



Service Ezra

158, Bd Voltaire
75011 PARIS
Tél. : 01 43 48 63 48
Fax ; 01 43 48 95 15
serviceezra@free.fr

Rapport d'activité 2009

Directeur Général : Mr Joseph MARCEAU
Siège social : 202, Bd Voltaire - 75011 – PARIS
association.maavar@free.fr
www.maavar.com

SOMMAIRE :

LES SERVICES DE L’ASSOCIATION MAAVAR :	2
L’ASSOCIATION MAAVAR :	3
SON HISTOIRE :	3
LE SERVICE EZRA DE L’ASSOCIATION MAAVAR :	4
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
PRESTATIONS :	6
LE RESTAURANT SOCIAL NOGA :	6
AIDES SPECIFIQUES :	6
LE CONSEIL A LA VIE SOCIALE :	6
LE SUIVI SUR LE SERVICE EZRA :	7
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
STATISTIQUES ET CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION REÇUE :	12
DISPERSION DES DUREES :	12
SEXE ET AGE :	13
NATIONALITES :	14
SITUATION ADMINISTRATIVE :	14
SITUATIONS FAMILIALES :	15
PROVENANCE :	16
ORIGINES DES DEMANDES :	17
HEBERGEMENT PRECEDENT :	17
PRECARITE :	18
SUIVI MEDICAL :	19
TRAITEMENTS :	19
COUVERTURE MEDICALE :	20
DESTINATIONS :	21
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE :	22
LE TEMPS DE L’ACCOMPAGNEMENT :	22
VIGNETTE CLINIQUE :	24

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

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

C.H.U. Eranne :

158, Bd Voltaire - 75011 Paris
Tel. : 01 43 48 63 48 / Fax : 01 43 48 95 15
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

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

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

Maavar Sarcelles :

2A, Avenue Joliot Currie - 95200 SARCELLES
Tel. : 01 39 86 08 87 / Fax : 01 39 90 18 63
maavar95@yahoo.fr

CHRS Mequiddo :

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

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'acquittement de la participation financière
- Le respect du règlement intérieur de l'hôtel où 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 médico-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 :

- RSA
- 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 « 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.

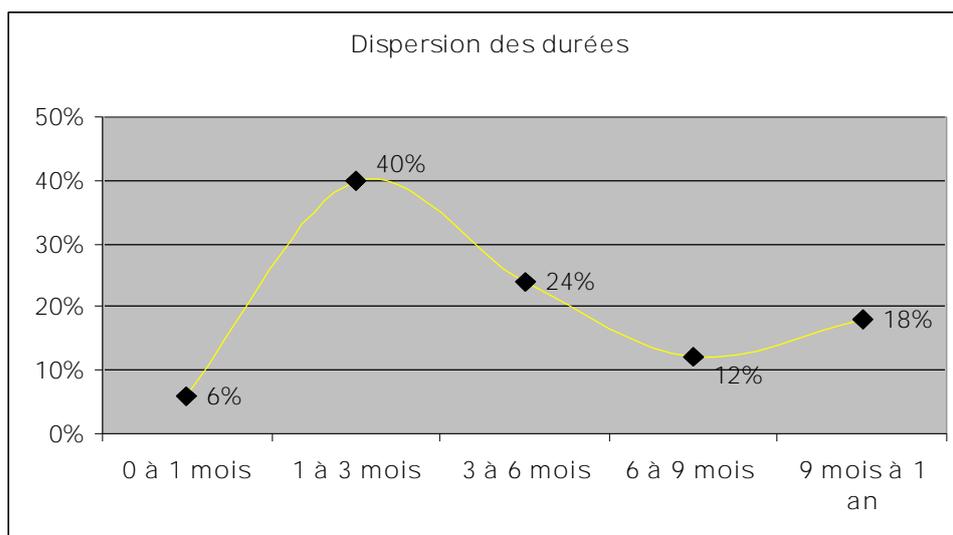
Le psychologue, compte tenu de sa formation et de ses connaissances en psychopathologie, pourra venir ici faire le lien, nommer certains comportements, expliciter, expliquer.

Statistiques et caractéristiques générales de la population reçue :

Année	2009	2008	2007
Nombre de nuités réalisées	2407	2901	2659

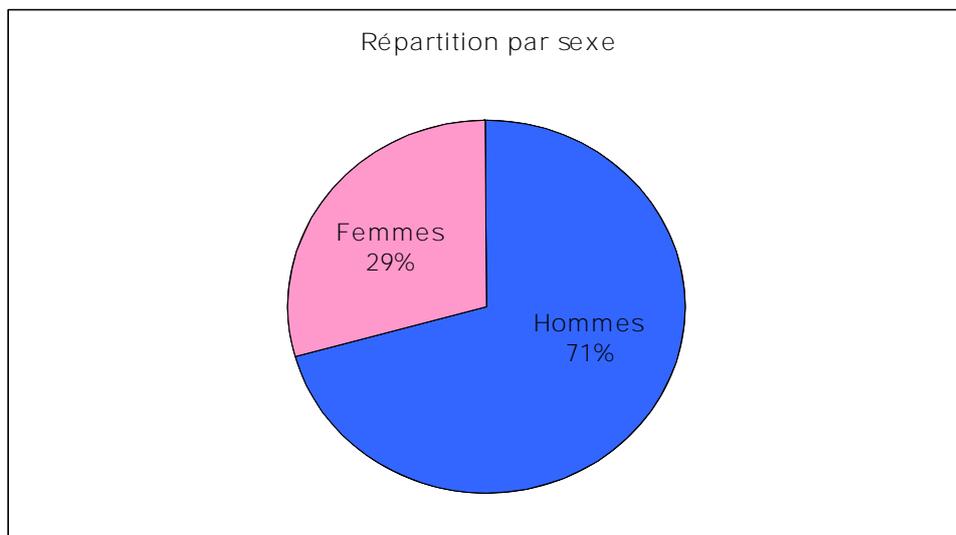
- ✓ 17 personnes prises en charge au cours de l’année 2009
- ✓ Un temps de séjour minimum de 7 jours et un temps maximum de 365 jours
- ✓ Un temps moyen de séjour de 141 jours
- ✓ L’âge moyen des usagers est de 38 ans, le plus jeune a 21 ans et le plus âgé 49.

