



## 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 2008

**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
LE PROJET PERSONNALISE :	6
<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 :	13
NATIONALITES :	14
SITUATION ADMINISTRATIVE :	15
SITUATIONS FAMILIALES :	16
PROVENANCE :	17
ORIGINES DES DEMANDES :	17
HEBERGEMENT PRECEDENT :	18
PRECARITE :	19
SUIVI MEDICAL :	20
TRAITEMENTS :	21
COUVERTURE MEDICALE :	21
DESTINATIONS :	22
<b>REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE</b>	<b>23</b>
LE TEMPS DE L’ACCOMPAGNEMENT :	23
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 :**

119, rue des Pyrénées – 75020 PARIS  
Tel. : 01 43 56 43 00 / Fax : 01 43 56 43 01  
[maavaract93@free.fr](mailto:maavaract93@free.fr)

### **Service ACT OFEK :**

119, rue des Pyrénées – 75020 PARIS  
Tel. : 01 43 56 43 09 / Fax : 01 43 70 57 98  
[service.ofek@free.fr](mailto:service.ofek@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.noga@free.fr](mailto:maavar.noga@free.fr)

### **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.

Nous assurons un accompagnement psycho-social auprès 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 plus stable à l’hébergement mais également le maintien du suivi médical et pour certains l’accès aux soins compte tenu de l’augmentation des pathologies associées que nous rencontrons, notamment des pathologies mentales.

### **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 : 0.5 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 est également situé à proximité du service Ezra et du siège de l’association afin de permettre aux personnes accueillies d’en profiter pleinement.

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'utilisateur de conserver son traitement dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, les traitements anti-rétroviraux entraînent des effets secondaires (troubles gastriques...) qui nous conduisent à favoriser autant que possible des hôtels proposant une accessibilité aisée aux commodités.

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 le référent psycho-social ou le travailleur social.
- A la demande de l'équipe ou de l'utilisateur 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 :**

La durée de l'hébergement est fixée à six mois renouvelables.

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

Lors de l'entretien d'admission, le travailleur social ou le référent psycho-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 attentes et des possibilités de la personne.

A chaque admission, un livret d'accueil et les conditions de séjour sont remis à l'utilisateur après lecture et approbation.

Les conditions d'accueil et de séjour regroupent tous les droits mais aussi les devoirs de l'utilisateur pendant toute la durée de son séjour au sein de l'association.

Ces conditions sont les suivantes :

- Un entretien hebdomadaire au minimum avec le référent psycho-social ou le travailleur social
- L'implication et la poursuite du projet individualisé élaboré
- L'acquiescement de la participation financière
- Le respect du règlement intérieur de l'hôtel ou l'utilisateur 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.

## **Le projet personnalisé :**

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 ou d’emploi.

## **Prestations :**

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

Un restaurant social ouvert du lundi au jeudi de 12h00 à 14h00 et le vendredi de 11h30 à 13h30 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 les 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 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 permet la mise en place d’un espace d’échange et de dialogue entre l’équipe et les personnes accueillies 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 l’équipe 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, ne permet pas véritablement d’élaborer une participation très efficace au fonctionnement institutionnel. Si cette dimension institutionnelle reste néanmoins présente, elle n’est pas aussi marquée 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.

## **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 et medico-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, orientation vers des structures de soins psychiatrique, 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 le suivi social par des entretiens réguliers avec les personnes hébergés. Il s’agit également de mener les entretiens d’admission, d’étudier les candidatures, d’assurer une permanence téléphonique afin de renseigner sur les critères d’admission et les modalités d’hébergement.

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 ou psycho-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 ou le référent psycho-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 : 6 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 :**

Le psychologue rencontre l’usager en amont de l’admission afin 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...).

Dans le cadre du suivi des hébergés, le psychologue se heurte à une difficulté majeure, celle de proposer une aide psychologique à des personnes dont la demande et la préoccupation immédiate sont de trouver une réponse à leurs besoins vitaux :  
Se loger et se nourrir.

En effet, la 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 « Être 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'utilisateur. 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.

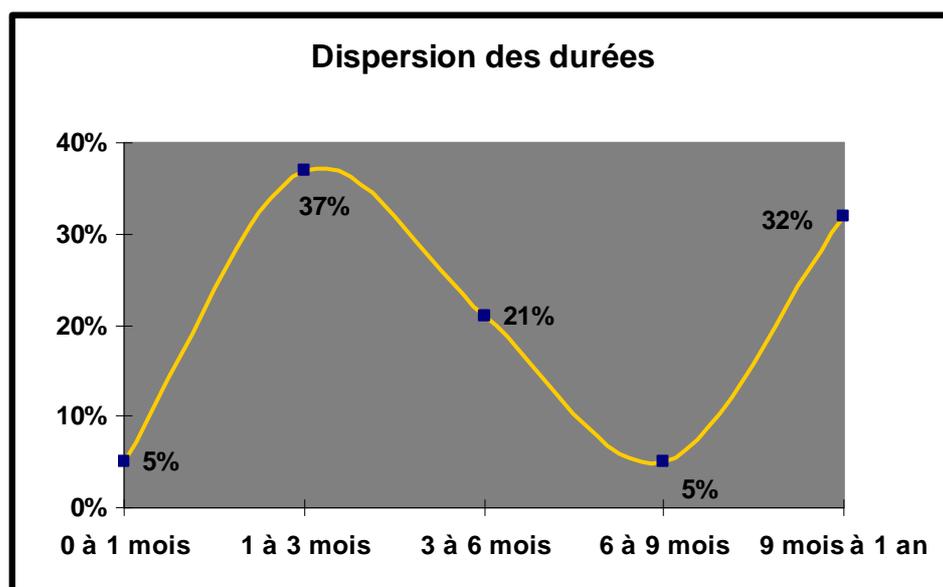
Le psychologue, compte tenu de sa formation et de ses connaissances en psychopathologie, pourra venir ici faire le lien, nommer certains comportements, expliciter, expliquer.

## Statistiques et caractéristiques générales de la population reçue :

Année	2008	2007	2006
Nombre de nuités réalisées	2901	2659	2858

- ❖ 19 personnes prises en charge au cours de l’année 2008
- ❖ Un temps de séjour minimum de 1 jours et un temps maximum de 330 jours
- ❖ Un temps moyen de séjour de 152 jours
- ❖ L’âge moyen des usagers est de 38 ans, le plus jeune a 25 ans et le plus âgé 58.

