

ASSOCIATION MAAVAR

SERVICE DES APPARTEMENTS DE COORDINATION

THERAPEUTIQUE – A.C.T 93

119, Rue des Pyrénées 75020 - PARIS
Tel : 01.43.56.43.00 Fax : 01.43.56.43.01

RAPPORT D'ACTIVITE 2011

Chef de service	:	Vanessa BITTON
Travailleurs sociaux	:	Grégory COURBEBASSE & Fabienne OLLIVIER
Psychologues	:	Sylvie TELFSEY
Médecin coordinateur	:	Dr Bahman BARADARAN
Secrétaire médico-sociale	:	Joëlle BENABOU

Siège Social : Directeur Général - *Joseph MARCEAU*
202, Bd Voltaire - 75011 PARIS – Tél. : 01.43.48.63.57 - Fax : 01.43.48.51.81

SOMMAIRE

I.	PRESENTATION DE L'ASSOCIATION	2
II.	PROJET DETAILLE	3-4
III.	MODALITES DE FONCTIONNEMENT	
	1. Nature des structures d'hébergement aménagées en ACT et modes d'accueil	5-6
	2. Consignes d'hygiène et de sécurité	6
	3. Prestations	6
	4. Modalités d'admission	7-8
	5. Conditions d'hébergement et règlement intérieur	8
	6. Organisation administrative	9
IV.	BILAN GENERAL - STATISTIQUES	
	1. Statistiques générales	10-12
	2. Caractéristiques des populations accueillies	
	a) Traitement des demandes	12
	b) Caractéristiques démographiques	13
	c) Caractéristiques sociales	14-15
	d) Fins de séjour et Orientation	15
V.	PERSONNEL EMPLOYE PAR LES ACT	
	1. Personnel social et administratif	16
	2. Personnel médical et paramédical	16
	3. Personnel d'entretien	16
	4. Les ressources humaines en chiffres	17
VI.	LA PRISE EN CHARGE SOCIO-EDUCATIVE	
	1. La prise en charge individuelle	18-19
	2. La prise en charge du collectif	19
	3. Le travail en réseau et partenariat	19-20
VII.	LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	
	1. L'action de coordination	21-22
	2. Pathologies	
	a) Pathologie des patients hébergés	23
	b) Pathologies fréquentes associées au VIH	23
	3. Accompagnement médical	
	a) Observance et tolérance des traitements antirétroviraux	24-25
	b) Outils d'évaluation de l'observance et de la tolérance	26-31
	4. VIH et santé psychique	32
	a) Troubles psychiques les plus fréquemment décrits	33
	b) Prise en charge	33
VIII.	LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	
	1. Rôle du psychologue dans les ACT	34-35
	a) Entretiens d'accueil	35
	b) Les réunions d'équipe hebdomadaires	35-36
	c) Suivi psychologique	36-37
	2. Partenariat	37
IX.	LA DEMARCHE D'EVALUATION CONTINUE	
	1. L'évaluation interne	38
	2. L'évaluation externe	38
X.	CONCLUSION	39
	ANNEXES	40-47

I. PRESENTATION DE L'ASSOCIATION:

L'association MAAVAR créée depuis 1983 a pour objectif d'héberger toute personne en situation de rupture sociale sans discrimination, avec comme premier objectif la réinsertion.

Services créés depuis

1983

CHRS Paris : 25 places
202, boulevard Voltaire 75011 Paris
Tel : 01.43.48.63.66

Service des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT 93) : 15 places
119, Rue des Pyrénées
75020 Paris
Tel : 01.43.56.43.00

Service des Appartements de Coordination Thérapeutique (Ofek) : 18 places
Personnes présentant des troubles psychiatriques
119, Rue des Pyrénées
75020 Paris
Tel : 01.43.56.43.09

Service ERANNE - Problèmes Psychiatriques : 30 places
21, rue Alexandre Dumas
75011 Paris
Tel : 01.43.48.63.48

Restaurant Social NOGA
4, rue neuve des boulets
75011 Paris

CHRS Megiddo Piscop (95) : 20 places
C.H.U Sarcelles : 20 places en hôtel (via 115)
Résidence Sociale Maillol Sarcelles : 36 places
Ezra Sarcelles – personnes atteintes du MH : 10 places
Service des Appartements de Coordination Thérapeutique 95 : 15 places
Epicerie sociale SAMUEL
2 A, Avenue Joliot Curie
95200 SARCELLES
Tel : 01.39.86.08.87

CHRS Marseille : 18 places
SAU EZRA Marseille - Personnes atteintes du MH : 15 places
Service des Appartements de Coordination Thérapeutique 13 : 9 places
Restaurant social
84, Rue Paradis
13006 MARSEILLE
Tel : 04.91.33.08.80

II. PROJET DETAILLE :

- Nom du responsable du projet :

Monsieur Joseph MARCEAU : Directeur Général de l'association.

- Service A.C.T. 93 :

- Service d'hébergement en Appartements de Coordination Thérapeutique :

119, Rue des Pyrénées
75020 Paris
Tel. : 01.43.56.43.00
Fax : 01.43.56.43.01

- Service ouvert du :

Lundi de 9H à 18H30
Mardi de 9H à 19H00
Mercredi de 9H à 18H30
Jeudi de 9H à 18H00
Vendredi de 9H à 13H00

- Siège social :

202, boulevard Voltaire
75011 Paris
Tel : 01.43.48.63.57
Fax : 01.43.48.51.81

- Public accueilli :

Toute personne majeure isolée atteinte par le VIH ou toute pathologie chronique, en situation de grande précarité sociale.

Hommes, femmes, couples sans enfants ayant une autonomie physique et psychologique suffisante pour vivre seul en appartement autonome.

- Capacité d'hébergement :

Notre capacité d'accueil est actuellement de 15 places, et ce, depuis le transfert des ACT 75. Nous ne disposons d'aucune place pour les éventuels accompagnants.

- Projet pédagogique et objectifs des A.C.T. :

Le service d'Appartements de Coordination Thérapeutique de Montreuil (ACT 93) est né en fin d'année 2001. Il permet à des personnes atteintes d'une pathologie chronique et évolutive, sans domicile de trouver une stabilité pour qu'elles aient accès aux soins.

On remarque que les demandes de places en A.C.T interviennent souvent à la suite de :

- Un hébergement d'urgence dans les services d'accueil rapide
- Une rupture familiale ou amicale
- Une expulsion directement liée à la peur du SIDA
- Une hospitalisation ou après un séjour en maison de convalescence.

Le projet permet de loger des personnes dans 8 appartements (3 appartements de 4 pièces, 4 appartements de 3 pièces et un grand studio) en cohabitation de 2 personnes par appartement, excepté pour le studio qui n'accueille qu'une personne.

Le projet comprend une aide à la réinsertion sociale par un accompagnement médico-psycho-social, et propose une solution d'hébergement transitoire à moyen terme. Les suivis effectués par les différents intervenants (médecin, éducateur, psychologue) et l'élaboration du projet personnel permettent aux personnes de retrouver une certaine autonomie. Ce temps de prise en charge sur les ACT est favorable à une meilleure appréhension et compréhension de leurs difficultés. Ce projet permet aux personnes accueillies d'optimiser leur recherche de logement, de se sentir relativement confiant pour assumer les contraintes que représentent le fait d'habiter dans un appartement autonome.

Les objectifs poursuivis dans la mise en place des Appartements de Coordination Thérapeutique sont de constituer un « tremplin » dans l'accès à l'autonomie.

Il s'agit de mettre à la disposition des personnes sortant d'un hébergement précaire (structure d'accueil d'urgence, hébergement chez la famille ou des amis) un appartement en cohabitation, dans l'attente d'un relogement adapté aux possibilités réelles, offertes au travers des réseaux de relogement existants.