Dispersion des durées



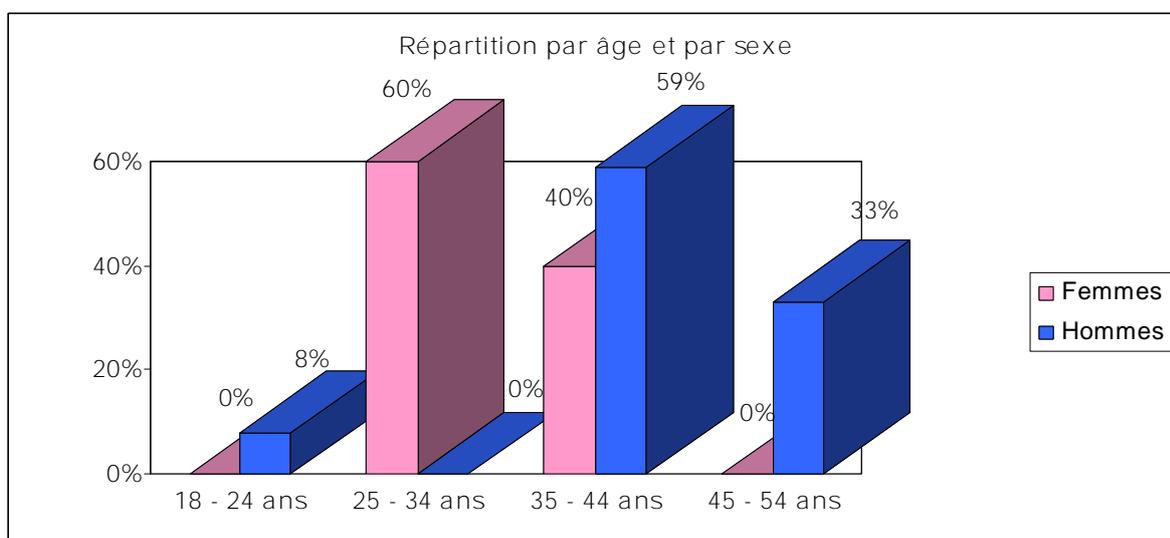
Comme l’année dernière, on observe que le temps moyen de séjour est d’à peu près 4 mois. C’est le temps minimum pour appréhender au plus juste la situation de la personne, nouer des contacts avec les partenaires et travailler la question du relais à l’hébergement.

Sexe et Age :



On constate déjà depuis l’année 2008 une diminution notable du nombre de femmes prises en charge sur le service Ezra.

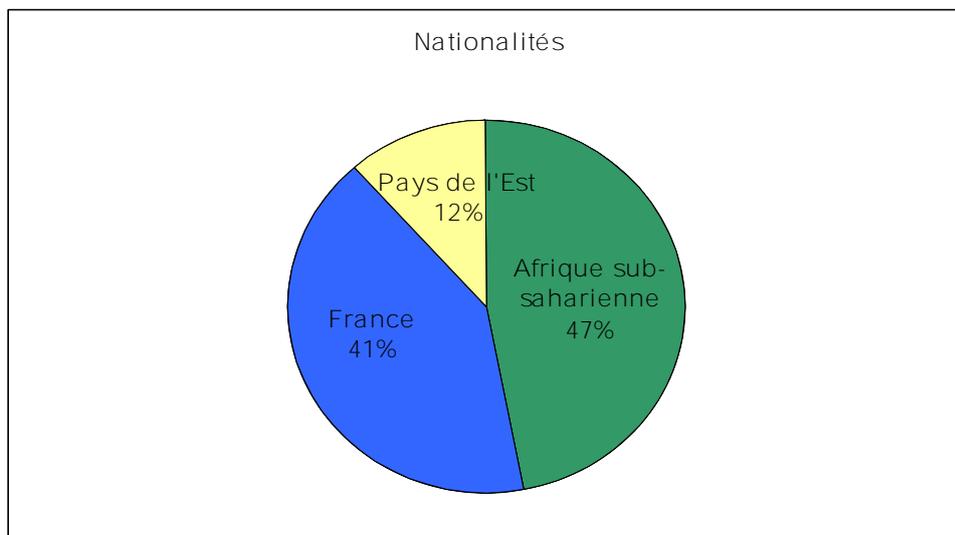
On pourrait peut-être expliquer ce phénomène par une plus grande stabilité des femmes sur les structures qui leur sont proposées quand celles-ci sont satisfaisantes.