### Dispersion des durées



Le séjour est fixé dès l’admission pour une durée de 6 mois.

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

Depuis l’application de l’article 4 de la loi du 5 mars 2007, la durée des prises en charges est modifiée. En effet, cet article institue le droit au logement opposable et porte diverses mesures en faveur de la cohésion sociale et du principe de continuité de l’hébergement.

La question de l’hébergement d’urgence est alors à repenser.

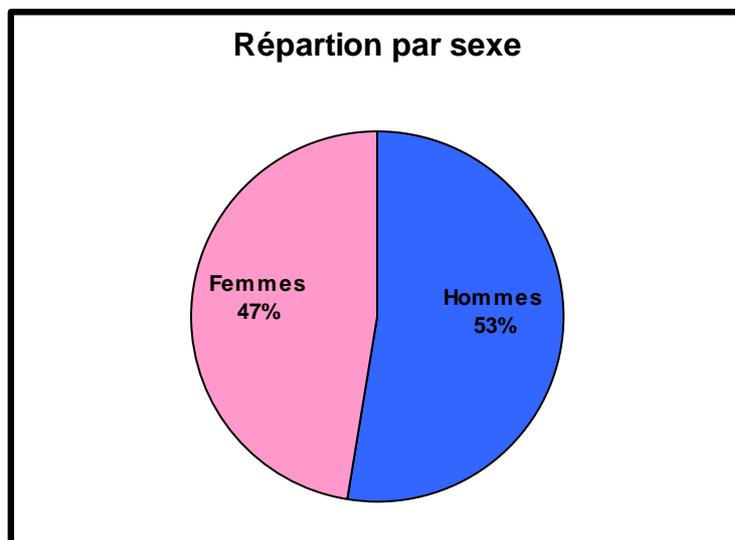
Il est préférable que les hébergements en chambres d’hôtel restent transitoires compte tenu de la précarité et du confort relatif proposé par ce type d’hébergement considérant les troubles somatiques majeurs dont souffrent les personnes hébergées.

Nous observons, pour l’année 2008, une augmentation sensible de la durée moyenne de séjour. En 2007, celle-ci s’élevait à 85 jours ; en 2008, elle passe à 152 jours en moyenne soit un durée moyenne de séjour de 5 mois environ.

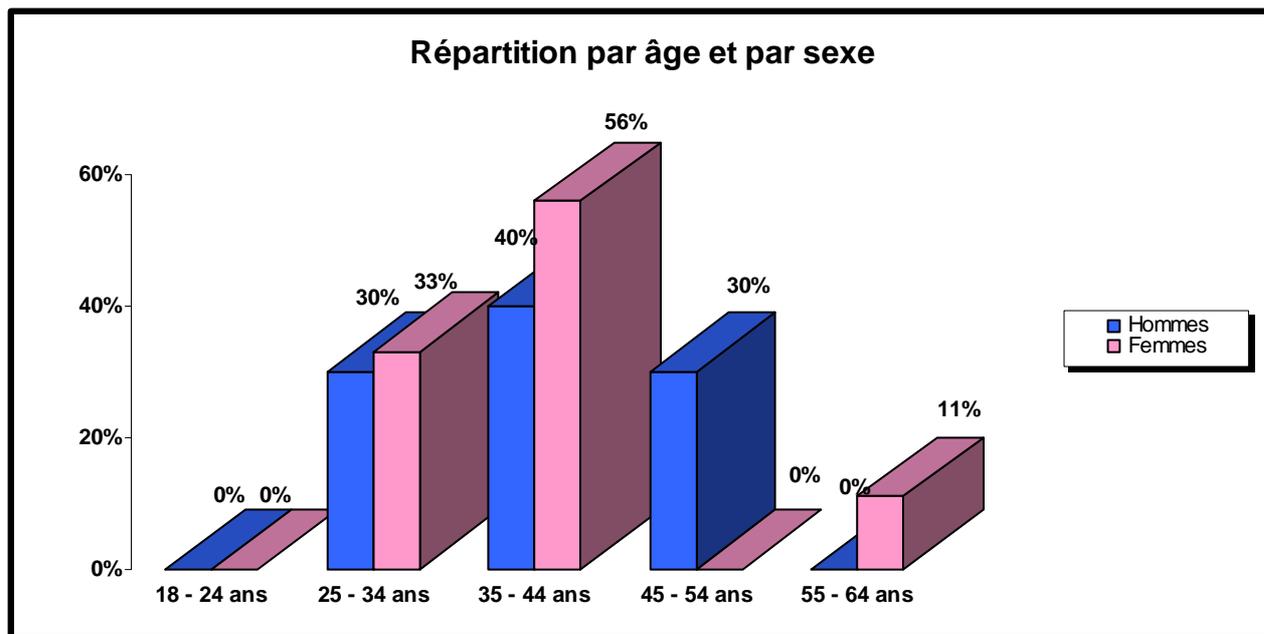
Cette augmentation s’explique par la mise en application de la loi DALO qui permet aux usagers de pouvoir bénéficier d’un temps de séjour supérieur afin d’éviter les ruptures d’hébergement qui conduisent à une précarisation des situations sur le plan social, médical et psychologique. Cette nouvelle disposition permet également de favoriser la concrétisation des projets individualisés.

Le nombre d’usagers pris en charge par le service est passé de 31 en 2007 à 19 en 2008. Cette diminution s’explique par l’augmentation moyenne de la durée de séjour des usagers et par le caractère fixe du budget alloué au service Ezra.

### **Sexe et Age :**



Nous avons accueilli cette année une majorité d’homme sur le service Ezra. Contrairement à la tendance constatée jusqu’ici, le nombre de femme accueillies a chuté au cours de l’année 2008.