Ce type d'hébergement comprend un accompagnement socio-éducatif visant à aider et soutenir les personnes dans leurs démarches et à mettre à jour leur situation sociale, ainsi qu'un suivi médical et un soutien psychologique offrant une continuité et une cohérence au travail social déjà engagé antérieurement, ainsi qu'un soutien des personnes dans les réaménagements qu'impliquent l'éventuelle obtention d'un logement propre.

L'accès à un logement autonome constitue pour ces personnes un objectif essentiel mais celui-ci ne peut s'envisager sans un accompagnement social prenant en compte les dimensions multiples que recouvre ce changement de vie.

Le projet des appartements de coordination thérapeutique devrait donc contribuer à réduire les échecs liés à l'accès souhaité mais trop radical à l'autonomie, par manque de préparation et de soutien. L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire permet d'engager un travail concret d'autonomisation sur l'appartement, d'optimiser la dynamique de la personne en situation de réinscription dans le tissu social, et de sortir de la logique de précarité des hébergements d'urgence.

C'est en travaillant sur la stabilité des acquis médico-psycho-sociaux, que le projet des ACT offre aux personnes atteintes d'une pathologie sévère des conditions de vie favorables à la prise régulière des traitements antirétroviraux (possibilité de cuisiner etc...), la coordination des différents soins et ainsi, favoriser l'amélioration de leur état de santé.

1 - Nature des structures d'hébergement aménagées en A.C.T. et mode d'accueil

Les appartements thérapeutiques sont situés sur Montreuil-sous-bois, Aubervilliers et La Courneuve.

A Montreuil, nous louons 2 appartements de 4 pièces. Ils se situent au 4^{ème} et au 6^{ème} étage avec ascenseur. A Aubervilliers, nous louons 2 logements : 1 logement composé de 4 pièces au 1^{er} étage, et un logement en duplex, composé de 5 pièces au 1^{er} et 2^{ème} étage. Ceux que nous louons à La Courneuve sont des appartements de 3 pièces et se situent tous dans le même immeuble, au 3^{ème}, 8^{ème} et 10^{ème} étage avec ascenseur.

Type	Adresses	Propriétaires	Superficies
F4	158, Rue Lenain de Tillemont. Logement n°176 93100 Montreuil-sous-bois	S.C.I.P.A. 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	69 m ²
F4	158, Rue Lenain de Tillemont. Logement n°159 93100 Montreuil-sous-bois	S.C.I.P.A. 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	69 m ²
F5	29-31, rue Heurtault. Logement n°212 93300 Aubervilliers	S.C.I. Auberlandy 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	95,07 m ²
F4	29-31, rue Heurtault. Logement n°111 93300 Aubervilliers	S.C.I. Auberlandy 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	76,53 m ²
F3	70/72, Av. Henri Barbusse Logement n°12 93120 La Courneuve	S.C.I.P.A. 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	63 m ²
F3	70/72, Av. Henri Barbusse Logement n°32 93120 La Courneuve	S.C.I.P.A. 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	63 m ²
F3	70/72, Av. Henri Barbusse Logement n°37 93120 La Courneuve	S.C.I.P.A. 3, Rue Anatole de La Forge 75017 - Paris	66 m ²

Les immeubles sont faciles d'accès et de bon standing. Ils se situent tous à proximité d'une station de bus desservant les stations de métro ou gare RER les plus proches.

Les appartements sont équipés du confort nécessaire à un bien être quotidien :

- eau chaude, chauffage
- sanitaires indépendants
- salle de bains
- cuisine équipée (cuisinière, réfrigérateur, four micro-ondes, lave-linge)
- meubles
- télévision, téléphone, vaisselle

Les appartements ont l'avantage d'être spacieux et clairs.

Les bénéficiaires partagent les parties communes du logement (salon, cuisine, salle de bains, sanitaires) et disposent chacun d'une chambre individuelle qu'ils peuvent fermer à clé, préservant ainsi leur intimité.

Un double des clés des appartements et des chambres reste dans nos locaux. La femme de ménage s'en sert pour intervenir sur les logements toutes les semaines. Cependant, la chambre reste un lieu intime et nous n'accédons à cette pièce que dans un but précis (réparer un meuble, vérifier si une personne non hébergée squatte l'appartement, ...) ou dans le cas d'une urgence médicale. Nous vérifions que le rangement et le ménage n'y soient pas oubliés, en essayant plutôt de leur laisser cette responsabilité.

Pour les résidents hébergés dans des logements composés de 4 pièces, ils bénéficient d'une chambre supplémentaire non utilisée comme telle. Cette dernière n'est pas meublée et sert de débarras pour les valises et autres objets encombrants (aspirateur, table à repasser, ...), c'est aussi la pièce où l'on étend et sèche le linge.

2 - Consignes d'hygiène et de sécurité :

A chaque prise en charge, nous cosignons avec le résident un contrat de séjour (document joint en annexe) qu'il s'engage à respecter. Un règlement contenant les règles de cohabitation est remis à la même occasion (également joint en annexe). Nous relisons ces documents à haute voix, ce qui nous donne l'occasion d'insister sur les règles d'hygiène et de sécurité.

Nous demandons au résident de maintenir le logement propre et de faire le ménage régulièrement. Nous insistons particulièrement sur l'utilité de nettoyer les éléments de cuisine (four, cuisinière) au mieux après chaque utilisation et restons vigilants sur l'importance de faire attention aux aliments, qu'ils ont souvent tendance à conserver trop longtemps et dans des conditions inappropriées. La femme de ménage, qui fait partie intégrante de l'équipe, intervient sur les logements une fois par semaine pour maintenir un niveau d'hygiène raisonnable. Elle nous avertit des différents problèmes d'hygiène qu'elle est susceptible de rencontrer sur les logements, et remplit régulièrement une « fiche d'entretien » à l'attention des résidents et peut ainsi faire savoir plus facilement aux personnes hébergées, les efforts à faire par rapport au rangement et à la propreté.

L'hygiène est souvent un motif de dispute au sein d'une cohabitation. Les résidents ont chacun leur perception quant à l'hygiène et au ménage. Cela nous permet donc de revenir régulièrement sur le sujet et de médiatiser les éventuels conflits.

Un homme d'entretien fait également partie de l'équipe des ACT, il intervient sur les logements pour surveiller le bon fonctionnement des équipements, effectuer des travaux de remise en état sur certains mobiliers défectueux, changer des serrures si nécessaires, s'occuper d'une fuite ou d'un problème électrique.

Si un problème médical survient, les résidents ont le nom et les coordonnées d'un médecin de ville à proximité de leur lieu d'hébergement. Le médecin coordinateur de l'équipe s'est préalablement mis en contact avec le médecin de ville en question, afin de lui expliquer le contexte des ACT, si celui-ci est amené à intervenir auprès des hébergés. Cependant un numéro d'astreinte a été mis à leur disposition et l'équipe reste joignable 24h/24h.

3 - Prestations :

- Des colis alimentaires sont proposés tous les jeudis au restaurant social de l'association.
- Des dépannages : espèces, tickets de métro, cartes téléphoniques, sont accordés ponctuellement afin de faciliter leurs démarches d'insertion.
- Aide vestimentaire : régulièrement, nous récupérons des vêtements que nous trions et que nous mettons à la disposition de nos résidents.
- Bibliothèque : une bibliothèque a été mise en place et est à la disposition des résidents qui peuvent emprunter les livres disponibles.

4 - Les modalités d'admission :

Le service ACT accueille au sein de son dispositif :

- des hommes et femmes de plus de 18 ans, seuls et atteints d'une pathologie grave, invalidante.
- la pathologie des candidats est associée à une précarité sociale.

Leur situation doit permettre un hébergement autonome en appartement sans présence permanente d'une tierce personne.

➤ Etude des candidatures :

La plupart des candidatures nous parviennent par courrier :

- sous la forme de rapports sociaux adressés au responsable de service.
- sous plis confidentiels pour les rapports médicaux adressés au médecin coordinateur.