Cette année, on note que dans la tranche des 25-34 ans, les femmes sont majoritairement représentées avec quasiment les deux tiers des prises en charge.

Les hommes entre 35 et 44 ans sont les plus représentés.

Nationalités :

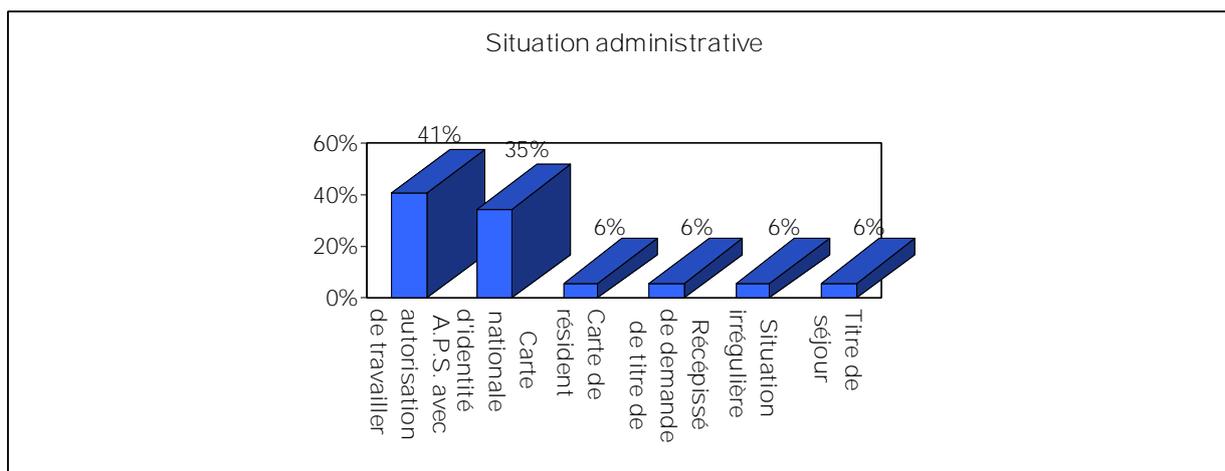


On constate cette année une diminution sensible de l’accueil de personnes originaires d’Afrique sub-saharienne et une augmentation des prises en charge de personnes de nationalité française.

On peut supposer que cette augmentation est à relier à la généralisation dans la population française de la précarisation sociale et peut-être aussi à un plus grand contrôle des flux migratoires.

Situation administrative :

A.P.S. avec autorisation de travailler	Carte nationale d’identité	Carte de résident	Récépissé de demande de titre de séjour	Situation irrégulière	Titre de séjour
7	6	1	1	1	1

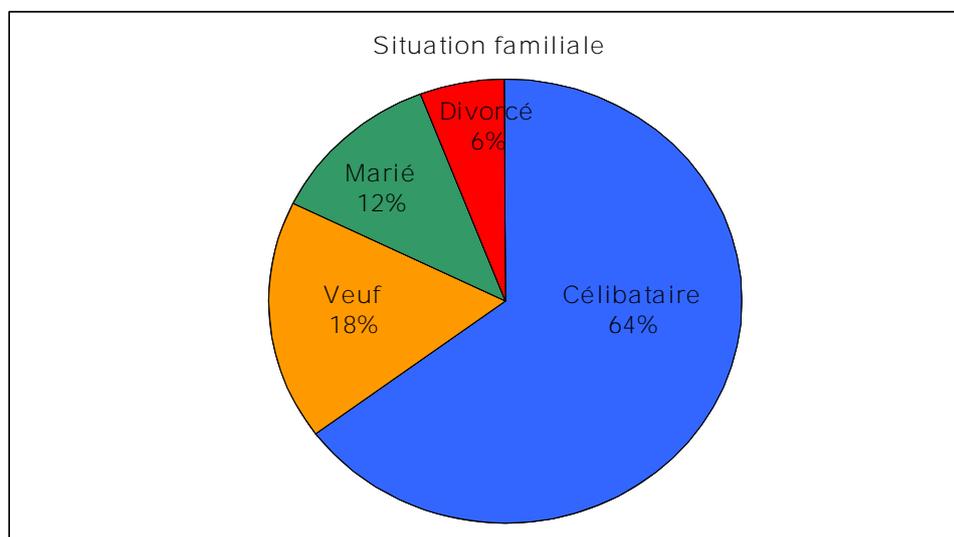


On note cette année que la majorité des personnes accueillies sur le service Ezra est détentrice d’une A.P.S. avec autorisation de travailler.

Cette catégorie a presque triplé par rapport à l’année dernière passant de 16% en 2008 à 43% en 2009. Parallèlement on constate une diminution des personnes accueillies disposant d’un titre de séjour avec 6% en 2009 contre 43% en 2009.

Comme l’année passée, nous n’avons pas eu cette année de personnes hébergées bénéficiant d’une A.P.S. sans autorisation de travailler.