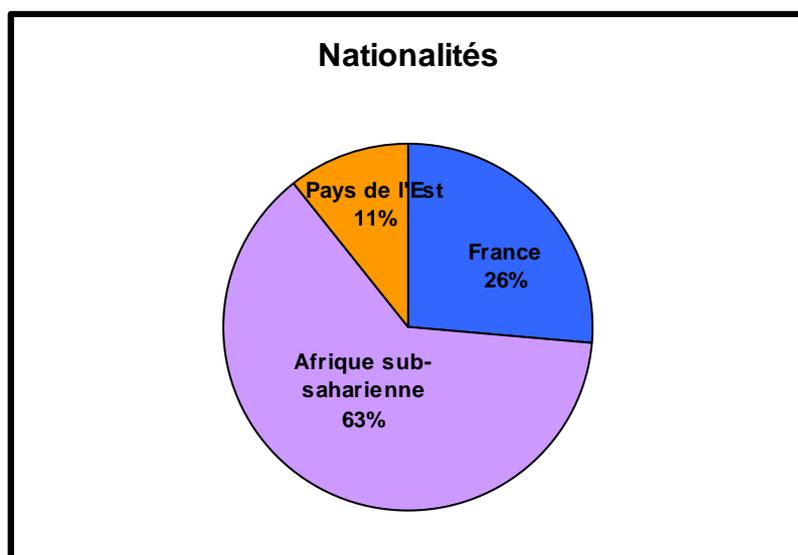


A la différence de l’année 2007, nous observons en 2008 une diminution des prises en charge de personnes de moins de 25 ans.

On peut supposer que cette catégorie de la population, nécessitant un encadrement plus étayant, est accueillie dans des structures qui proposent un hébergement regroupé avec un accompagnement quotidien.

Le manque de structures adaptées à une population vieillissante et touchées par le VIH reste toujours problématique.

### Nationalités :



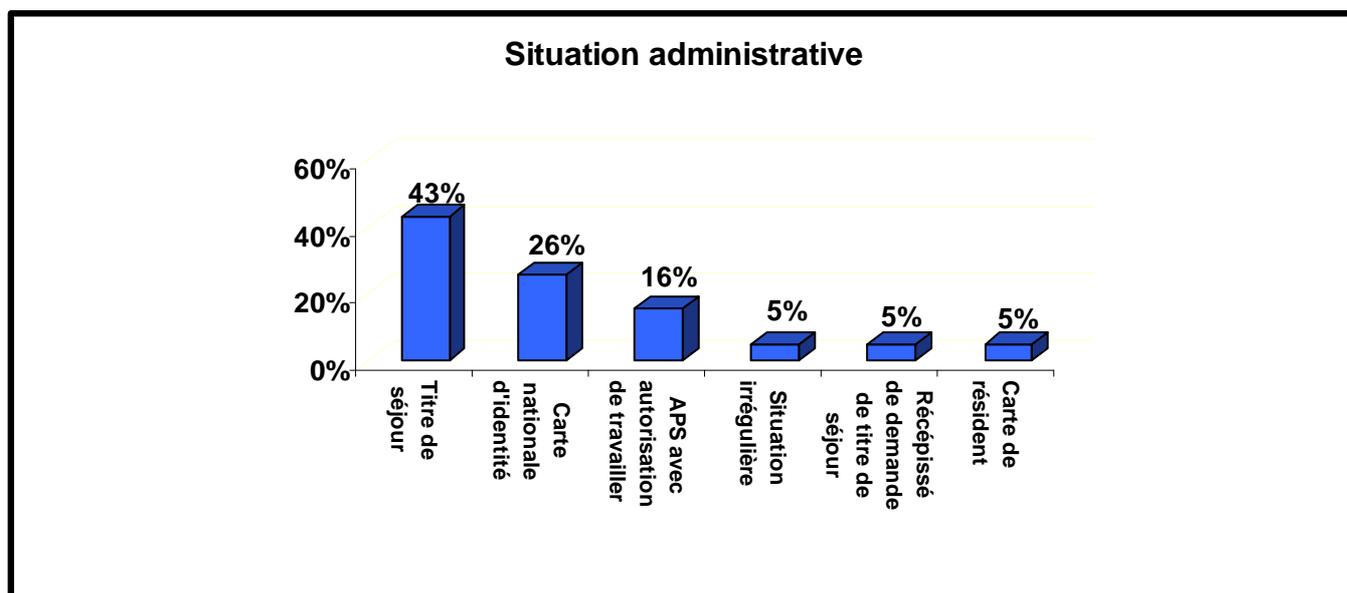
Parmi les personnes hébergées au cours de l’année 2008, un quart est de nationalité française contre un peu plus d’un tiers l’année dernière.

Nous constatons cette année une augmentation des migrants originaires d’Afrique subsaharienne, cette catégorie représentant près des deux-tiers de la population hébergée par le service.

On remarque également une émergence d’une population en provenance d’Europe de l’Est. La diminution du nombre de personnes accueillies originaires du Maghreb se confirme jusqu’à l’absence de leur représentation cette année.

### Situation administrative :

Carte nationale d'identité	Titre de séjour	APS avec autorisation de travailler	Situation irrégulière	Récépissé de demande de titre de séjour	Carte de résident
5	8	3	1	1	1



Cette année, on constate une augmentation des personnes accueillies détentrices d’un titre de séjour, 43 % en 2008 contre 16% en 2007 et une baisse du nombre de personnes en attente de régularisation 5% en 2008 contre 26% en 2007.

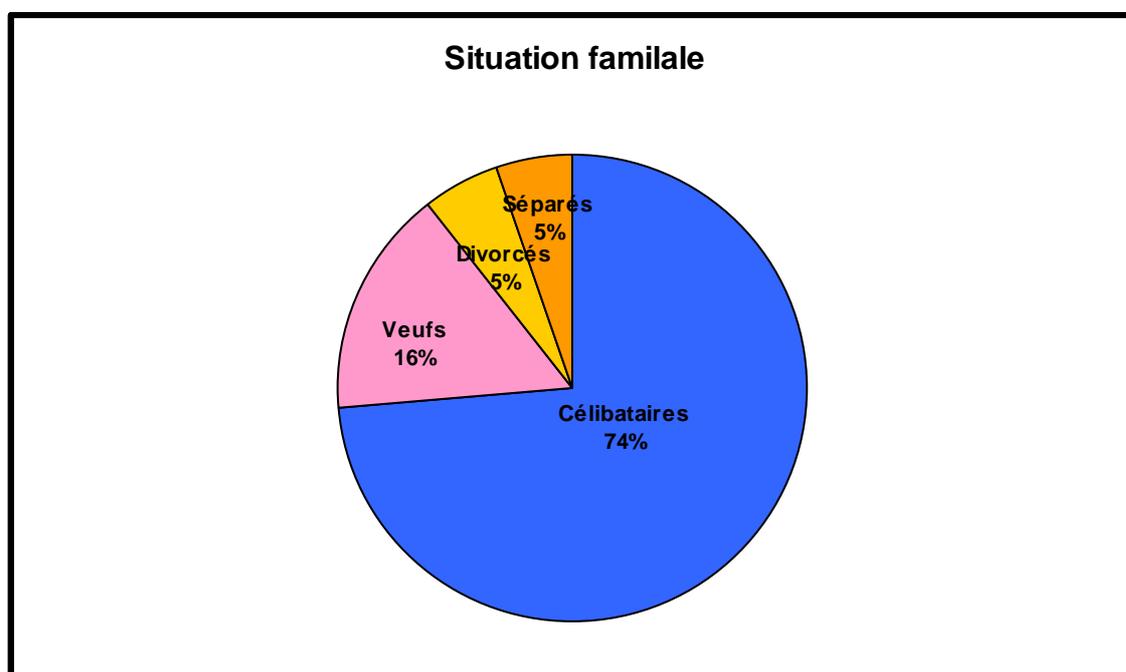
La baisse du nombre de personnes possédant une carte nationale d’identité est en rapport avec la diminution de nombre de personnes de nationalité française accueillies.

