou alcoolique pour les usagers de drogues et anciens usagers.

L’acquisition des droits sociaux :

- RMI
- COTOREP
- 100% Sécurité sociale
- AME
- CMU
- La situation administrative : en particulier pour les étrangers résidant en France
- La situation économique
- La situation familiale
- La situation professionnelle

Le projet qui en découle, doit permettre, selon le rythme de chacun et en fonction des délais d’aboutissement des demandes, la mise en place de ce qui pourra être :

- Un suivi médical cohérent et continu
- Un suivi social stable dans le temps (compte tenu de la brièveté de la prise en charge : 3 mois, nous ne pouvons nous positionner comme référents sociaux stables)
- Le rétablissement des droits sociaux pour retrouver des revenus permettant une autonomie économique
- L’accès à l’emploi, aux stages de redynamisation, d’alphabétisation
- Le relais à l’hébergement : autre service d’accueil d’urgence, appartement thérapeutique, transitoire ou autonome.

## **L’accompagnement Psychologique :**

Le psychologue à MAAVAR a une double fonction :

- Au près des personnes accueillies en hébergement
- Au près de l’équipe éducative.

### **Au près des personnes accueillies en hébergement :**

Dans le cadre du suivi des hébergés, le psychologue se heurte à une difficulté majeure, celle de faire accepter aux usagers une aide psychologique.

En effet, leur préoccupation immédiate est de trouver une réponse à leurs besoins vitaux : se loger et se nourrir.

C’est ainsi que le 1er entretien psychologique est déterminant quant à la prise en charge de l’usager.

Il conviendra à son terme, de déterminer les capacités physique et psychique de l’usager dans la perspective d’un hébergement en chambre d’hôtel. Il sera également pris en compte à l’issue de cet entretien des dangers inhérents à ce type de prise en charge chez une population

fragilisée par la maladie et pouvant cumuler plusieurs pathologies (état dépressif, antécédents psychiatriques, traitement médical...)

De plus, il est nécessaire d’apprécier et d’analyser de façon fine le fonctionnement psychique de l’hébergé afin de mettre en adéquation le travail de chacun des partenaires sociaux, et de faire en cas de besoin, des orientations plus spécifiques (psychiatre, médecin addictologue, etc...).

Une autre notion importante est celle de l’urgence, notion qui va à l’encontre du temps nécessaire à la réflexion, la prise de conscience, ce temps indispensable à la prise en charge psychologique et qui par principe ne peut se déterminer à l’avance.

Comment concilier cette notion « d’urgence vitale » et celle de temporalité pour qu’un travail psychologique s’ébauche et prenne un sens :

- Apprendre à devenir acteur de sa vie.
- Comprendre son parcours.
- Se réapproprier son histoire.
- Retrouver un sens à sa vie. Retrouver sa dignité. Et retrouver sa dignité c’est être écouté par l’autre, exister aux yeux des autres « Etre un autre pour l’autre ».
- Parler. Parler ses difficultés, et pour certains, c’est la première fois qu’ils parlent, qu’ils prennent la parole, qu’ils posent un nom sur leur maladie : Le SIDA.

Face à cette maladie, il est nécessaire aujourd’hui de s’adapter aux situations nouvelles, de réfléchir à d’autres approches thérapeutiques, tout en gardant sa place et en utilisant ses outils de psychologue.

Bien sûr, le respect du cadre de travail reste indispensable, mais il faut quelquefois l’assouplir ou l’aménager.

Tout en gardant le rythme des entretiens, pourquoi ne pas aller à la rencontre des personnes malades?

A MAAVAR, l’espace s’ouvre, le psychologue sort du centre pour se rendre au chevet des malades à l’hôtel ou à l’hôpital.

## **Auprès de l’équipe éducative :**

L’intervention du psychologue au sein de l’équipe se déroule schématiquement sur trois axes différents bien que complémentaires.

L’intervention peut se faire au cours des réunions de synthèse hebdomadaires auxquelles participent éducateurs, psychologues et chef de service et pendant lesquelles la situation et l’évolution de chaque hébergé sont évoqués.

Au début d’un hébergement par exemple, le psychologue qui aura déjà eu un entretien avec l’hébergé pourra apporter un éclairage sur la problématique de celui-ci, son fonctionnement et

éventuellement, sa pathologie. Il mettra l'accent sur tel ou tel mécanisme de défense et de ce fait, pourra collaborer à l'élaboration d'un projet cohérent pour l'usager afin de tenir compte de ses capacités, de ses résistances ou de ses inhibitions.

Il arrivera aussi qu'en cours d'hébergement, un événement important intervienne pour l'usager. L'équipe sollicitera alors le psychologue pour une réévaluation et si besoin est, pour une orientation, dans le cas où l'équilibre de la personne et la poursuite de son hébergement seraient menacés (cas d'une décompensation, d'une rechute grave dans la toxicomanie...).

L'équipe pourra solliciter l'aide du psychologue dans le cas d'une "impasse" dans la prise en charge.

Il s'agit quelquefois d'un transfert de la personne hébergée sur l'éducateur, de phénomènes d'identification ou de contre identification de part et d'autre, de projection aussi, qui, s'ils ne sont pas repérés, pointés et analysés peuvent obscurcir la visibilité que l'on doit avoir d'une situation et empêcher le maintien d'une distance optimale.