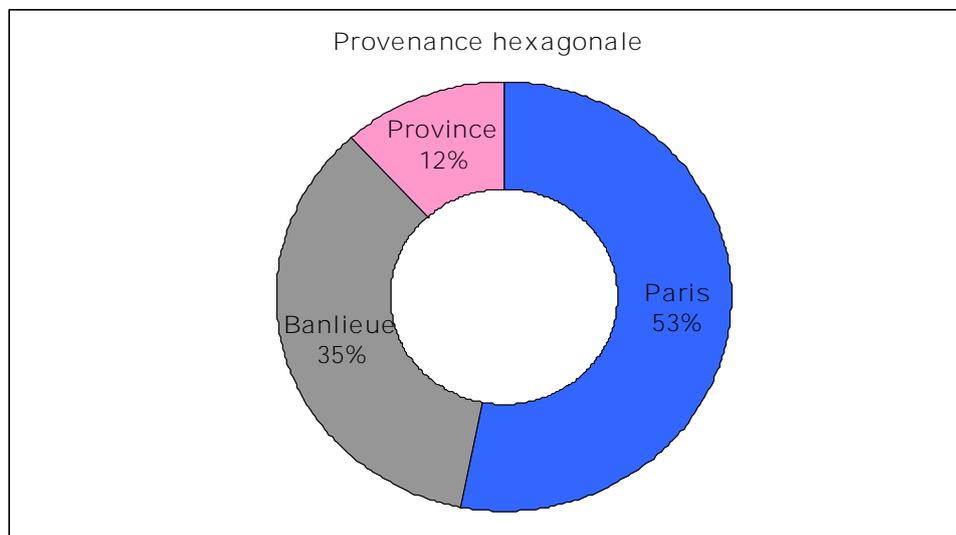
Situations Familiales :



On ne constate pas cette année d’importante fluctuation dans la situation des personnes accueillies. Le nombre de personnes vivant seules reste toujours très important. Ceci peut-être relié au nombre encore important de personnes migrantes.

Provenance :

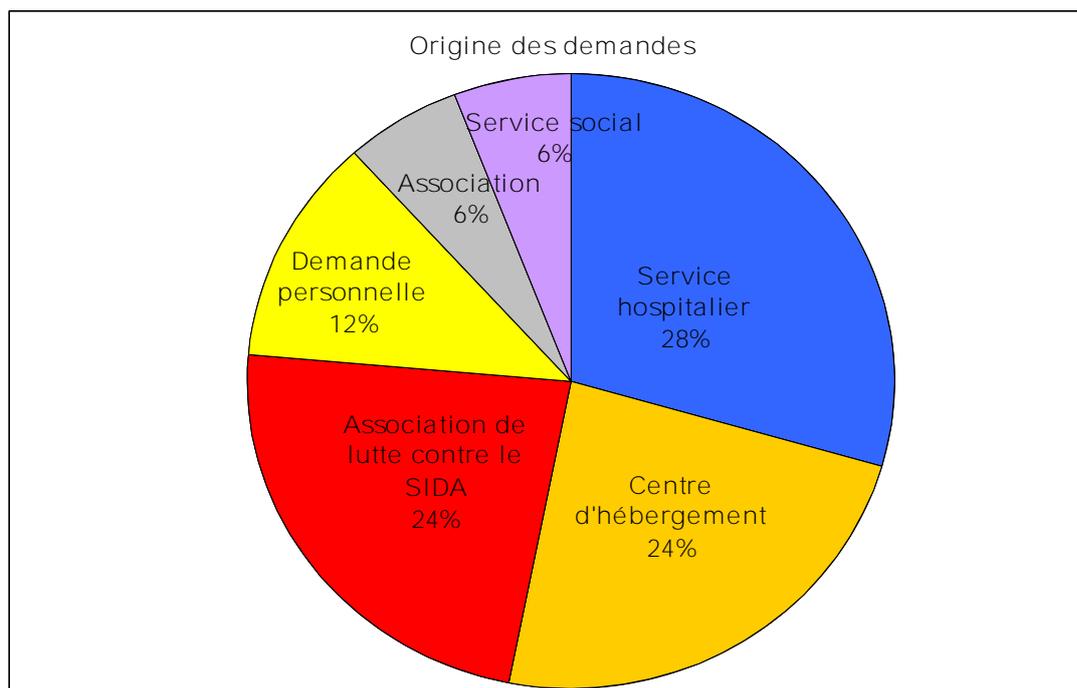
Provenance hexagonale :



On observe cette année une diminution sensible des personnes hébergées originaires de Paris au profit de personnes venant de province, la part des hébergés arrivant de banlieue étant quasiment identique à celle de l’année dernière.

Ce nouveau flux migratoire peut-être mis en lien avec la fermeture en province de certaines structures spécialisées dans l’accueil de personnes atteintes par le V.I.H., Paris restant la capitale où se concentre majoritairement les structures d’accueil, d’aide et de soutien.