Depuis quelques années nous observons que les APS délivrées étaient généralement accompagnées d’autorisation de travailler.

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.

Nous constatons cette année une disparition des APS *sans autorisation de travailler* parmi la population accueillie sur le service.

## Situations Familiales :



En 2008, nous constatons une légère diminution du nombre d’hébergés célibataires, toutefois, ceux-ci restent encore majoritaires.

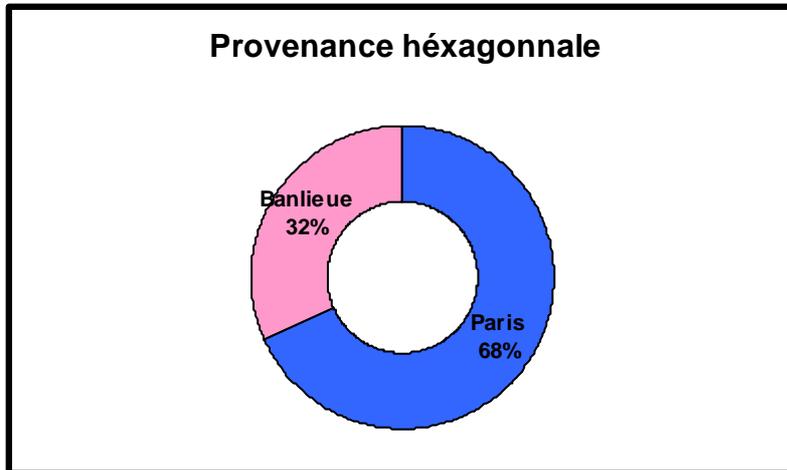
D’une manière générale, les personnes accueillies sur notre dispositif restent très isolées. L’absence d’un réseau familial ou amical accroît leur précarité tant sociale que psychique.

De ce fait, le service Ezra devient un lieu d’accueil et de resocialisation et même parfois le seul lien avec l’autre.

Au cours des accompagnements, les référents sont fortement sollicités dans leur fonction de soutien, d’étayage et de renarcissisation.

## Provenance :

### Provenance hexagonale :

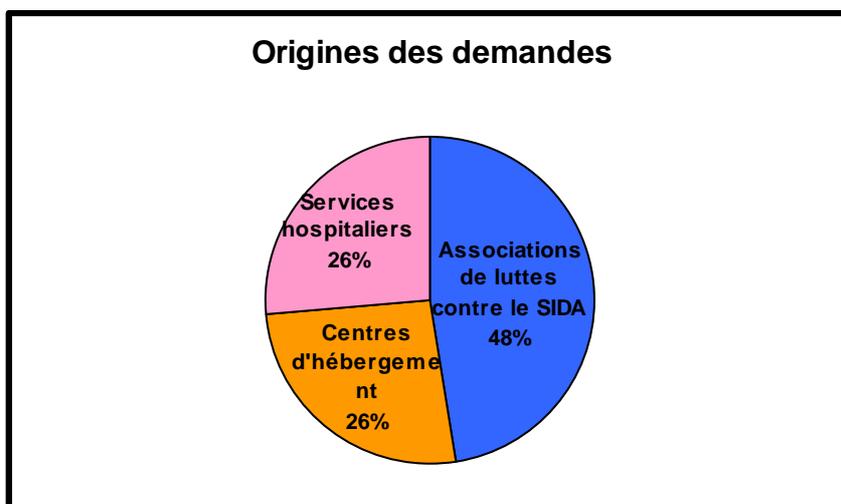


Comme l’année précédente, 68 % des personnes hébergées viennent de Paris. Le partenariat étroit que nous avons établi avec les structures hospitalières parisiennes et la forte proportion d’associations de lutte contre le SIDA sur Paris expliquent cette prépondérance.

Les hôtels avec lesquels nous travaillons se situent majoritairement sur Paris dans le souci de permettre un accès facilité au restaurant de l’Association.

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

### Origines des demandes :



Comme l’année précédente, nous observons une baisse des demandes d’hébergement émanant de structures hospitalières.

Si celle-ci n’affecte cependant en rien la pérennisation du partenariat établi depuis des années avec bon nombre d’hôpitaux situés en région parisienne, notamment l’hôpital Louis Mourier, elle se fait au profit des demandes en provenance d’associations de lutte contre le SIDA .

En effet, les demandes émanant des associations spécialisées dans la lutte contre le sida représentent désormais presque la moitié des prise en charges.