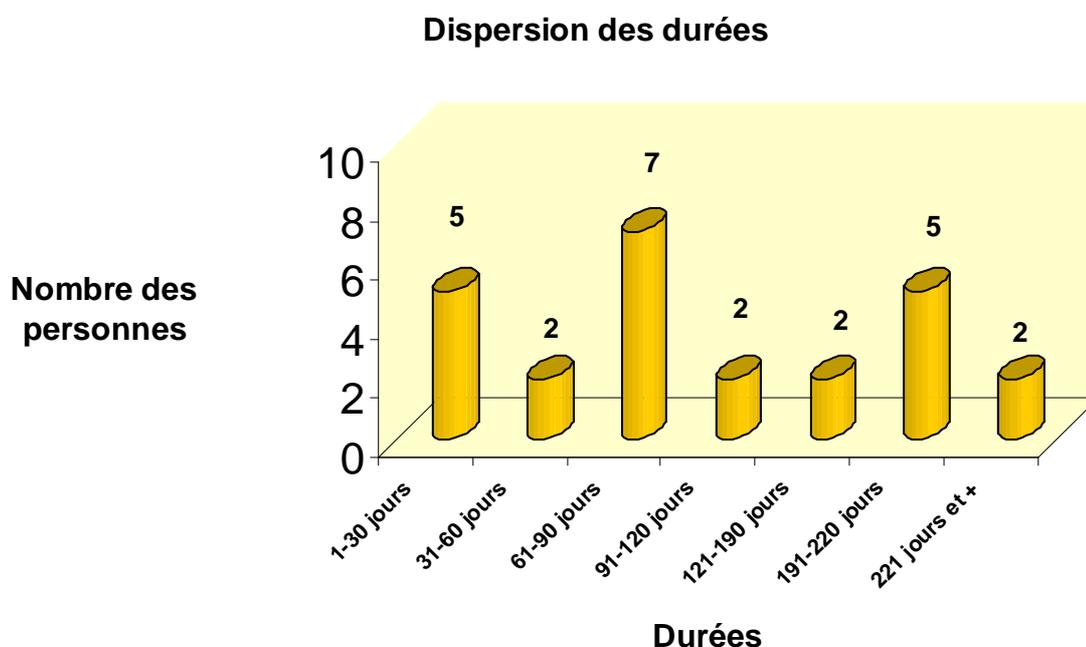
Le troisième axe sur lequel le psychologue pourra intervenir est celui de la théorie. Il arrive que certains hébergés présentent des symptômes, des troubles qui, sans pour autant dérouter les éducateurs, les interrogent sur le sens de ces manifestations et les conduites à tenir, les positions à prendre.

Le psychologue, compte tenu de sa formation et de ses connaissances en psychopathologie, pourra venir ici faire le lien, nommer certains comportements, expliciter, expliquer.

## Statistiques et caractéristiques générales de la population reçue :

- ❖ 26 personnes prises en charge au cours de l’année 2006
- ❖ Un temps de séjour minimum de 12 jours et un temps maximum de 254 jours
- ❖ Un temps moyen de séjour de 121 jours
- ❖ L’âge moyen des usagers est de 37 ans, le plus jeune a 24 ans et le plus âgé 59.

### Dispersion des durées



Le séjour est fixé dès l’admission pour une durée de 3 mois.

Ce temps varie en réalité selon chaque situation et chaque problématique.

Des prolongations exceptionnelles peuvent être accordées lorsque le temps initial s’avère insuffisant au regard de la situation.

Afin de garantir la spécificité d’un accueil rapide, ces prolongations se doivent de rester dans la mesure du possible, une exception. Dans tous les cas, elles doivent être motivées et discutées lors des réunions d’équipe.

Le séjour peut être plus court qu'il ne l'était prévu initialement : certaines personnes vont réagir rapidement et trouveront une solution de relais avant la date de fin de prise en charge. Cette souplesse de fonctionnement nous permet de nous adapter aux particularités de chaque usager.

Nous observons, pour l'année 2006, une augmentation sensible de la durée moyenne de séjour. En 2005, celle-ci s'élevait à 94 jours ; en 2006, elle passe à 121 jours en moyenne soit une durée moyenne de séjour de 4 mois environ.

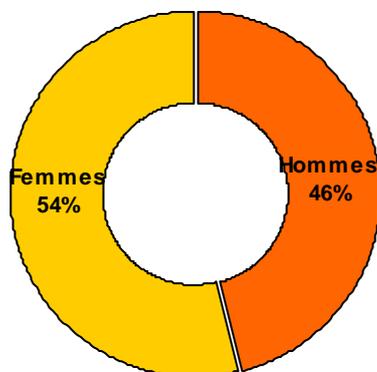
Cette augmentation est due en majeure partie à la difficulté croissante de trouver *un relais adapté* à la situation de l'usager : La mise en place d'un *projet cohérent* passe parfois par une prolongation du temps de séjour. L'année 2006 se caractérise par une réelle difficulté à trouver des solutions de sortie satisfaisantes.

A contrario, la moitié des personnes accueillies ne profite pas de la durée d'hébergement initialement prévue. Cette durée plus courte correspond souvent à une solution personnelle ou à une transition entre deux structures d'hébergement.

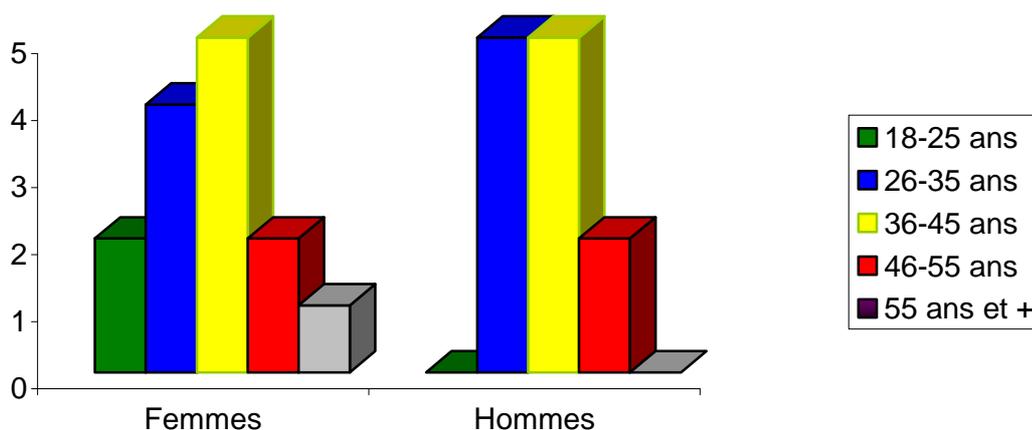
Ainsi, nous observons que pour certains usagers déjà relativement insérés, la problématique de relais reste primordiale mais moins prégnante, alors que pour d'autres, les plus en difficulté, la situation devient de plus en plus critique au fil des années.