Origines des demandes :



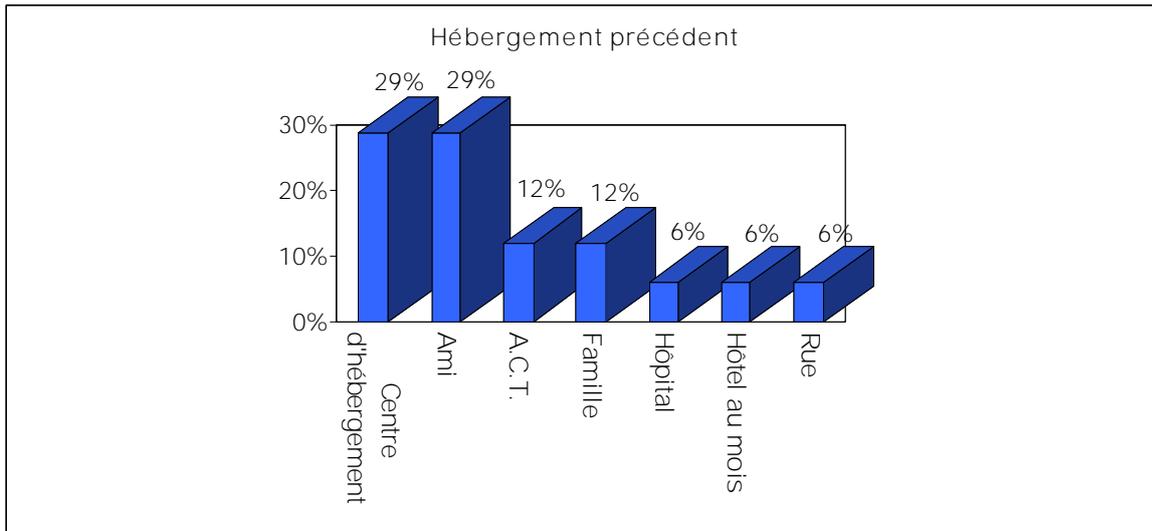
On observe cette année une stabilisation des demandes adressées par des structures hospitalières, 26% en 2008 contre 28% cette année.

On note également cette année la baisse sensible des demandes émanant d’association de lutte contre le SIDA, qui ont diminuées de moitié entre cette année et l’année dernière. Cette diminution est corrélatrice à la baisse des subventions liées à la prévention et au traitement de ce type de pathologie.

Parallèlement, on observe l’émergence de demandes faites par les personnes elle-mêmes ou par des structures non spécialisées.

Hébergement précédent :

Centre d’hébergement	Ami	A.C.T.	Famille	Hôpital	Hôtel au mois	Rue
5	5	2	2	1	1	1

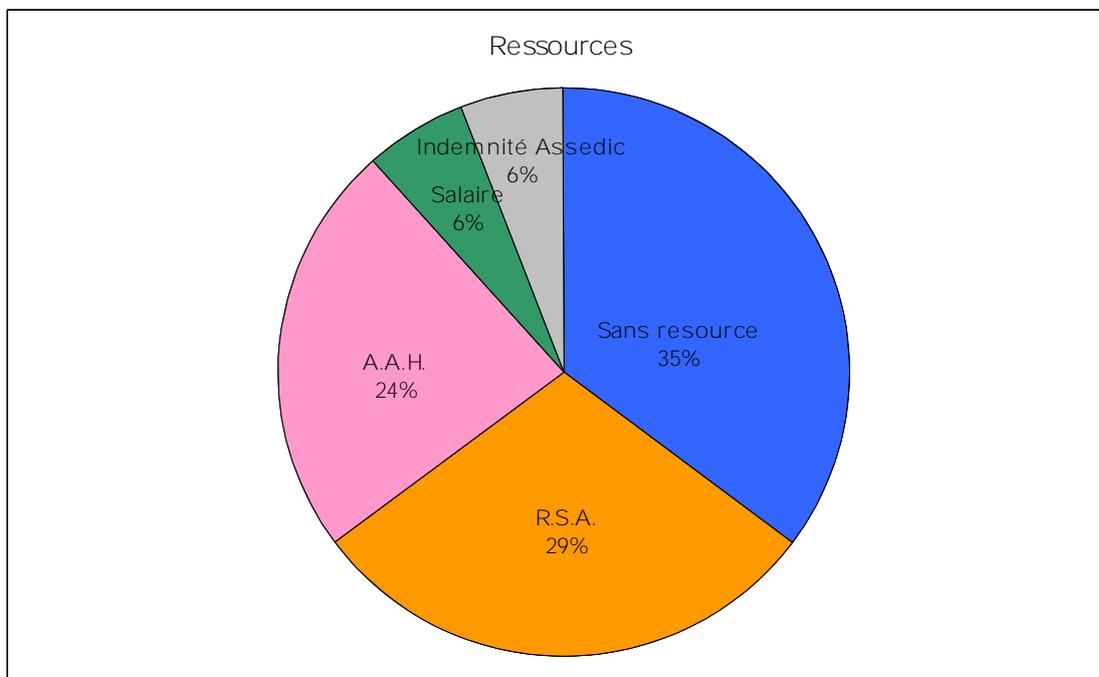


En 2009, on ne note pas de différence majeure par rapport à l’année 2008, l’hébergement précédent des personnes accueillies sur le service Ezra étant majoritairement un centre d’hébergement ou un hébergement par le biais de l’entourage de la personne.

Cependant, on peut observer que l’hébergement précédent en hôtel au mois a été moins fréquent cette année, 12% en 2008 contre 6% en 2009.

L’augmentation du prix des chambres d’hôtel (en moyenne 700 euro) et la précarisation de plus en plus massive de ces usagers donnent de moins accès à ce type d’hébergement.