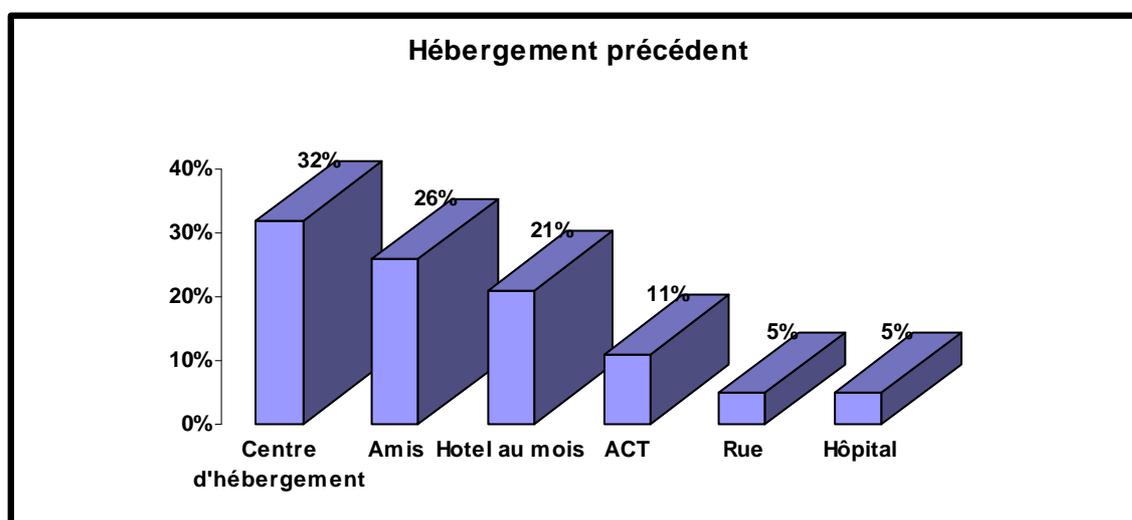
Le partenariat se pérennise avec les associations Basiliade, Arcat et AIDES et reste actif avec Mijaos, SOS Habitat et soins et la Fondation Maison des champs.

Contrairement à l’année précédente, nous observons une recrudescence des demandes provenant des structures d’hébergement d’urgence, notamment internes à l’association (le service Eranne, le CHRS et le service Ezra de Sarcelles).

Ceci peut expliquer la difficulté croissante de trouver des relais à l’hébergement adaptés du fait de l’engorgement des dispositifs ACT.

### Hébergement précédent :

Centre d’hébergement	Amis	Hôtel au mois	ATT	Rue	Hôpital
	32%	26%	21%	11%	5%



La majorité des usagers présents sur le service Ezra était précédemment hébergée en centres d’hébergement.

Ceci s’explique par un partenariat avec des structures d’accueil et d’hébergement non spécialisées qui orientent vers le service Ezra une population concernée par le virus du VIH et qui trouvent dans notre structure un accompagnement et un hébergement adaptés à leur pathologie.

En effet, nous privilégions autant que possible des hébergement dans des hôtels permettant de faire la cuisine, proposant un frigidaire et un accès aisé aux commodités, en particulier pour les hébergés dont la situation médicale est la plus dégradée.

Par ailleurs, la présence de psychologues sur le service permet d’être attentif aux troubles psychologiques associés que présente la majorité de nos hébergés du fait notamment des répercussions traumatiques de la contamination par le virus du SIDA.

Une forte proportion d’usagers étaient précédemment hébergés par des amis ou des connaissances. Cet hébergement se déroulait cependant le plus souvent de façon chaotique, la promiscuité conduisant les personnes à dissimuler leur traitement ARV et aboutissait bien souvent à une prise du traitement irrégulière, voire à son arrêt.

En effet la découverte par l’hôte du traitement contre le VIH conduit très fréquemment à une expulsion du logement ainsi qu’au risque de divulgation malveillante de la maladie.

Par ailleurs, la durée incertaine de l’accueil, soumise au bon vouloir de l’hôte, peut aboutir à des relations de sujétion ou des chantages.

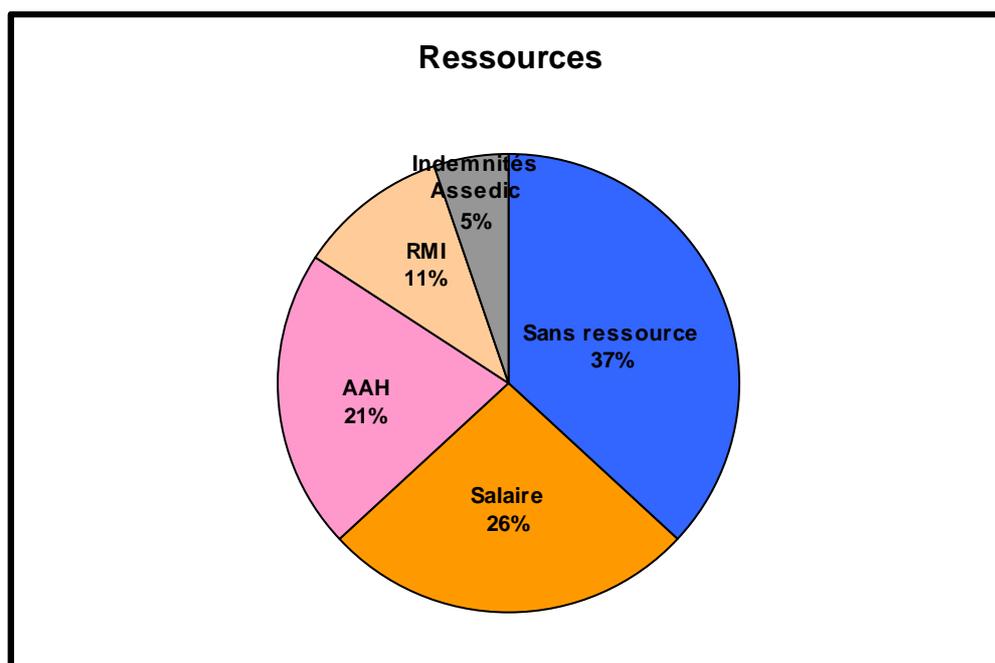
Ce climat quotidien d’angoisse et d’insécurité a des répercussions psychologiques importantes sur la personne malade.

On constate une nette augmentation des usagers hébergés dans des hôtels au mois avant l’arrivée sur le service, en effet leur nombre est multiplié par deux cette année : 21% en 2008 contre 10% en 2007.

Il en est de même pour la proportion des usagers en provenance de dispositifs d’appartement de coordination thérapeutique : 11% en 2008 contre 6% en 2007.

Enfin, on note l’apparition cette année de personnes en errance, vivant dans la rue précédemment à l’hébergement sur le service.