## Sexe et Age :

Répartition par sexe



Répartition par âge et par sexe



Nous avons accueilli cette année une majorité de femme sur le service Ezra.

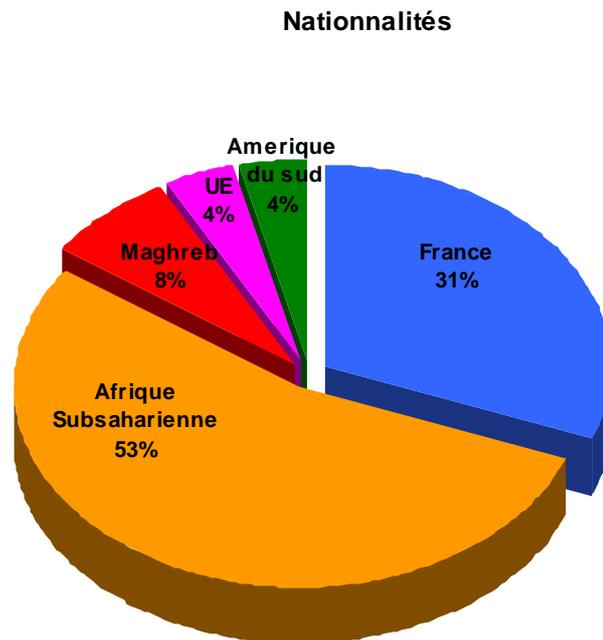
Bien que la proportion de femmes ait été en constante augmentation ces dernières années, c’est sans doute une des premières fois où le nombre de femmes est supérieur au nombre d’hommes dans la population accueillie au sein de notre structure.

Cette augmentation affecte toutes les tranches d’âge.

Si en 2005, nous n’avions pas reçu de population très jeune (moins de 25 ans) ni âgée (plus de 55 ans), l’année 2006 marque également une recrudescence de demandes d’hébergement pour des catégories d’âge jusqu’ici moins exposées à la précarité.

C’est un phénomène inquiétant qui vient souligner une précarisation croissante des femmes touchées par le VIH actuellement.

## Nationalités :



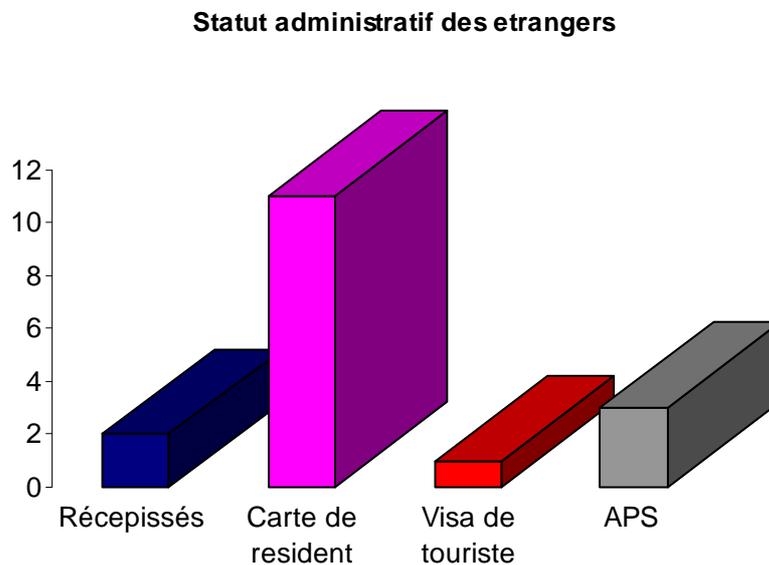
En 2006 comme en 2005, parmi les personnes hébergées, un tiers des usagers est de nationalité française, la majorité est de nationalité étrangère.

Parmis les usagers d’origine étrangère, les trois-quart viennent d’Afrique sub-saharienne.

On peut remarquer une stabilisation, voir une diminution des demandes d’hébergement de personnes originaires du Maghreb.

Nous avons également accueilli cette année une personne venant de Colombie et une personne d’origine portugaise.

## Situation administrative des étrangers :



Du fait de l’absence de traitements médicaux viables dans leurs pays, nous remarquons que les *Autorisations Provisoires de Séjours pour soins* sont aujourd’hui accordées de plus en plus largement.

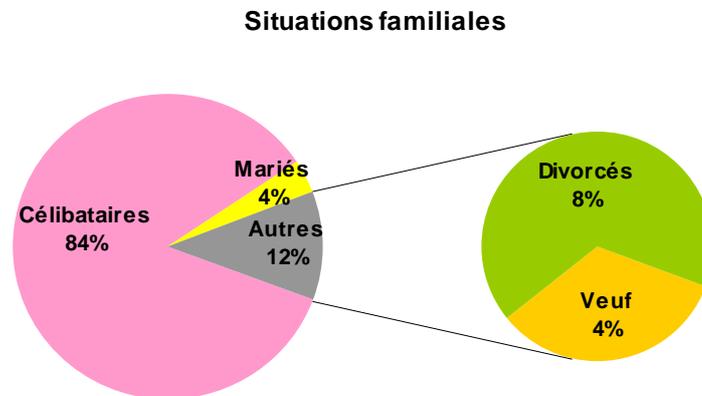
Le nombre de détenteurs de cartes de résident et d’APS est majoritaire et se justifie par la grande proportion d’usagers en provenance d’Afrique.