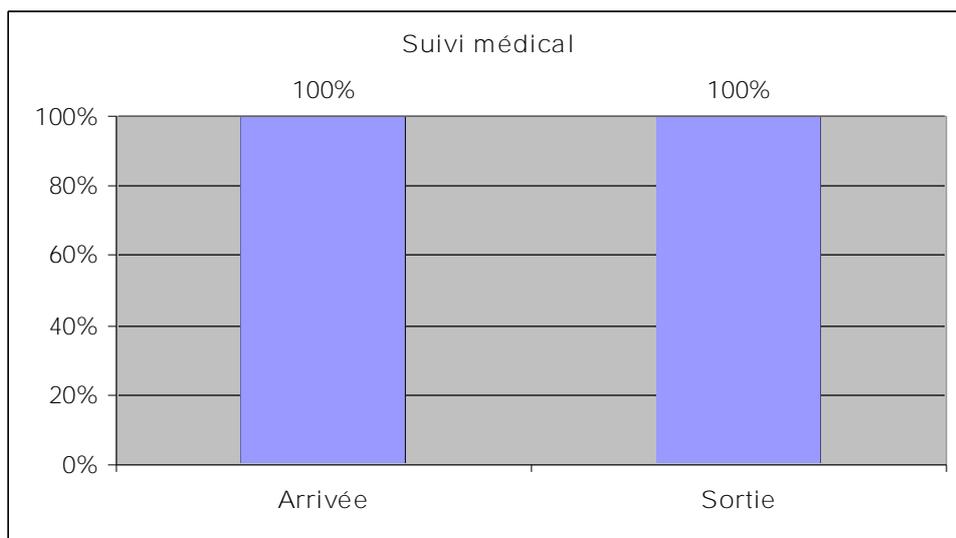
Précarité :



On note cette année que plus d’un tiers des personnes hébergées est sans ressource. On observe également que le nombre de personnes bénéficiant du R.S.A. a presque triplé par rapport à l’année dernière au détriment des personnes percevant un salaire.

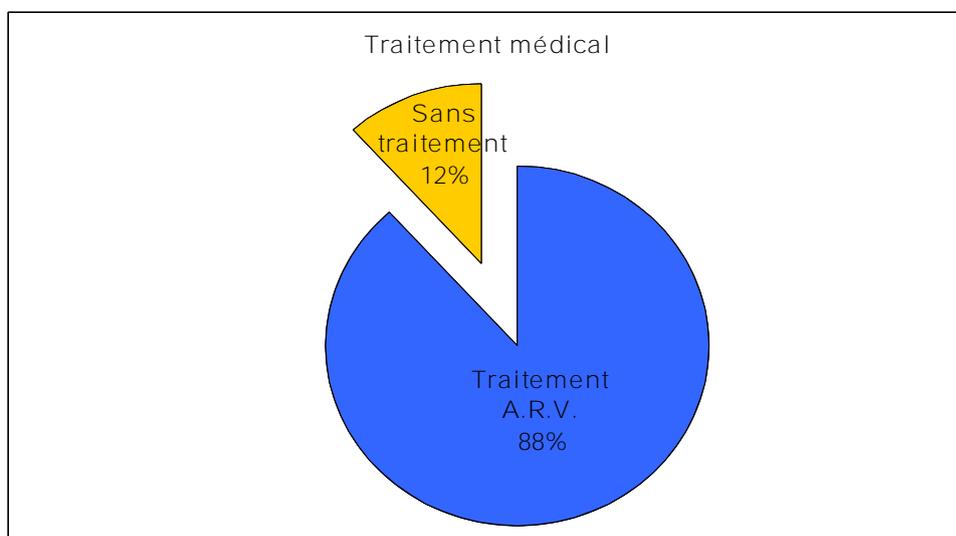
Ceux qui bénéficiaient d’un emploi l’année dernière et qui représentaient environ un tiers des personnes accueillies ne représente plus qu’une infime partie (6%) des personnes hébergées. Ce phénomène peut éventuellement s’expliquer par l’intervention d’une crise économique et sa récession l’an passé.

Suivi médical :



Toutes les personnes hébergées en 2009 par le service Ezra bénéficiaient d’un suivi médical. Celles-ci l’ont conservé pendant toute la durée de leur prise en charge.

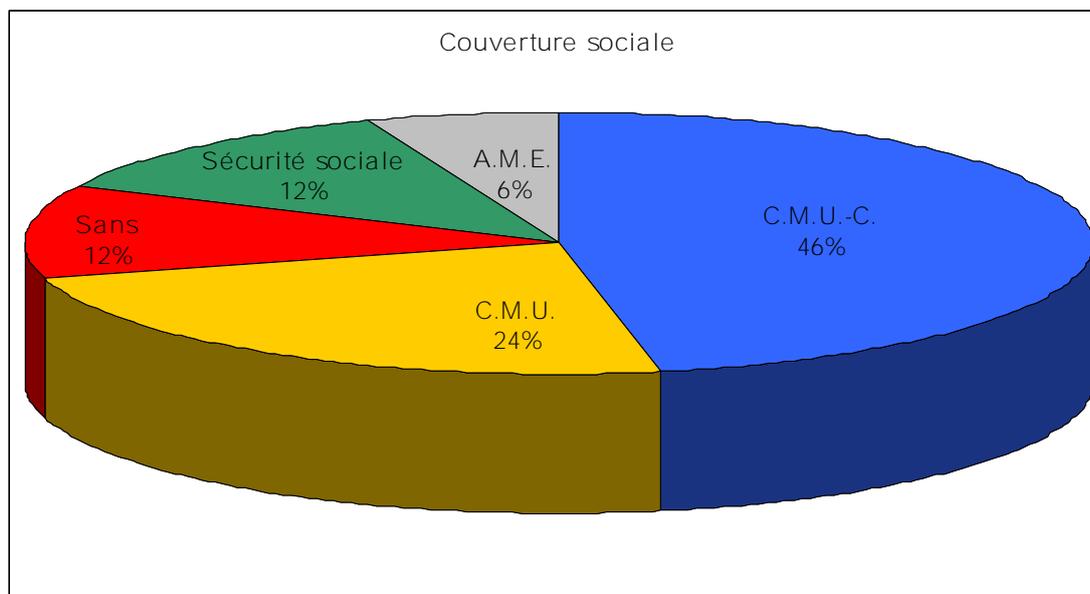
Traitements :