## Précarité :



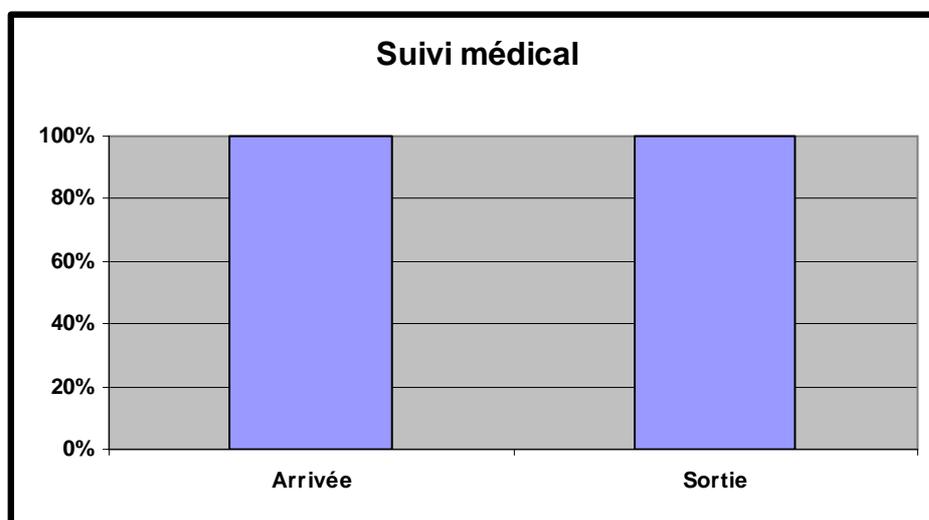
Comme l’année précédente, plus d’un tiers des personnes hébergées se trouve cette année encore en situation de précarité et sans revenu.

Un tiers des usagers perçoit une allocation spécifique, l’Allocation Adulte Handicapé, compte tenu de la fragilité de leur état de santé ou le RMI quand ils peuvent y avoir accès, suivant leurs situations administratives.

Les usagers ayant un emploi ont une activité sur des chantiers d’insertion, dans les métiers de la sécurité pour les hommes ou en tant qu’aide à domicile et personnel d’entretien pour les femmes.

Ils peuvent ainsi se maintenir dans une activité qui leur permet d’avoir un statut professionnel et social.

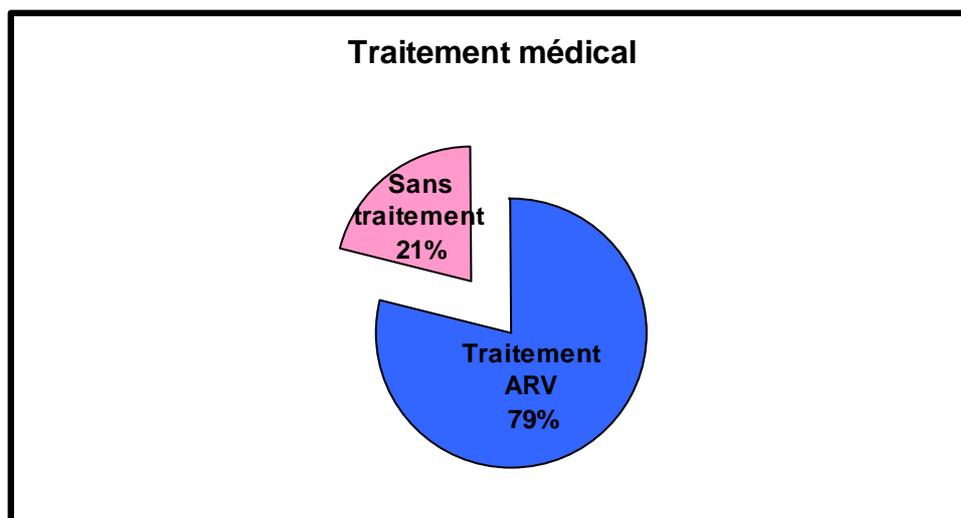
### Suivi médical :



Comme l’année passée, on constate qu’à leur arrivée à l’Association Maavar, tous les usagers sont suivis sur le plan médical.

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

## Traitements :



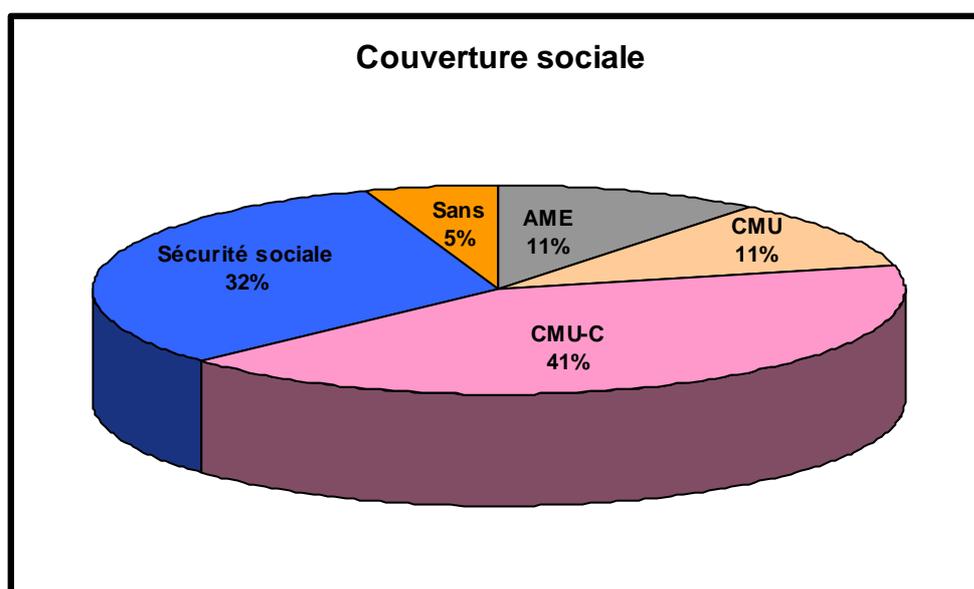
Plus des trois-quarts des personnes accueillies prennent un traitement anti-rétroviral à leur arrivée sur le service.

On constate cette année une augmentation du nombre d’usagers ne prenant pas de traitement. Ceci peut s’expliquer par l’existence de pathologies associées, le plus souvent mentales, rendant cette prise de traitement aléatoire.

Ceci s’explique également par le temps parfois nécessaire, pour des personnes en situation d’errance, à la mise en place d’un protocole médical adapté.

L’adaptation de plus en plus fine des médicaments et la diminution des effets secondaires gênants induisent une compliance accrue des patients à leur traitement.