Depuis quelques années déjà, nous avons pu constater que les APS étaient généralement accompagnées d’autorisation de travailler.

Et que même si cela ne garantit pas à leurs détenteurs de trouver forcément un emploi, au regard notamment de la situation économique, du manque de qualification ou de leur état de santé, cela semblait être une avancée pertinente dans le souci d’intégration des populations migrantes.

Des retards dans le traitement des dossiers administratifs expliquent la part d’usagers en attente de statut à leur entrée à Maavar (récepissé ou visa) mais qui ont pu mettre à profit leur temps de séjour au sein du Service Ezra pour obtenir une régularisation ou avancer dans leurs démarches administratives.

## Situations Familiales :



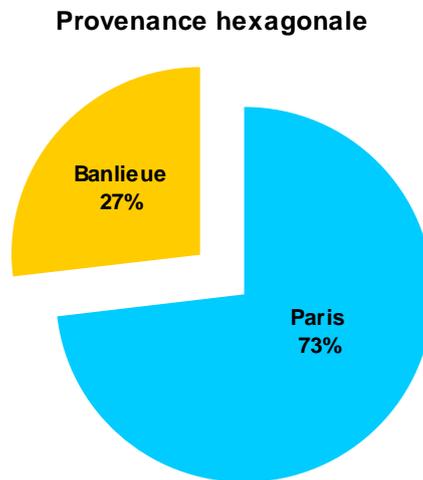
Une grande majorité d’usagers est célibataire.

Il est donc assez préoccupant de constater l’isolement dans lequel sont plongées les personnes accueillies et le nombre de plus en plus conséquent de femmes africaines seules en France, ayant été contraintes par la maladie de laisser leurs enfants et/ou leur conjoint dans leurs pays d’origine.

On notera que la plupart des usagers en situation de veuvage sont également des femmes africaines dont les conjoints restés au pays sont décédés, atteints par le VIH, n’ont pas pu bénéficier des systèmes de soins et des traitements ARV.

## Provenance :

### Provenance hexagonale :



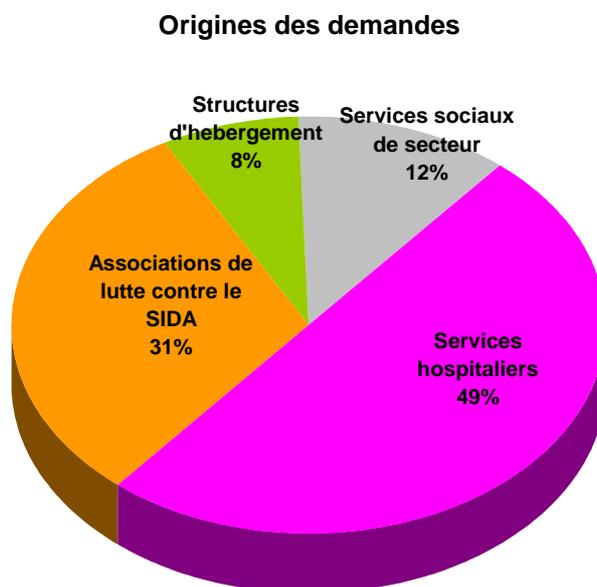
73 % des personnes hébergées viennent de Paris.

Ceci se justifie du fait du partenariat étroit que nous avons établi avec les structures hospitalières parisiennes.

La grande majorité des hôtels avec lesquels nous travaillons se situe sur Paris.

Cela permet le maintien et la stabilisation des soins par la facilitation des déplacements vers les structures médicales référentes et les autres partenaires sociaux en charges des usagers.

## Origines des demandes :



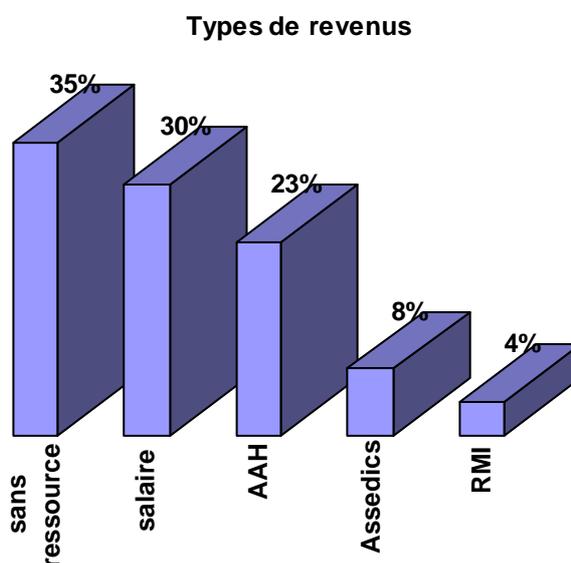
La moitié des demandes d’hébergement émane des services sociaux hospitaliers. Cette situation entermine donc définitivement la pérennisation du partenariat établi depuis des années avec bon nombre d’hopitaux parisiens.

Les associations spécialisées dans la lutte contre le sida représente un tiers des prescripteurs. Comme par le passé, le partenariat est toujours étroit avec l’Association Ikambéré qui accompagne les femmes migrantes originaires d’Afrique sub-saharienne et tend à se pérenniser avec l’association Aurore (Mijaos).

Les structures d’hébergement d’urgence, notamment internes à l’association (le service Eranne, le CHRS et le service Ezra de Sarcelles) font partie de nos principaux partenaires bien qu’étant en léger recul par rapport aux années précédentes au profit d’autres structures d’hébergement.