Une première sélection est effectuée sur dossier avant convocation. Les candidats à l'hébergement ne sont rencontrés que lorsque nous anticipons un départ ou une fin d'accompagnement. Dans l'attente, nous faisons parvenir à l'intervenant social qui nous adresse la candidature, un courrier dans lequel nous précisons le statut du candidat : demandes d'informations supplémentaires, refus, ou attente de place disponible.

Dans ce contexte, nous sommes amenés à orienter notre recherche en fonction des besoins de la cohabitation afin de maintenir un certain équilibre sur l'appartement en évitant au maximum les sources de conflit qui peuvent être à l'origine de l'échec d'une prise en charge.

Une réponse est donnée après concertation des membres de l'équipe. Nous essayons de le faire dans les plus brefs délais.

Les modalités d'admission du candidat en ACT sont fonction de la situation médico-psycho-sociale de la personne ainsi que des places disponibles.

Aucune sélection n'est opérée en ce qui concerne le stade d'avancée de la maladie mais les personnes doivent avoir une autonomie physique suffisante pour gérer seules un logement.

Nous n'opérons pas non plus de sélection qui permettrait de choisir des problématiques ciblées. La souplesse et l'adaptation permanente d'un accompagnement socio-éducatif et psychologique individualisé, nous permettent d'aider et de soutenir des populations très hétérogènes et en grande précarité.

Les entretiens de pré-admission :

Le candidat est reçu en entretien de pré-admission par le travailleur social et le chef de service dans un premier temps, il rencontre ensuite le psychologue puis le médecin coordinateur. L'admission éventuelle du candidat est discutée en réunion d'équipe.

Au cours de l'entretien avec le travailleur social, sont présentés le fonctionnement du service, ses objectifs et les conditions d'hébergement. Une fiche-résident est remplie pour répertorier les éléments de la situation sociale et un projet est élaboré afin de fixer ensemble les objectifs à atteindre à plus ou moins long terme en fonction de la situation de chaque candidat.

La décision d'admission :

Pendant le temps qui s'écoule entre l'entretien de pré-admission et la prise de décision, nous invitons la personne à réfléchir à son éventuel hébergement au sein des A.C.T.

La décision est prise en équipe et elle est toujours motivée :

⊗ En cas de refus un courrier est adressé à l'assistante sociale et la personne est informée par un membre de l'équipe lors d'un entretien.

Pour les personnes en situation d'urgence sociale nous nous assurons d'une prise de relais par les partenaires extérieurs.

⊗ En cas d'accord mutuel, la personne est contactée par un membre de l'équipe et un rendez-vous est fixé pour procéder à l'admission.

L'admission et l'accueil :

La personne est reçue soit par le Chef de service soit par le référent social afin de formaliser l'accueil :

Dans un premier temps nous relisons ensemble le contrat de séjour ainsi que le règlement de fonctionnement avant de les signer. C'est également à ce moment que nous lui remettons le livret d'accueil.

C'est afin de veiller à leur bonne compréhension que tous ces documents sont relus avec l'usager.

Dans un second temps nous accompagnons l'hébergé sur le logement pour une visite au cours de laquelle un état des lieux est établi et signé avec remise des clés.

5 – Conditions d'hébergement et règlement intérieur :

Chaque nouveau résident signe un document exposant les conditions d'accueil de l'association dans le cadre d'un hébergement transitoire (voir formulaires « Contrat de séjour » et « Règlement intérieur » en annexe).

Ils sont signés par les candidats avant chaque admission.

Dans le document à signer, le cadre et les limites de cet hébergement sont spécifiés :

➤ Au niveau de la durée :

Les accords sont conclus pour une durée de 6 mois, renouvelables en fonction de l'évolution des projets élaborés. La décision de reconduction de la période d'hébergement est rendue lors d'un bilan (Rapport de situation trimestriel). Celui-ci a lieu en présence du résident, du référent social et du chef de service.

➤ Au niveau du règlement intérieur :

- Respect des règles de cohabitation (matérielles, relationnelles, et de voisinage).
- Obligation pour chaque résident de verser une participation financière mensuelle à hauteur de 10% du forfait journalier hospitalier.
- Présence aux rendez-vous fixés avec les différents membres de l'équipe des ACT.

En cas de non respect du règlement, l'équipe se réserve le droit de mettre un terme à la prise en charge ou d'envisager une alternative à l'hébergement.

Nous avons dans ce cadre là été contraints de signifier une fin d'hébergement, après avoir mis en garde plusieurs fois auparavant le résident concerné, à cause de nuisances nocturnes sur le logement et de nombreuses plaintes du voisinage, ou encore de squatte sur l'appartement, mettant en danger la prise en charge du co-résident.

Dans le cadre de certaines prises en charge, nous avons dû recourir au « contrat-objectifs » personnalisé afin de nous aider à recadrer des débordements de différentes natures et ainsi éviter des ruptures de prise en charge. Ces expériences ont toutes été très bénéfiques, pour les résidents comme pour l'équipe.

Au cours des premiers entretiens suivant l'admission, se dessinent les orientations à envisager pour travailler à l'amélioration de la situation du résident.

Les objectifs sont toujours évoqués avec la personne, ils sont discutés en réunion d'équipe pour ne rien omettre d'important quant au contexte global du suivi. Cependant, il est intéressant de remarquer à quel point un « contrat-objectifs » rédigé noir sur blanc, engage plus profondément le résident et inscrit une adhésion au projet plus sérieusement vécu que si ces mêmes objectifs étaient simplement travaillés oralement. Nous envisageons donc d'utiliser cet outil de manière systématique et réfléchissons à la manière de l'intégrer aux prises en charge actuelles et à venir.

6 – organisation administrative :

Dès l'admission du résident, un dossier est ouvert pour chacun des trois suivis (médical, social et psychologique).

Dans le dossier social sont répertoriées toutes les informations nécessaires au suivi : comptes-rendus d'entretiens, synthèses des entretiens téléphoniques avec les différents partenaires, photocopies des documents administratifs, conditions d'hébergements et règlement signés, « contrat-objectifs » signé (s'il fait partie des outils utilisés dans le suivi), projet individuel et comptes-rendus des bilans trimestriels, courriers en cours, rapports sociaux.

Les personnes accueillies doivent s'acquitter d'une participation financière liée à l'hébergement, qui conformément aux exigences des autorités de contrôle, s'élève à 1.80€ par jour et par personne. Ces participations sont récoltées par le référent social ou par la secrétaire, un reçu est remis à la personne chaque mois.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. Aussi, lors de l'admission d'une personne sur notre service, nous lui remettons un livret d'accueil comprenant une multitude d'informations qui lui seront utiles lors de son séjour. On y trouve également la « Chartes des droits et libertés de la personne accueillie », que nous prenons soin de relire avec chacune d'entre elles, de manière à ce que les informations transmises soient claires et compréhensibles.

- Pour le dossier médical, se référer à la partie « Prise en charge médicale » du présent rapport.
- Dans le dossier social sont répertoriées toutes les informations nécessaires au suivi : comptes-rendus d'entretiens, synthèses des entretiens téléphoniques avec les différents partenaires, photocopies des documents administratifs, conditions d'hébergements et règlement signés, « contrat-objectifs » signé (s'il fait partie des outils utilisés dans le suivi), projet individuel, comptes-rendus des bilans trimestriels, courriers en cours, rapports sociaux.

IV - BILAN GENERAL – STATISTIQUES :

Les chiffres suivants correspondent à la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011 inclus.