## Couverture médicale :

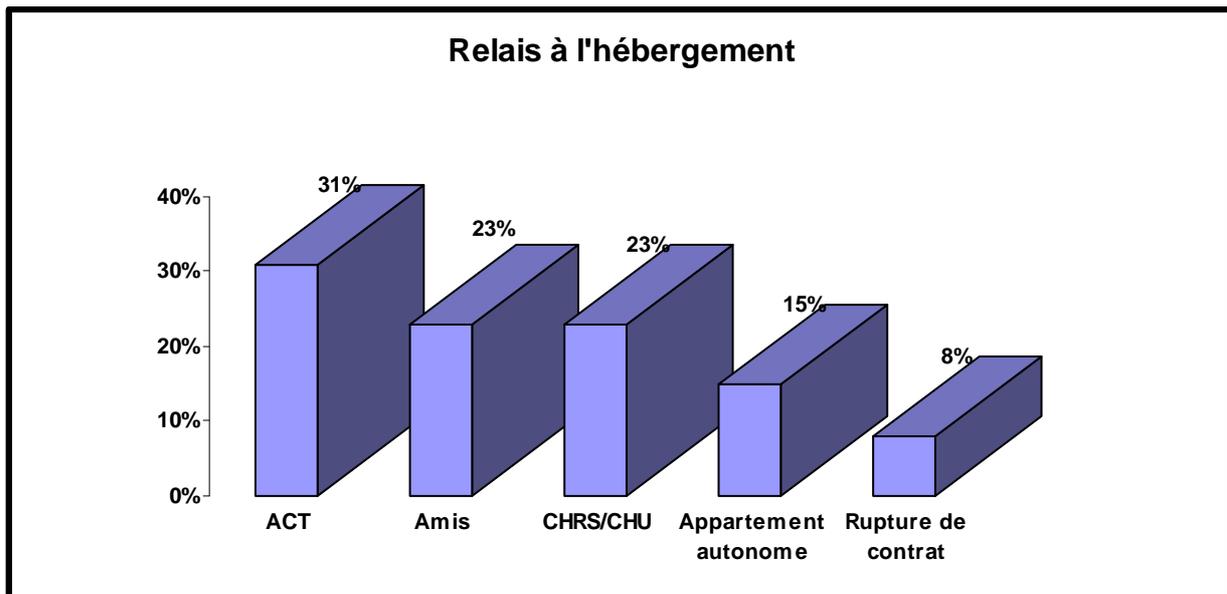


En 2008, on constate une nette augmentation de la part des personnes hébergées sur le service Ezra bénéficiant de la CMU-C. Celle-ci s'est faite notamment au détriment de personnes bénéficiant de l'AME.

Le pourcentage de personnes bénéficiant du régime général de la sécurité sociale est relatif au nombre de personnes prises en charge occupant un emploi.

On relève cette année l'apparition de personnes accueillies n'ayant aucune couverture sociale.

## Destinations :



Sur le service Ezra, la préoccupation majeure reste l'orientation vers une solution d'hébergement pérenne.

Avec l'application effective de la loi DALO, qui permet notamment de prolonger l'hébergement dans nos structures, nous avons pu cette année prendre le temps nécessaire à l'aboutissement de la majorité des projets élaborés.

C'est ainsi que 31% des usagers ont pu accéder à des appartements de coordination thérapeutique et 15% à un logement autonome ce qui explique la forte baisse du pourcentage de personnes orientées en CHRS.

Cette année, le pourcentage des ruptures volontaires de contrat et des hospitalisations reste marginal.

## 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 :

Dans le cadre du service EZRA de l’association MAAVAR, je reçois Mr F, âgé de 22 ans.

Il a été contaminé par le VIH par voie materno-fœtale et a perdu sa mère à l’âge de 6 ans des suites de la maladie. C’est le cadet d’une fratrie de 4 enfants et le seul atteint du virus du sida.. Mr F a découvert son infection, et les causes du décès de sa mère, à l’âge de 14 ans au moment où sa maladie s’est déclarée.

Cette annonce n’amènera aucun échange avec les membres de sa famille sur ce thème, aucune parole n’a pu être partagée, à l’exception de l’injonction de prendre le traitement anti-rétroviral.

Le sujet de la maladie est tabou, exclu, comme le fut Mr F, du foyer familial à l’âge de 19 ans, suite à un incident domestique, dans un climat marqué par les conflits parents-adolescent.

Il est alors hébergé par une sœur aînée, des amis, ou dort dans des squats. Il est plusieurs fois hospitalisé dans un état grave, en rupture de traitement.

Durant ces diverses hospitalisations, les intervenants médico-sociaux se sont mobilisés pour insister sur l’importance du traitement et Mr F est sorti en promettant de le prendre et de venir aux rendez-vous avec son médecin.

C’est l’assistante sociale hospitalière qui nous présente la situation de Mr F. Celui-ci est accueilli sur le service EZRA à la fin d’une hospitalisation

Il se présente avec nonchalance, son apparence physique et son attitude corporelle sont celles d’un jeune adolescent. Son comportement est passif, comme un enfant peut faire l’objet d’un placement, Mr F se présente comme s’il était l’objet d’un hébergement.

Dans les premiers temps de l’accompagnement, Mr F, investit le suivi comme la possibilité pour lui, de réaliser ses désirs de façon « magique » : est-ce que le service propose des activités de musculation ? Est-ce qu’il pourrait passer le permis de conduire? Est-ce que je ne peux pas me charger d’effectuer les démarches à sa place, d’expliquer moi-même sa situation professionnelle au conseiller d’insertion qu’il sollicite par téléphone?

Il m’investit alors comme une mère toute puissante qui pourrait lui permettre de « tout avoir », se mettant ainsi à la place d’un enfant.

Ses demandes diverses viennent dire son sentiment d’incapacité ou expriment son désir d’accéder à un statut de maturité supérieur : conduire, avoir un corps plus musclé pour séduire, gagner de l’argent...

Ce vécu d’immaturité s’exprime encore au travers des préoccupations corporelles chargées d’angoisse concernant sa taille « je suis trop petit, tous mes copains sont plus grands que moi » vient-il me répéter au cours des entretiens, sollicitant alors un regard réassurant.

Par ailleurs, les relations de Mr F avec les intervenants hospitalier, qui le suivent depuis la pédiatrie jusqu’au service de maladies infectieuses pour adultes, sont également marquées par une dimension de dépendance infantile que le positionnement de Mr F sollicite et qu’il renforce encore par des ruptures de traitement, des absences aux bilans médicaux.

Les ruptures de traitement peuvent s’expliquer chez l’adolescent par un refus de dépendance vient s’articuler avec le désir de liberté et d’autonomie des adolescents qui, pour se séparer des parents/soignants, cherchent à exprimer leurs désirs propres, différents du désir des parents. Mais l’expression de ce désir là, conduit justement à susciter l’inquiétude chez les soignants/ parents et à renforcer les comportements de maternage et de contrôle.