Nous observons cette année une augmentation des demandes d’hébergement faites par des structures non spécialisées dans la prise en charge des personnes atteintes par le V.I.H., représentées par les services sociaux de secteur et des structures d’hébergement non spécialisées, comme l’Association Emmaüs ou la Cité Saint-Martin.

## Précarité :



Une grande partie de nos hébergés se trouve cette année encore en situation de précarité et sans revenu.

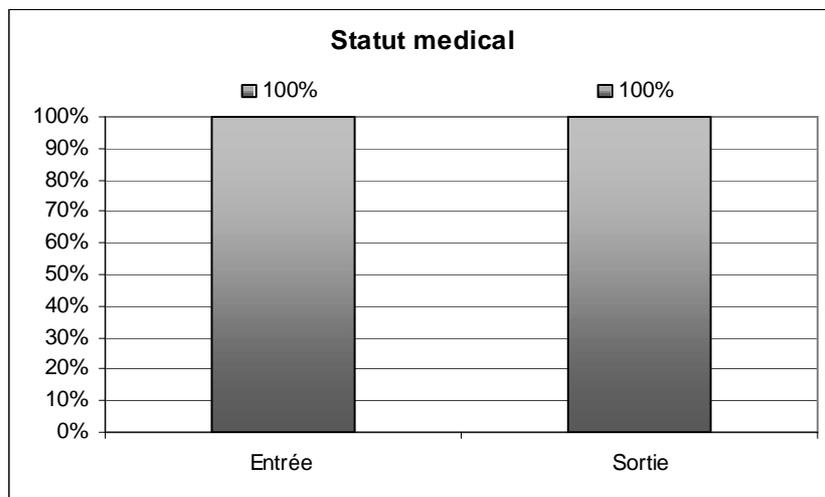
Cependant, on constate cette année une légère diminution de ce phénomène.

Compte-tenu de la fragilité de leur état de santé, une partie d’entre eux perçoit l’Allocation Adulte Handicapé.

De plus en plus d’usagers parviennent à obtenir un emploi dans des chantiers d’insertion, dans les métiers de la sécurité pour les hommes, en tant qu’aide à domicile, ou en tant que personnel d’entretien pour les femmes et peuvent ainsi se maintenir dans une activité qui leur permet d’avoir un statut professionnel et social.

Nombre d’entre eux s’investissent également dans des activités de bénévolat, se rendant utiles en remboursant symboliquement l’aide qui leur a été dispensée..

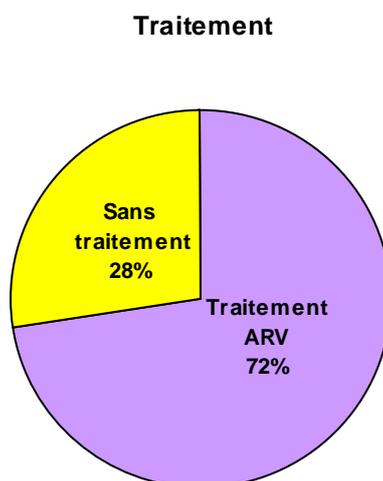
## Suivi médical :



On constate qu’à leur arrivée à l’Association, tous les usagers sont suivis médicalement.

La consultation en milieu hospitalier reste le mode principal de suivi. Elle permet une prise en charge coordonnée des aspects médicaux et sociaux.

## Traitements :



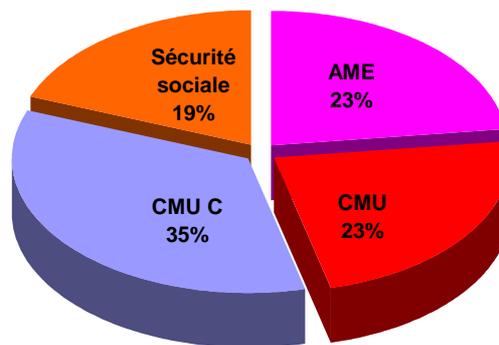
Les trois-quarts des personnes accueillies au sein du Service Ezra prennent un traitement anti-retro viral à leur arrivée. D’autres personnes hébergées sont séropositives et n’ont pas développé la maladie.

Enfin, certaines personnes à leur arrivée sur le service sont en rupture de traitement du fait de leur situation d’errance, de la précarité et des effets secondaires gênants. Il s’agit alors de réintroduire du soin et de remettre en place le lien avec le médecin hospitalier.

Par ailleurs, en 2006, nous avons hébergé une personne n’était pas atteinte du VIH mais souffrant d’une hépatite C. Ce qui reflète la recrudescence actuelle de ce virus.

## Couverture médicale :

Couverture médicale



Tous comme en 2005, les usagers que nous avons accueillis au cours de l’année 2006 bénéficiaient d’un suivi médical hospitalier et l’ont maintenu au cours de leur hébergement.

La part de personnes bénéficiant du régime général de la sécurité sociale étant relative à l’augmentation du nombre de personnes prises en charge ayant un emploi.

S’ils entretenaient pour la majorité une relation de bonne qualité avec les équipes soignantes, nous avons néanmoins observé cette année quelques difficultés quant à l’observance des traitements.

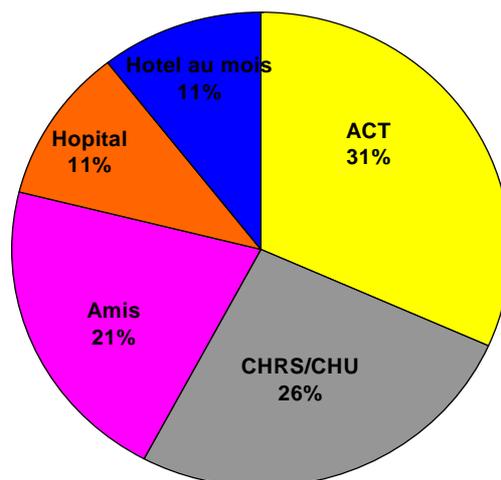
Le profil général des personnes accueillies tend à s’orienter de plus en plus vers des personnes souffrant de troubles du comportement, ce qui ne facilite pas toujours la continuité thérapeutique.