1 – statistiques générales

- Nombres d'appartements de 5 pièces : 1
- Nombres d'appartements de 4 pièces : 3
- Nombre d'appartements de 3 pièces : 3
- Personnes accueillies dans les appartements en 2011 : 30
- Nombres de journées réalisées en 2011 : 5463

Taux d'occupation sur l'année 2011 :

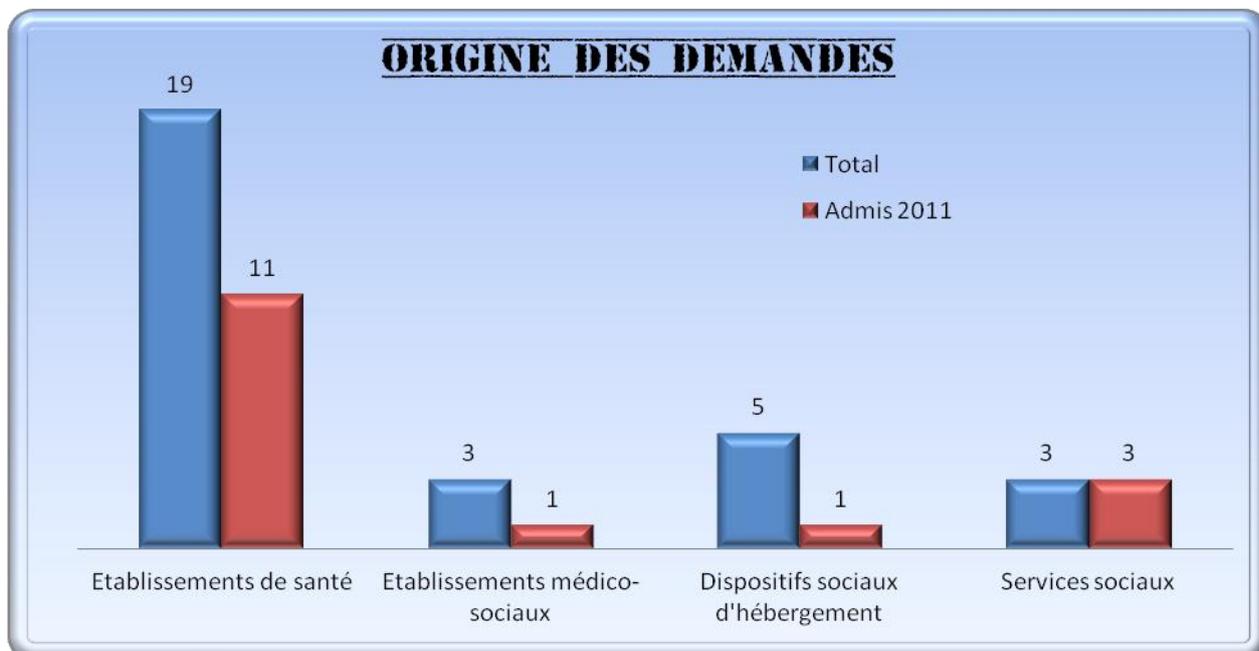
Mois	Capacité d'occupation	Nombre de journées théoriques	Nombre de journées réalisées	Taux d'occupation
Janvier	15	465	453	97,40 %
Février	15	420	420	100 %
Mars	15	465	465	100 %
Avril	15	450	450	100 %
Mai	15	465	465	100 %
Juin	15	450	450	100 %
Juillet	15	465	465	100 %
Août	15	465	465	100 %
Septembre	15	450	450	100 %
Octobre	15	465	465	100 %
Novembre	15	450	450	100 %
Décembre	15	465	465	100 %
Total		5475	5463	99.78 %

Le décès d'un de nos hébergés courant novembre 2010 explique le taux d'occupation du mois de janvier. En effet, nous avons dû faire face à de longues procédures pour accomplir les formalités administratives (Recherche de famille, aide à l'organisation des obsèques, remise des effets personnels à la famille...) qui nous ont conduits à retarder l'admission.

Nombre de journées réalisées par codes régimes :

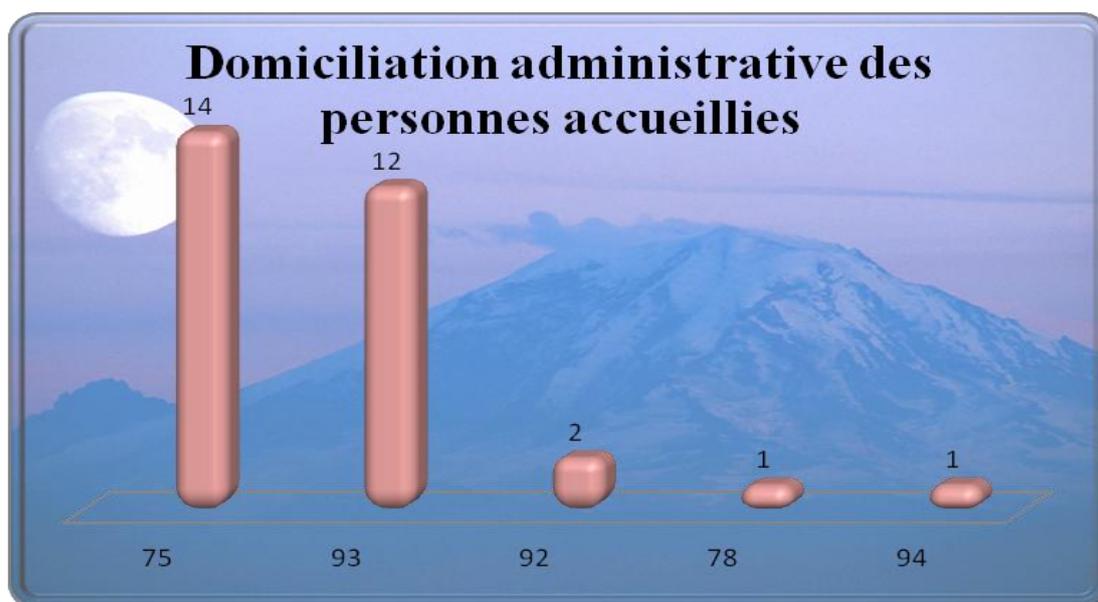
	Nombres de personnes accueillies en 2011	Nombres de journées
01-Régime Général 10 (assurés cotisants)	9	1854
01-Régime Général 12 (assurés non cotisants)	3	623
01-Régime Général (RMI)	7	1621
01- Régime Général 18 (Adultes handicapés)	11	1365
02-Professions indépendantes (commerçants et industriels)	0	0
TOTAL	30	5463

✚ Origines des demandes des personnes accueillies :



La majorité des candidatures reçues en 2011 émanent des services sociaux hospitaliers de Paris et de la Seine-Saint-Denis (environ 69%).

✚ Domiciliation administrative :

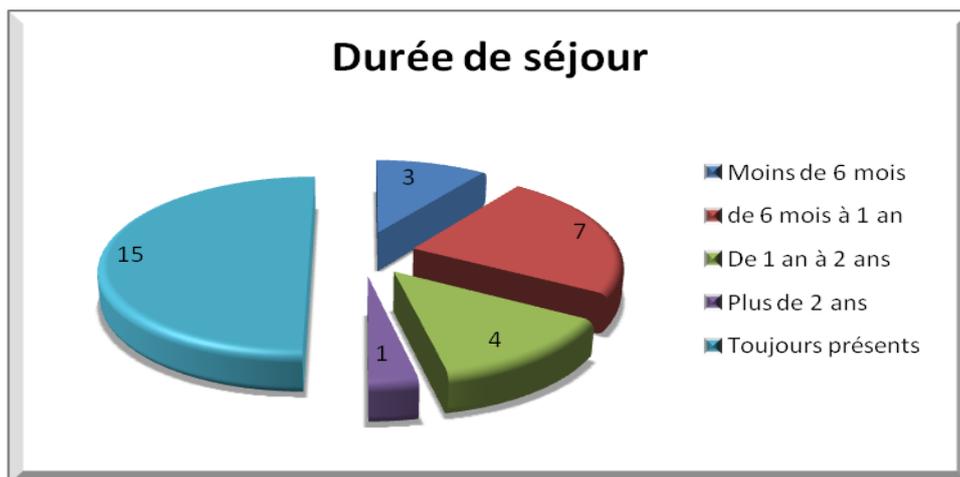


Il est important de noter que les personnes accueillies dont les candidatures émanent des hôpitaux parisiens ont pour la plupart une domiciliation administrative sur le département de la Seine-Saint-Denis.