S’autonomiser signifierait pour Mr F se réapproprier sa maladie et tout ce qu’elle comporte et ne plus se contenter d’une position passive face aux prescriptions médicales/parentales. Or, devant l’impossible élaboration de l’objet maladie, devant des angoisses insurmontables, Mr F

est dans l'incapacité d'intérioriser sa maladie, et de ce fait, freiné dans son processus d'autonomisation tout entier, poussé à se maintenir dans un statut d'enfant.

Ce compromis, tentative de solution, comporte des bénéfices : ceux du déni de la maladie qui vient faire disparaître l'angoisse, de la récupération d'une maîtrise perdue sur son corps, d'une toute puissance infantile qui a valeur de défense, mais implique d'autre part le sentiment douloureux d'immatunité et la frustration en rapport avec un vécu d'incapacité.

Par ailleurs, le sida qui a été découvert par Mr F au moment de l'entrée dans l'adolescence est alors associée à des fantasmes de punition face à la montée des désirs sexuels génitaux accompagnés d'une forte culpabilité. Le corps étant déjà le lieu d'expression des conflits et des questionnements narcissiques brûlants au moment de l'adolescence, le sida et ses relations avec la sexualité, attaque de façon directe la ou l'adolescent est déjà fragilisé (doute sur ses capacités, culpabilité face aux désirs). Le passage de l'état d'enfant à celui d'adolescent, est alors encore plus difficile, ainsi que l'accession à sa propre identité psychique et corporelle.

Mr F, de par ses positionnements psychiques, jusqu'à sa présentation physique, exprime ce temps resté figé au moment de l'annonce de sa maladie.

La règle de non-dit familial autour de la maladie de Mr F et de celle de sa mère, le poids écrasant du secret ont conduit à rendre ces questions impensables pour Mr F et à bloquer toute possibilité de se projeter dans le temps, dans un avenir fait de désirs et de projets.

Dans le cadre de l'accompagnement, il apparaissait donc primordial d'apporter l'étagage nécessaire à l'élaboration de ces événements traumatiques.

Mr F fidèle à la loi du silence, revendique de ne rien en avoir à dire. Pour clore le sujet, il m'indique qu'il prend bien son traitement mais reste silencieux lorsque je lui explique que je me préoccupe moins de savoir ce qu'il fait avec son traitement que de ce qu'il en pense. Par la suite, il aborde de lui même cette question, se plaignant de sa fatigue, liée selon lui, à sa non observance du traitement. Je lui demande de m'expliquer les gênes et inconvénients de la prise de ses médicaments, de me raconter son traitement. Il évoque les horaires de prise des médicaments et la taille des cachets, « Je ne peux pas les avaler » vient-il me dire. Avaler, prendre à l'intérieur de soi un objet, c'est aussi se l'approprier. Mais cet objet maladie, ne renvoyant qu'à des contenus psychiques toxiques, saturés d'angoisse et vides de représentation, ne peut être intégré par Mr F qui n'a bénéficié d'aucun étagage parental pour le penser au moment de l'annonce de sa maladie.

Avec la confiance acquise, Mr F se livre de plus en plus sur ses angoisses, liées à sa santé, au sentiment d'échec personnel à s'accomplir en tant qu'adulte, liées au regard des autres et à la crainte que l'on découvre sa maladie. Mais transgressant la loi du silence, venant penser et s'exprimer sur cette question au cours des entretiens, Mr F viendra en miroir transgresser le cadre en s'absentant régulièrement des rendez-vous, comme pour annuler ce « trop dit ». Le lien thérapeutique vécu comme dangereux par Mr F, doit régulièrement être mis à distance.

Il évoquera ensuite plus directement « la maladie », comme un objet extérieur à lui, ne le concernant pas, ne lui appartenant pas, « je n'accepte pas » dit-il. Comment intérioriser un objet dont on ne peut rien savoir, un objet qui ne peut renvoyer à aucun sens ? Un objet ne se reliant à aucune réponse, à aucune question formulée ?

Car l’interdit d’évoquer la maladie qui règne au sein de la famille de Mr F, se couple ici, du fait du mode de contamination materno-fœtale, d’un interdit d’interroger aussi sa naissance, ses origines.

Les questions et fantasmes autour de ses propres origines conduisent le sujet à pouvoir s’inscrire dans le temps et à être porteur d’un désir. Devant la béance de représentation quant aux désirs de ses parents de le faire venir au monde, Mr F ne peut s’inscrire comme sujet d’un désir par rapport à ce monde, porteur d’investissement pour lui-même et pour cette vie qu’on lui donne. Mr F semble figé dans un présent insupportable marqué par l’interdit de penser à son histoire, et par l’impossibilité de rêver un avenir.

*Les mises en danger successives apparaissent alors comme la contrainte pour Mr F de répéter dans le présent ce qui n’a pu être pensé autour de sa naissance. Il arrête son traitement, se présente de lui-même à l’hôpital, dans un état de santé critique, est hospitalisé puis peut reprendre (sa) vie. Sous l’emprise des pulsions de mort, il répète dans le présent ce qui n’a pas pu être symboliser au sujet de ses origines, de sa naissance.*

Comment a-t-il attrapé cette maladie ? Comment sa mère l’a elle-même attrapée ? Quelles sont les circonstances de sa naissance ? Pourquoi lui a-t-on caché aussi longtemps son infection au VIH et les causes du décès de sa mère ?

Les entretiens sont alors l’occasion pour Mr F d’entendre formuler ces questions impensables et au fur à mesure de s’entendre penser, imaginer des réponses, des fantasmes. Sa mère a sûrement du aller en Afrique pendant qu’elle était enceinte de lui, a attrapé une maladie, est revenue en France, a été transfusée pour être soignée et a été contaminée à ce moment là. Aussi proche ou éloigné de la vérité soit ce scénario, sa valeur de représentation, sur lesquelles s’appuieront d’autres représentations, permettra à Mr F de s’inscrire peu à peu dans une histoire, avec un passé, un présent, un futur à construire.

Des projets professionnels prendront forme par la suite, un suivi avec la mission locale sera mis en place. Mr F reprendra finalement contact avec l’une de ses sœurs vivant en Angleterre et lui rendra visite pendant quelques jours, pour finalement s’installer sur place et suivre une formation d’anglais.