En effet, au-delà de l’infection à V.I.H., nous observons depuis quelques années une forte prévalence concernant les problématiques suivantes :

- Des troubles additifs concernant essentiellement la dépendance aux opiacés, dont certaines formes nouvelles sont actuellement en expansion, la prise abusive de certains traitements de substitution et l’alcool, substance à laquelle les hébergés ont recours, souvent en tant qu’anxiolytique.
- La prévalence des troubles psychiques est forte et concerne l’ensemble de la population reçue sur le service. Qu’il s’agisse de problématiques dépressives ou de troubles beaucoup plus aigus, comme les troubles psychotiques, la santé mentale est l’une de nos préoccupations majeures.

## Destinations :

Relais à l'hébergement



La préoccupation majeure reste le relais à l'hébergement. Cette année, nous avons essayé de privilégier au maximum une solution d'hébergement pérenne.

Au cours de l'année 2006, nous avons rencontré de nombreuses difficultés à orienter vers d'autres structures, compte-tenu de l'engorgement du réseau des ACT et de leurs critères d'admission relativement sélectifs: exigence de ressources, de situation administrative régularisée, de projet professionnel tout en étant dans un état de santé précaire.

En effet, même si le taux d'orientation dans ce type de structures est en augmentation par rapport à l'année dernière, passant de 19,21 % à 31% , celui-ci n'est dû qu'à l'allongement de la durée de l'hébergement par prolongation que nous avons été forcé d'appliquer dans certaines situations.

Le nombre d'hébergés ayant trouvé une solution personnelle à la fin de leur prise en charge (amis ou famille, hôtel au mois, appartement autonome) est en augmentation par rapport à l'année dernière.

## Réflexions sur la prise en charge psycho-sociale

### Le temps de l’accompagnement :

Dans le cadre du service Ezra, nous recevons des personnes atteintes du VIH., 9 lits sont mis à notre disposition, l’équipe assurant l’accompagnement et le suivi de ces personnes.

Des réunions hebdomadaires permettent d’aborder en équipe les différents suivis, les situations psycho-sociales, les avancées ainsi que les difficultés rencontrées au cours de l’accompagnement. Les personnes accueillies sont hébergées dans une chambre d’hôtel pendant une durée théorique de trois mois.

En pratique, la difficulté à trouver des relais, la situation de grande précarité, tant physique, psychique que sociale et administrative nous emmène souvent à prolonger le séjour afin que les bénéficiaires en terme d’avancées psycho-sociales ne soient pas perdus, mais que la prise en charge au sein de l’association constitue une étape porteuse de leurs parcours, ne conduisant pas à un retour vers l’urgence.

La prise en charge que nous proposons s’articule autour de deux axes :

#### **- Le suivi psycho-social dans le cadre de rencontres hebdomadaires :**

Au cours de ces entretiens, il s’agit souvent de procurer aux personnes hébergées un soutien psychologique qui leur permette d’affronter les difficultés qu’elles rencontrent, du fait de leur précarité, de leurs pathologies somatiques (VIH, maladies opportunistes..), de leur déracinement (population principalement d’origine sub-saharienne), de leur isolement.

Lors de ces rencontres, il s’agit également pour la personne hébergée, quand elle le souhaite, de « se raconter », afin de pouvoir comprendre son parcours et de réinscrire les événements de vie souvent traumatiques auxquelles elle a été confrontée (annonce de la séropositivité, angoisse de mort, rupture familiale et culturelle..) dans la continuité de son histoire personnelle. Se réapproprier ces événements et ruptures, pouvoir faire des liens entre les différentes périodes de sa vie, permet d’y trouver un sens, de rétablir une continuité psychique ainsi que de relancer une dynamique vitale.

#### **- Le travail en réseau**

Le travail en réseau que nous pouvons mettre en place avec les travailleurs sociaux, autour de ces personnes, et avec leur participation, leur permet par ailleurs de se réinscrire dans un lien social, dans une situation administrative ou professionnelle moins précaire, d’imaginer des relais possibles à l’hébergement, et de relancer une dynamique d’insertion globale. Un travail particulier est accordé à la proposition de mise en relation des personnes hébergées avec des associations pour les personnes atteintes de VIH afin qu’elles puissent aborder leur séropositivité, les traitements, les aménagements de la vie en conséquence, avec des professionnels spécialisés et avec d’autres personnes ayant suivi un parcours similaire en rapport avec leur pathologie. En raison du tabou lié à la maladie et à son mode de contamination, de la crainte liée au secret qui pourrait être propagé jusqu’au milieu familial, nous nous heurtons souvent dans un premier temps à un refus.

Cependant, lorsqu’un travail quant à la prise en considération de la maladie et de son « historique » peut être fait, cela se traduit souvent par une prise de contact avec les associations spécialisées ainsi que par une observance accrue du traitement, s’il y a lieu.

### **Vignette clinique :**

Mr D. nous est adressé par l’assistante sociale d’un centre médico-psychologique.

Originaire des Dom-Tom, il est élevé par sa grand-mère maternelle jusqu’à l’âge de 16 ans. Il exerce ensuite divers emplois qui lui permettent de vivre de façon autonome jusqu’au service militaire effectué en métropole. Il ne connaît pas son père et très peu sa mère qu’il a tenté de revoir. A la suite du service militaire, il s’apprête à engager une carrière dans l’armée, jusqu’à la rencontre avec sa mère, qui remet en question ce projet.

Il explique qu’elle lui promet alors de l’héberger et de lui trouver un travail par le biais de connaissances. Il renonce à son projet militaire mais « les promesses » s’avèrent sans suite. Il ne revoit plus sa mère.