En 2011, 12 personnes sur 30 (soit 40%) étaient domiciliées sur le 93.

Durée de séjour :

La durée moyenne des séjours est calculée sur la base des nombres de jours cumulés des sortants.



Au vu des multiples difficultés rencontrées (délais administratifs, problèmes médicaux, addictions, ressources insuffisantes) et de la situation actuelle du logement en Île-de-France, les solutions de relais à l'hébergement restent encore très pauvres ce qui prolonge considérablement les délais de prises en charge.

2 – caractéristiques des populations accueillies

a) Traitement des demandes

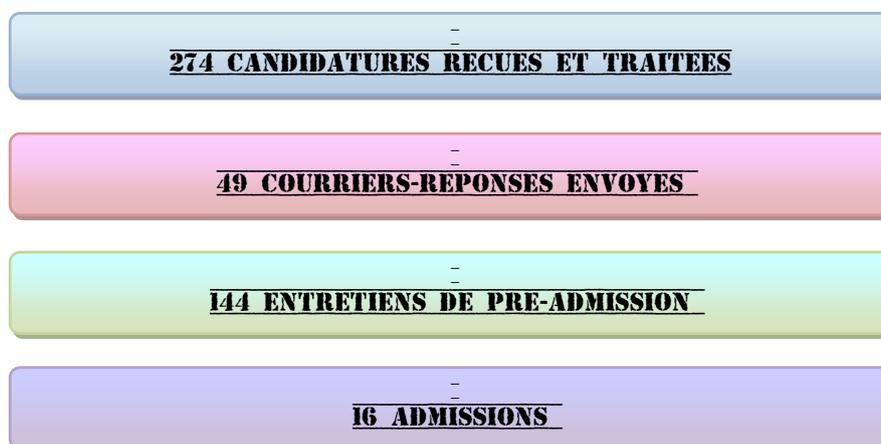
En 2011 ce sont 274 candidatures qui ont été reçues, dont 16 ont été admises au sein des A.C.T 93 et ont ainsi pu bénéficier d'un hébergement et d'un accompagnement adapté.

23 personnes ne remplissaient pas les critères d'admission.

26 candidatures ont été annulées, soit parce que les personnes ne voulaient pas donner suite à leur demande, soit parce que les personnes avaient trouvé un hébergement.

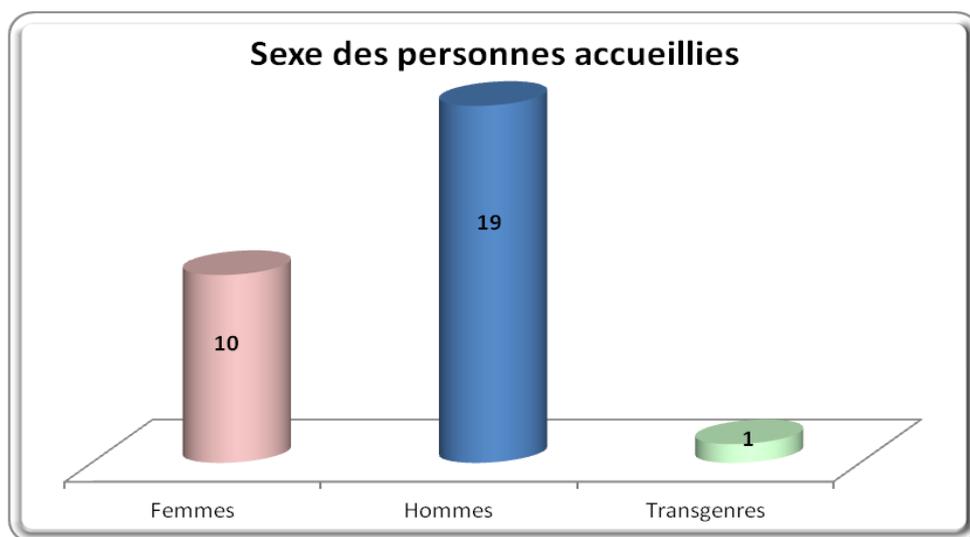
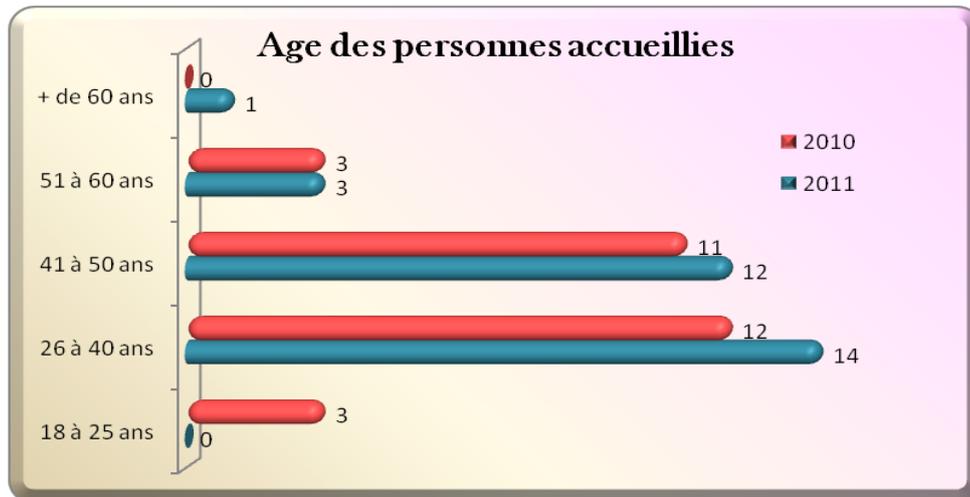
Le nombre de personnes dont les demandes n'ont pas abouties pour manque de places s'élève donc à 209.

Nous recevons entre 2 et 3 candidatures pour 1 place, il y a 3 entretiens de pré admission par personne (1 avec le travailleur social et le chef de service, 1 avec le psychologue et un avec le médecin coordinateur). En 2011, cela représente :

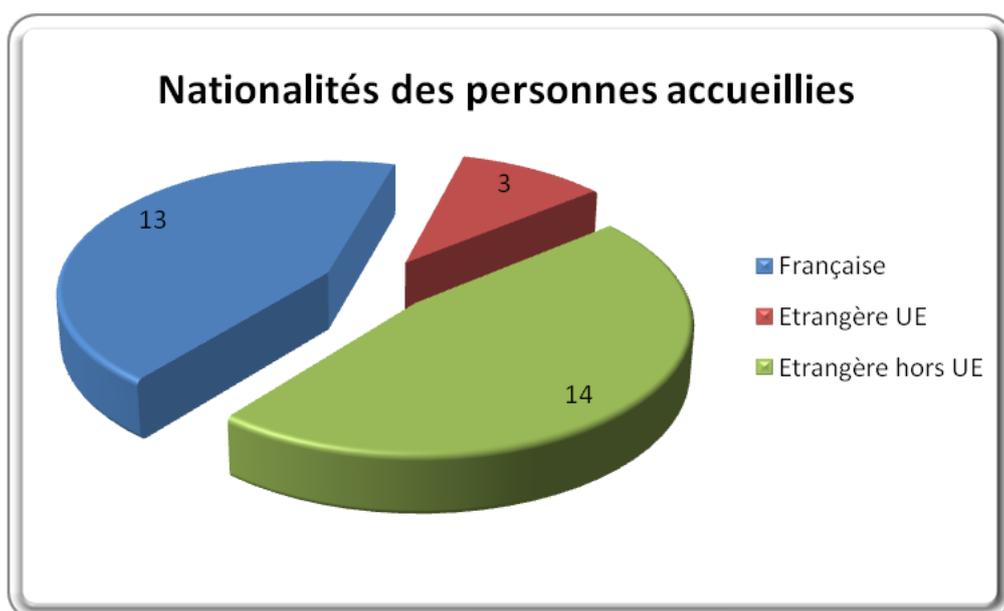


b) Caractéristiques démographiques

➤ Age et sexe des résidents :