En 2009, on observe que pratiquement les quatre-cinquième des personnes hébergées bénéficient d’un traitement anti-rétroviral.

Cette proportion est en légère augmentation par rapport à l’année dernière.

Couverture médicale :

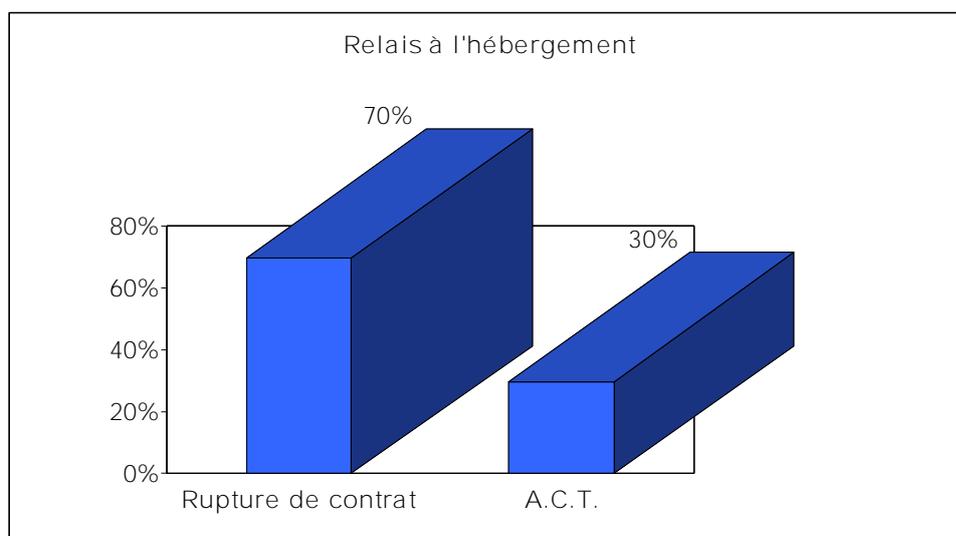


Comme l’année passée, la majorité des personnes prise en charge bénéficie de la C.M.U. et de la C.M.U. complémentaire.

On note également par rapport à l’année dernière une baisse de la proportion de personnes bénéficiant du régime général de la sécurité sociale et de l’augmentation du nombre de personnes accueillies sans aucune couverture sociale.

Cette augmentation est liée en partie à la prise en charge de personnes venant juste d’arriver sur le territoire français. Sans hébergement ni revenu et pour certains sans couverture sociale, il est fondamental de prendre en charge ces personnes le plus rapidement possible.

Destinations :



En 2009, on observe une très forte augmentation de la part des personnes en rupture de contrat par rapport à l’année passée.

Le nombre de personnes orientées en appartement thérapeutique reste quant à lui pratiquement identique à celui de l’année dernière.

Plus que des ruptures de contrat, nous sommes confrontés cette année à la difficulté de trouver des solutions en matière d’hébergement pour ce type de population.

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 amène souvent à prolonger le séjour afin que les bénéfices 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 :

L’accueil et l’accompagnement des patients séropositifs se doublent, depuis quelques années déjà, de la prise en charge, chez ces personnes, de troubles liés à une pathologie psychiatrique.

Il existe de nombreux cas où la pathologie psychiatrique préexiste à la découverte de la maladie somatique ; l’anamnèse du patient, lorsqu’elle est possible, nous le confirme. Mais le plus souvent, c’est l’annonce de la séropositivité qui va retentir sur le psychisme du patient et induire des troubles de type « stress post-traumatique » dont l’expression va dépendre de l’histoire singulière du patient et de la façon dont il s’était jusqu’à présent aménagé.

Ces troubles psychiatriques occupent souvent le devant de la scène reléguant au second plan les préoccupations concernant la pathologie somatique, avec le risque d’un arrêt de la prise de traitement ARV, ou même, l’interruption du suivi médical.

Ces troubles doivent être repérés, identifiés, et soignés, au sein d’un projet médico-psycho-social approprié, afin d’en minimiser leur effets négatifs sur la santé physique des personnes que nous recevons.

L’histoire de Monsieur S.

Avant l’annonce de la maladie, Mr S. menait, de ce que l’on en sait, une vie adaptée.

Originaire d’Afrique, il avait quitté relativement tôt sa famille pour entreprendre en France des études universitaires.

Muni d’un diplôme de 3^{ème} cycle, il avait facilement trouvé un emploi et menait une vie sociale et familiale tout à fait intégrée et conforme à son projet de vie et aux vœux de sa famille.