Sans hébergement, il est accueilli par des membres de sa famille maternelle. Il vit très mal cette ambiance familiale où l’on ne veut pas lui révéler l’identité de son père. Il dit « je suis comme orphelin... ils partagent tous un secret que je suis le seul à ne pas connaître, je ne me sens pas des leurs » et ne supportant plus cette atmosphère de « non-dit, de mensonges, de fausses pistes, de réponses floues » il préfère partir de nouveau.

Il vit alors durant un an avec une femme en situation irrégulière. Souffrant de sa méconnaissance sur sa filiation, il ne souhaite pas être père à son tour. Sa compagne tombe cependant enceinte et il apprend au cours de la grossesse que celle-ci est atteinte par le VIH et est sous trithérapie, puis, suite à un examen sanguin, qu’il a contracté également le VIH.

Il décide cependant de « pardonner ce mensonge par amour », puis reconnaît l’enfant (séronégatif) à sa naissance.

Cependant, peu de temps après la naissance, sa compagne se plaint à la PMI des violences de Monsieur et engage une procédure judiciaire pour obtenir la garde de l’enfant. Le tribunal accorde à Mme la garde principale de l’enfant, le maintien dans les lieux ainsi qu’une pension alimentaire. Monsieur D. dit ne pas comprendre la situation, se sent anéanti par les mensonges successifs de sa compagne, tant sur sa séropositivité, que sur l’oubli de la contraception et enfin sur les violences portées qu’il nie totalement. Il ne retrouve jamais une stabilité tant au niveau du logement, que professionnelle et sociale. Il se sent trahi et dit ne s’en être jamais remis.

Les symptômes dont il a souffert depuis la rupture avec son ex-compagne sont multiples : dépression avec hospitalisation de quelques mois, idées suicidaires, épilepsie, alcoolisation pendant 2 ans « pour oublier et pour me faire du mal » et actuellement ruminations, trouble du sommeil, angoisse envahissante.

Il souffre en effet d’angoisse massive lorsqu’il est en relation avec les autres et ressent un sentiment d’infériorité important : au cours des conversations avec diverses personnes, « blanc psychique », trous de mémoire, interrompent parfois son discours, suite à un contact visuel par exemple lors des entretiens. L’angoisse, ingérable, entraîne une déréalisation transitoire, il perd alors le fil de ses pensées, oubliant ce qu’il « voulait dire », se sentant « la sans être-là ». Ceci l’entraîne alors à éviter les contacts et à quitter les divers emplois qu’il a

pu occuper depuis, dès qu’une situation inter-personnelle conflictuelle ou tendue pouvait se présenter « depuis ce qu’il m’est arrivé, quand je parle avec les gens, je perds mes moyens ».

Il arrête au bout d’un certain temps le traitement antidépresseur et anxiolytique qui lui avait été prescrit et ne veut plus rencontrer le médecin psychiatre du CMP, insistant pour être reçu par un psychologue mais « empêché » parce que son assistante sociale refuserait. Le suivi au CMP s’étiole et encore une fois il dit ne pas comprendre pourquoi son assistante sociale, ne l’entend pas dans « ses demandes et besoins », ne lui communique pas, par exemple, comme il l’avait demandé de nombreuses fois, des adresses d’associations pour les personnes atteintes du VIH. Il semble ici encore se vivre comme l’objet d’un suivi avec une personne qui ne l’entend pas, ne le reconnaît pas, et se sent en position de grande passivité « je n’avais pas le choix » puisque ce suivi était nécessaire à son accès à un hébergement. Par ailleurs, bien que sans logement, il ne souhaite pas être hébergé à nouveau par les membres de la famille maternelle : « quand je suis avec eux, je suis encore plus mal ».

Au moment où nous le rencontrons, M. D. est dans une grande précarité, après avoir connu divers hébergements chez des amis, il dort dans une voiture depuis un an.

D’une présentation toujours très soignée, dans une position d’humilité très grande et de reconnaissance répétée par rapport à l’aide apportée, il se met au fil des entretiens, avec la confiance acquise, à exprimer très finement mais toujours avec beaucoup de pudeur, sa souffrance et ses difficultés.

La question de sa séropositivité se fera discrète lors de nos entretiens, il préférera l’évoquer dans le cadre de rencontres et de groupes de parole au sein de l’association AIDES.

Il expliquera à ce sujet que le fait d’aborder cette question avec des personnes souffrant de la même pathologie, tant au restaurant social de Maavar qu’à « Arc-en-ciel », lui a redonné une motivation quant à la prise régulière de son traitement, qu’il avait tendance à prendre de façon aléatoire à son arrivée.

Le début de nos rencontres est ainsi marqué par l’expression de son impuissance, et de sa souffrance notamment d’avoir « tout perdu » mais aussi d’être éloigné de son fils et de lui faire vivre le même sort que lui, « ne pas avoir connu son père ». Il garde cependant un contact avec celui-ci au téléphone de façon plus ou moins régulière. Bien que bénéficiant du droit de garde partiel, il ne le voit pas, son ex-compagne l’en « empêche, s’arrange pour que je ne puisse pas le voir ». Les contacts avec celle-ci, qu’il évite, sont dit-il très perturbants pour lui. « J’ai été traumatisé...j’essaye encore de comprendre ».

Il se présente ainsi à nous comme « *sujet-objet* » d’une histoire qui le « dépasse », des « mensonges » et « trahisons » qu’il a « subi », dans une position de passivité face à une histoire qui le « traumatise ».

C’est le sentiment de trahison de l’être aimé, sa perte, l’annonce de sa séropositivité et l’éloignement avec un fils, qui fait irruption dans sa vie et le met en position d’être père, d’être un père absent, qui constitue la série d’événements traumatiques dont les effets se surajoutent.