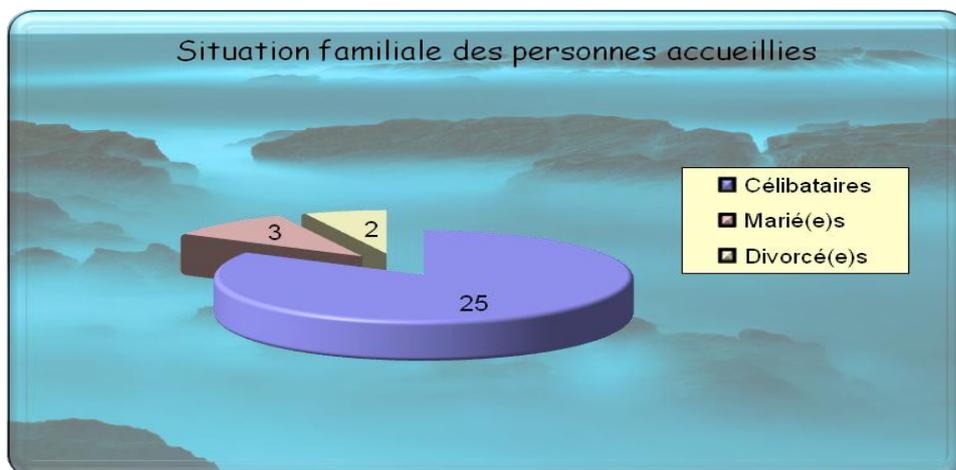


➤ Nationalité des résidents :



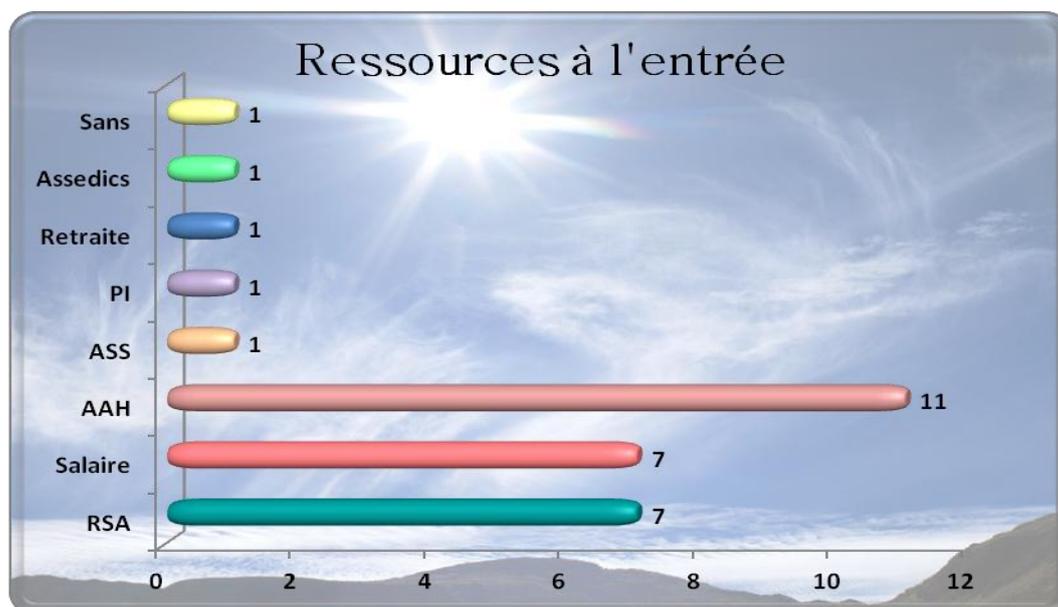
c) Caractéristiques sociales

➤ Situation familiale des résidents :



En 2011, 25 des personnes accueillies avaient un statut de célibataire, cependant une partie d'entre elles sont mariées de façon coutumière dans leur pays. Ces personnes dont les enfants sont restés en Afrique doivent envoyer de l'argent pour leur éducation, ce qui génère des angoisses. Elles ne peuvent pas expliquer leur situation parce que la famille n'est souvent pas au courant de leur maladie et la stigmatisation encore très forte qu'accompagne la pathologie VIH ne facilite pas son annonce.

➤ Ressources des résidents à l'entrée :



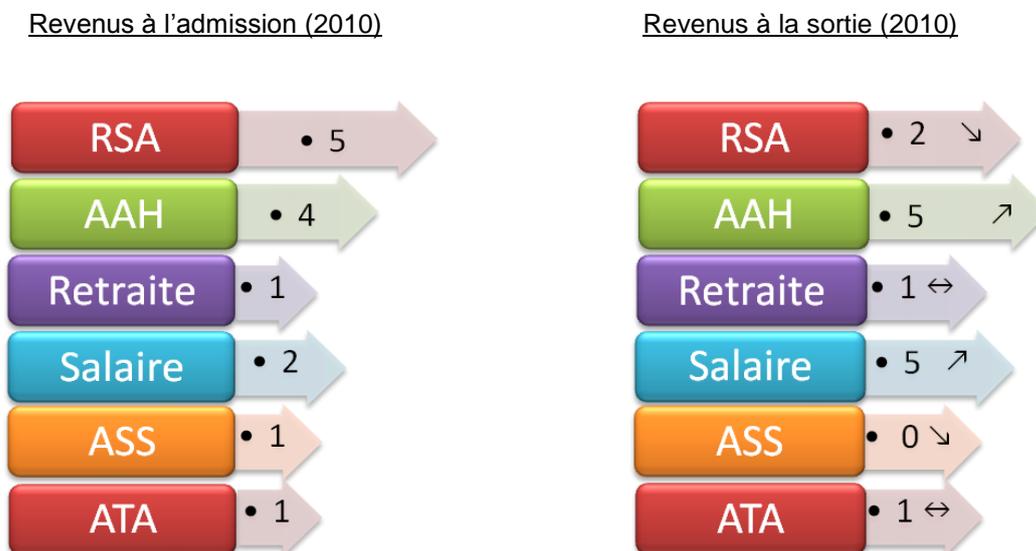
Nous avons constaté que les besoins des usagers avaient changés et que maintenant l'accès à un emploi stable passe avant l'accès aux soins.

Plusieurs personnes qui étaient salariées à leur entrée sur les A.C.T 93, n'avaient qu'un emploi précaire et ont pu par la suite obtenir un CDI. De plus certains résidents qui n'avaient pas ou plus d'activité professionnelle, ont pu intégrer un emploi en cours d'année grâce à leur motivation.

➤ Ressources des résidents sortis en 2011 :

La comparaison entre les revenus à l'entrée et à la sortie en 2011 montre que 4 personnes qui avaient de très faibles revenus en entrant sur le dispositif (Allocation Spécifique de Solidarité et/ou RSA), ont pu accomplir les démarches nécessaires afin de faire évoluer leur situation. Certains d'entre eux ont pu obtenir une Allocation Adulte Handicapé et d'autres se diriger vers le marché du travail.

Le nombre de personnes salariées est passé de 2 à 5. Les personnes entrant en ACT en tant que salariés ont pour la plupart des emplois précaires (CDD ou intérim). En 2011 les 5 étant personnes sorties ayant un revenu salarial sont titulaires d'un CDI.



d) Fins de séjour et orientations :



Les ruptures de contrat sont toujours décidées en équipe, et sur consultation de la personne concernée, faisant le plus souvent suite à un non respect des conditions d'hébergement.