Sa réussite sociale et professionnelle allait lui permettre de répondre, en sa qualité de fils aîné, aux attentes parentales et de subvenir aux besoins de sa fratrie.

C’est à l’occasion d’un épisode infectieux que sa maladie va être diagnostiquée au cours d’une hospitalisation.

L’annonce de sa séropositivité va être vécue par Mr S. comme « l’annonce de sa mort ». Il dira que « tout s’est arrêté à ce moment précis ».

Au terme de cette longue hospitalisation, Mr S. aura perdu son appartement et rompu le lien avec sa compagne.

Lorsque Mr S. arrive sur notre service, il a déjà connu plusieurs hébergements en structures d’urgence, en Appartements de Coordination Thérapeutique.

Il a aussi connu des hospitalisations en service de médecine infectieuse, et en secteur psychiatrique pour des épisodes dépressifs sévères qu’il tente, à sa manière, de surmonter par une consommation d’alcool qui devient, au fil du temps régulière, et qui révèle tout un pan de sa personnalité qu’il parvient à contrôler lorsqu’il est sobre.

Son statut de porteur du VIH est tellement anxiogène que Mr S. rompt régulièrement son suivi et son traitement.

Du point de vue social, après avoir perdu son emploi et son appartement, Mr S. a pu bénéficier de l’AAH qui aurait pu lui permettre de subsister s’il ne se mettait pas souvent « en dette » parce que victime de vols, de pertes d’argent ou de ses papiers administratifs.

Dans une position très ambivalente par rapport aux travailleurs sociaux, il a des difficultés à aller chercher de l’aide ; en effet, il oscille constamment entre une position quasi mégalomane où il « sait qu’il peut s’en sortir tout seul » et « veut être autonome » et une position de plaignant parce qu’il ne se sent pas soutenu et demande un étayage qui s’apparente vite à de la dépendance, avec des sentiments de persécution et des réactions parfois violentes lorsque les intervenants essaient de reposer un cadre et remettre de la distance.

Au cours des entretiens dans le service, il n’aborde jamais la question de la séropositivité. Parler, ou penser la maladie a toujours été très anxiogène et il n’a pas pu se saisir du soutien psychothérapeutique qui lui avait été proposé voilà quelques mois.

De même qu’il nous est difficile de travailler avec lui la question de son alcoolisation qui semble avoir débuté peu après l’annonce de sa pathologie. Mr S. est dans le déni de sa tendance à consommer abusivement de l’alcool. Il nous dit que s’il y a eu alcoolisation « c’était épisodique » et qu’à présent « tout ça c’est du passé ».

La réalité vient pourtant contredire ses propos lorsqu’il se présente dans notre service, éméché, ou que l’hôtelier nous signale ses états d’ébriété au cours desquels il peut exprimer sa haine des autres et de lui-même et acter une violence qu’il arrive à contenir lorsqu’il est sobre. C’est également au cours de ces épisodes que Mr S. perd ou se fait voler ses affaires personnelles y compris son argent, et qu’il est victime d’accidents corporels qui nécessitent des hospitalisations.

Mr S. est dans la difficulté de réfléchir à ce qui lui arrive. Il « accepte », toutefois, de consulter une fois par mois le psychiatre qui lui prescrit un traitement anti-dépresseur dont il conteste l’intérêt et qu’il ne prend pas, nous semble-t-il, régulièrement.

Les éléments cliniques que nous arrivons à recueillir évoquent, en effet, un syndrome dépressif qui semble déjà bien installé : psychasthénie, isolement et retrait, troubles cognitifs, recours à des substances toxiques pour arrêter de penser, etc...

Lorsqu’il se réveille le matin, Mr S. se dit « épuisé » et se plaint que la mise en route soit longue et pénible : « je fume une cigarette dans mon lit et je reste immobile comme ça, parfois pendant une heure ».

Il lui arrive de ne pas quitter sa chambre quelques jours de suite et donc de ne pas s’alimenter correctement.

Il se plaint d’oublis fréquents, de difficultés à se concentrer et à se projeter même à court terme.

Ces périodes de retrait ne favorisent bien évidemment pas sa resocialisation et sa réinsertion professionnelle, Mr S. se sentant incapable d’accomplir les démarches qui pourraient apporter une solution à ses problèmes financiers et administratifs.

Il néglige son suivi médical qu’il a déjà interrompu de nombreuses fois.

Il se retrouve très isolé, ayant rompu totalement les liens avec sa famille pour « ne pas avoir à répondre à des questions embarrassantes » et avec ses anciennes relations « parce qu’il n’aurait rien d’intéressant à leur raconter ».

Narcissiquement atteint par sa pathologie et les pertes successives, il est dans l’évitement de tout contact avec l’autre qui pourrait le confronter à son image valorisée «d’avant leVIH » et qu’il ne peut restaurer.

Les entretiens avec Mr S. ne sont qu’une suite de ruminations et de plaintes et sa souffrance ne peut s’élaborer ni dans le cadre psychosocial actuel ni dans le cadre psychothérapeutique qui lui a été proposé mais qu’il met systématiquement en échec.

Dès lors, quel avenir pour une prise en charge que l’usager met, d’une façon itérative et compulsive, en péril, par le déni de ses troubles et ses comportements à risque ?

Que peut-il se passer quand un patient, un usager, refuse les soins et les traitements et s’absente du champ médical et thérapeutique ?