Depuis dit-il, « j’ai perdu mes capacités ». Il parle à ce propos de la perte de son logement, de son emploi et plus globalement de sa confiance en lui. Il aborde à ce sujet sa nouvelle

situation administrative de « travailleur handicapé », appellation qu’il évoque avec pudeur et gêne, compte tenu de « son inaptitude au métier de référence ».

Il parlera tant au cours du suivi, de son sentiment d’incapacité, que de l’angoisse que provoque sa capacité potentielle lorsqu’il est embauché en CDD, suite aux démarches actives et autonomes qu’il a entrepris : « et si je perdais tout et que je recommençais à zéro ? ».

Au fil des entretiens, il aborde la question de la honte et du ridicule : « si je fais tant de démarches, c’est pour pouvoir revoir mon fils dans de bonnes conditions mais aussi pour sortir de ce sentiment de honte et de ridicule ». En évoquant ces sentiments, un changement de position s’amorce : il y assume une position plus subjective, qui ne serait plus seulement liée à un déterminisme purement extérieur, à l’action de l’autre sur lui « être victime, être trahi, trompé par des mensonges » et s’en sentir « anéanti », sidéré, mais également à sa propre absence de perception durant sa relation, de la nature de celle-ci.

Il n’est plus seulement celui qui a été « manipulé » à son insu mais celui qui s’est laissé « manipuler » et qui en ressent de la honte, un sentiment « après coup » de ridicule, puisque lui-même semble maintenant divisé entre celui qui voit et celui qui ne voit pas (ou ne veut pas voir), entre sujet et objet de son inconscient.

L’élaboration de ces affects permet ainsi à M. D. d’accéder à son intentionnalité, à sa subjectivité : ce qu’il comprend de sa propre participation, de sa propre culpabilité, de son propre désir, de la part qu’il a pu prendre, dans la construction de son histoire personnelle.

M. D. est alors envahi de ruminations anxieuses, l’empêchant de trouver le sommeil : « mais comment est-ce que je ne me suis pas rendu compte ? »

Nous évoquons alors la question de l’amplification de son sentiment de « tromperie, manipulation » en regard de la **répétition** de son sentiment premier, de mensonges, de réponses floues ou erronées sur la question de sa filiation. « Je sais ! Répond-il. C’est fou, je me retrouve dans la situation exacte que je ne voulais pas... être absent pour mon fils ».

M. D. *répète* ainsi ce qu’il a intériorisé dans ses relations les plus précoces dans le but « d’exploiter activement ce vécu initial par tous les moyens qui sont à sa disposition ». Cette répétition tourne à l’automatisme pur et simple et devient destructrice lorsqu’elle bute sur un certain nombre d’obstacles qui vont s’accumulant avec le temps et les aléas de l’existence : auquel cas, elle finit par échapper totalement au sujet qui en devient véritablement l’otage ou le jouet » G.Bonnet

Une répétition systématique à laquelle M. D. est *assujetti* : répéter le sentiment d’incompréhension et de tromperie passé, dans l’actuel d’une relation intime qui le conduit enfin à répéter, à *agir*, une identification à une figure paternelle absente.

En effet, M. D. est dans la position d’un père qui serait absent pour son fils, et retrouve à travers lui, une partie de lui-même suivant un processus où le monde intra-psychique de l’autre revêt précisément les aspects qu’il a désavoués. La relation qu’entretient M. D. avec son fils est en effet teintée d’une identification massive et spéculaire à l’enfant : « quand je vois mon fils, c’est comme si je me voyais, si je l’abandonnais, je m’abandonnerais moi-même ».

Son fils, qu’il investit également comme un « garde fou », garant : il explique en effet dès les premiers entretiens, que si son fils n’était pas là, il se serait suicidé, et aborde au cours du suivi, avec beaucoup de pudeur et de honte, son désir de vengeance (fantasmé dans un projet d’homicide) sur son ex-compagne mais que l’existence de son fils avait empêché, contenu.

Par cet investissement spéculaire très fort, il se met ainsi en position de protéger son fils, de se protéger lui-même, et de réparer les failles de son histoire familiale traumatique : après plusieurs années de relation « lointaine », il faisait tout à présent pour ne pas faire vivre à son fils, son « double », l’absence totale d’un père, et pour cela il multipliait les efforts et les démarches pour sa réinsertion.

M. D., en abordant les difficultés de son histoire, notamment par les échos présents de celle-ci, à travers l’identification à son fils, a pu amorcer une reconstruction psychique qui lui a permis par la suite de se positionner dans un projet identificatoire à nouveau dynamique, après un temps de reconstruction nécessaire s’appuyant sur un étayage institutionnel permanent.

En effet, le travail de lien qu’a effectué M. D. au cours de ces entretiens n’allait pas sans un travail de *renarcissisation* dans le cadre d’une alliance thérapeutique soutenante et positive de l’ensemble de l’équipe et des travailleurs sociaux partenaires rencontrés au cours de l’hébergement. M. D. a ainsi pu s’en saisir rapidement afin de se projeter de façon dynamique et a émis rapidement le désir de s’investir en tant que bénévole par la suite « pour aider comme on m’a aidé ».

Au cours du suivi, ces thèmes ne se sont pas présentés de façon si distincte mais souvent articulés les uns aux autres, dans une perspective de clarification du travail effectué, nous les avons présentés de façon plus formelle. De même, les avancées en terme de subjectivation s’articulant avec les bénéfices narcissiques découlant des avancées sociales se sont accompagnées de moments de fragilité et d’angoisse qu’il était nécessaire de contenir par l’assurance d’un accompagnement continu.

Au bout de quelques mois, grâce aux recherches que nous avons entreprises ensemble et avec, M. D. a pu accéder à un appartement de coordination thérapeutique au sein de l’association MAAVAR à Sarcelles.