En 2011, 6 personnes ont obtenu un logement autonome avec bail direct, contre 3 en 2010.

1 – personnel social et administratif

Qualité	Chef de service	Secrétaire	Travailleur social	Comptable
Effectifs permanents en ETP	1	1	1.75	0.5
Nombre d'heures par semaine	35h00	35h00	61h15	17h30

2 – personnel médical et paramédical

Qualité	Médecin	Psychologue
Effectifs permanents en ETP	0.6	0.5
Nombre d'heures par semaine	21h00	17h30

3 – personnel d'entretien

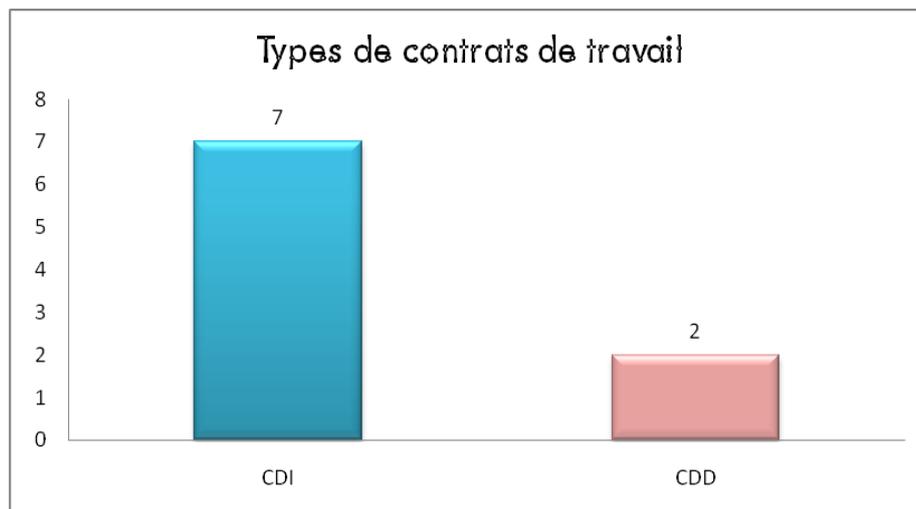
Qualité	Auxiliaire de vie	Agent d'entretien	Femme de ménage
Effectifs permanents en ETP	1	0.5	0.5
Temps en nombre d'heures par semaine	35h00	17h30	17h30

L'équipe est composée :

- d'un responsable de service
- d'une assistante sociale
- d'un travailleur social
- d'un psychologue
- d'un médecin coordinateur
- d'une secrétaire
- d'une auxiliaire de vie
- d'un homme d'entretien
- d'une femme de ménage

Notre travail quotidien consiste à assurer le suivi social des hébergés, dans leur recherche d'emploi, de formation ou autres, de mener les entretiens d'admission, ainsi que de faire respecter un minimum d'hygiène dans les appartements.

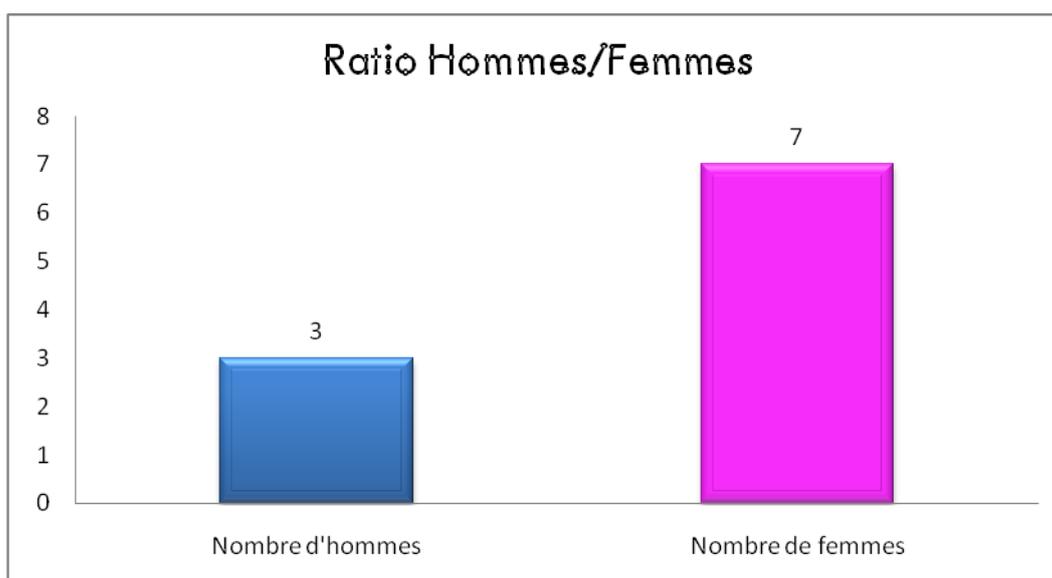
4 – Les ressources humaines en chiffres



La plupart des employés sont en CDI, excepté pour le personnel d'entretien.

Années d'ancienneté	Effectifs	Centres de classes	Produits
[0 ; 5[	4	2,5	10
[5 ; 10[	4	7,5	30
[10 ; 15[	1	12,5	12,5
[15 ; 20[	1	17,5	17,5
Total	10		70

L'ancienneté moyenne des salariés sur le service des A.C.T 93 est de 7, soit 7 ans.

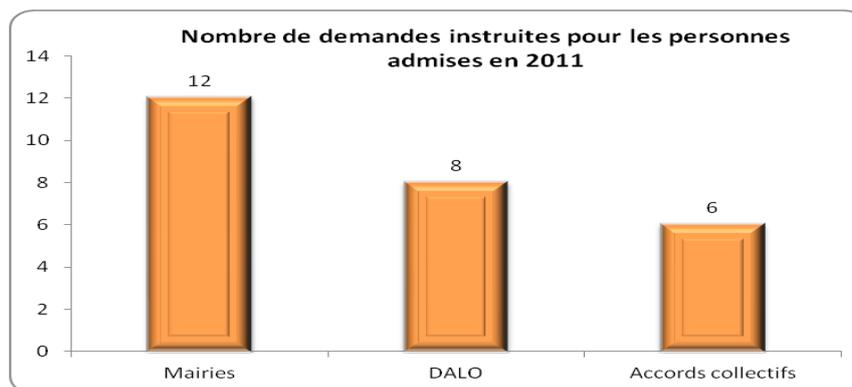


Le travail éducatif au quotidien s'organise à deux niveaux :

- Au niveau individuel : en tant que référent socio-éducatif
- Au niveau collectif : en tant que médiateur sur les appartements

1 – la prise en charge individuelle

Le travail social va consister lors de la première prise de contact en une analyse et une prise en compte d'une demande spécifique des individus. Cette question relève de « l'individuel » car chaque personne est à écouter dans sa singularité et chaque projet est élaboré dans ce sens. Le taux de projets personnalisés élaborés est de 100%.



Au niveau de la prise en charge individuelle, le travail s'articule autour d'entretiens individuels, de rencontres sur l'appartement, de démarches et d'accompagnements à l'extérieur. Le référent socio-éducatif accompagne chaque résident tout au long de son séjour, peu à peu un climat de confiance peut alors s'établir. La prise en charge va permettre de travailler à la réalisation d'un projet.

Au quotidien, cela se traduit par l'accompagnement socio-éducatif dans la réalisation d'objectifs concrets à moyen terme. Ces objectifs à moyen terme vont concerner les différents registres ou niveaux de réalité dans lesquels le résident tente de se situer : rapport à la maladie, le soin et son observance, l'hygiène de vie, la situation administrative et sociale, le champ relationnel (liens familiaux et filiaux, relations amicales, relation avec le colocataire...), l'insertion professionnelle, les activités culturelles et de loisirs...

L'accompagnement dans la réalisation de ces différents objectifs permet à la personne une reconstruction ou un renforcement identitaire, ainsi qu'une ré-appropriation de son devenir, de son destin, essentiels et au cœur de tout projet de vie.

A cet égard, les moyens éducatifs et sociaux déployés par le travailleur social sont multiples.

Les entretiens individuels, sont d'autant d'occasions d'aborder les thèmes suivants :

- la relation à l'autre le plus souvent illustrée par la relation au cohabitant.
- la gestion du temps au cœur des préoccupations thérapeutiques que soulève la stricte observance d'un traitement tel que la trithérapie ou encore la planification à court ou moyen terme des démarches administratives et sociales, mais aussi le rythme de vie au quotidien très souvent parasité par de vieilles habitudes récalcitrantes héritées d'un parcours de toxicomanie, de vie dans la rue, de chômage ou de précarité.
- la gestion de l'argent concernant, à un premier niveau, la participation financière et à un autre niveau, la gestion du budget, quels que soient les revenus, en définissant les objectifs et surtout la perspective d'une plus grande autonomie afin de travailler concrètement sur une solution de relais.
- Les bons ou mauvais rapports avec la famille ou les proches, pouvant générer des conséquences sur la santé et l'état psychologique du résident.
- Les perspectives de sortie des A.C.T. et la mise en place concrète d'un projet singulier.

Durant les entretiens, le travailleur social fait preuve d'une écoute active et prend en compte les difficultés personnelles.

Lorsque des difficultés sont rencontrées, son rôle est alors d'en informer l'équipe et d'en saisir les autres membres selon le type de problème rencontré (médical, psychologique,...), mais aussi de donner des conseils, d'informer, d'orienter.

Il s'agira notamment :

- d'éducation à la santé au sens large,
- de transmissions d'informations à teneur administrative (nouvelle législation, nouvelles dispositions administratives,...)
- d'orientations vers des structures de soins, des structures sociales (MDPH, CAF, CCAS,...) ou des structures de réinsertion professionnelle (Pôle Emploi, HANDIPASS, Centres de formation, Associations intermédiaires, entreprises d'insertion,...) ou bien encore des centres culturels et de loisirs (Arc en ciel, Ateliers d'art et d'expression,...).

Toutefois l'orientation n'est pas toujours suffisante et le travailleur social doit pouvoir développer le travail d'accompagnement. Ces accompagnements sont entrepris avec le résident et non pas à sa place.

Ils sont le résultat d'un cheminement du travailleur social avec la personne accueillie. Ils ont pour but de faciliter sa resocialisation, sa relation avec les structures hospitalières, les services officiels et administratifs. Ils sont aussi un excellent moyen de se réconcilier avec le système social.

2 – la prise en charge du collectif

Le travailleur social a un rôle de régulation de la vie collective dans les appartements. Ses visites sont bimensuelles.

Il est « le garant » de l'équilibre de la collectivité et du respect de la différence de chacun. L'objectif de ces rencontres est d'intervenir sur les rapports interpersonnels, lors de moments et discussions informels. Cette approche met l'accent sur la notion de partage qu'implique la vie en cohabitation (tâches ménagères, respect du rythme de vie de l'autre...)

Quand les emplois du temps de chacun des deux résidents le permettent, ces rencontres réunissent les deux colocataires de l'appartement. C'est un moment convivial autour d'un café pendant lequel le quotidien est évoqué. Il est important que chaque résident puisse s'exprimer par rapport à sa vie dans l'appartement et qu'il entende la parole de l'autre.

Le constat que nous pouvons effectuer est le suivant : les problématiques liées à la cohabitation sont nombreuses. Les situations de cohabitation font ressortir des difficultés personnelles et interpersonnelles complexes souvent imprévisibles.

Les réalités du quotidien sont travaillées avec les résidents, qui pour la plupart ont un parcours marqué par l'errance, la marginalité et l'instabilité.

3 – le travail en réseau et partenariat

Les réseaux de partenaires avec lesquels nous travaillons sont multiples. Par catégorie, nous pourrions distinguer les partenaires qui nous adressent des candidatures, des partenaires avec lesquels nous travaillons l'accompagnement au quotidien ou encore, des partenaires vers lesquels nous orientons nos résidents après la sortie des A.C.T.

Dans les faits, la distinction que nous effectuons est plus nuancée. Un même partenaire peut nous adresser une candidature et poursuivre le suivi déjà entamé. Le partenaire peut donc avoir un rôle dans la continuité ou de façon très ponctuelle.

- Le réseau de partenaires qui nous adresse des candidatures est élargi. Il implique potentiellement l'ensemble des structures sanitaires et sociales (services sociaux hospitaliers, maison de repos...), ainsi que certaines structures associatives de lutte contre l'exclusion et la précarité (association de lutte contre le sida, association de lutte contre la toxicomanie) ou certaines structures d'hébergement (autres A.C.T, services d'accueil d'urgence,...). Dans la réalité, c'est au cas par cas que des liens de partenariat se créent.
- Le réseau de partenaires avec lequel nous collaborons dans l'accompagnement des résidents au quotidien est plus restreint. Nous maintenons le plus souvent le suivi hospitalier déjà mis en place. Les résidents sont orientés vers un médecin de ville généraliste avec lequel nous sommes entrés en contact au préalable. En fonction de la spécificité du projet individuel du résident, nous adressons des demandes vers des associations d'insertion sociale, de réinsertion professionnelle ou associations intermédiaires. Nous les orientons également vers les structures de droits communs telles que l'A.N.P.E., la C.A.F., la Sécurité Sociale, les Centre des Impôts, les mairies, les missions locales et autres.

Les domaines d'expression de ce partenariat ont donc pu concerner le logement, l'emploi, la formation, la santé, la justice, les prestations sociales, les aides financières ponctuelles, les loisirs. Nous avons tenté de répertorier sous la forme d'un tableau les structures partenaires avec lesquelles nous avons travaillé depuis notre ouverture. Le classement s'est fait selon trois catégories : le secteur médical, le secteur social et le secteur de la formation, de l'emploi et des activités occupationnelles de loisirs ou de préparation à un projet personnalisé. Certaines structures peuvent intervenir également dans plusieurs secteurs d'activité.

Médical	Social	Formations-Emplois-Occupations
Hôpital Bichat	Arc en Ciel	Envol Insertion
CHU Jean Verdier	Aides	Ohé Prométhée
Hôpital Saint-Louis	Ikambere	Emploi 14
CHU Louis Mourier	Auberge sociale 93	AERI
Hôpital Delafontaine	CMS Le figuier	Proxim'services
Hôpital Kremlin Bicêtre	Amicale du nid 93	Pass 93
Hôpital Saint-Antoine	Basiliade	Boutique Emploi (Tremblay)
Hôpital Fernand Widal	Arcat	A.F.P.A.
Hôpital Raymond Poincaré	Alternat'Hiv	ANPE de Tremblay-en-France
Hôpital Robert Ballanger	Croix Rouge (Aulnay)	Centre J.P.Timbault
CHI André Grégoire	Conseil Général 93	C.A.T. Dumonteuil
CHI Le Raincy-Montfermeil	Halte sociale 93	Ménage Service

Le travail en réseau comporte de nombreux avantages, et reste un outil indispensable dans notre pratique au quotidien :

- Il permet à la personne accueillie de créer des liens durables sur lesquels il pourra toujours compter. Ceci permettra de réduire voir de maîtriser l'état de dépendance à l'égard du service parfois inévitable au début de la prise en charge et qui risque de se maintenir tout au long du suivi.
- Il permet aux personnes sortantes du dispositif ACT d'instaurer un relais vers d'autres équipes médicales ou sociales qui seraient susceptibles d'intervenir dès la sortie.
- Il permet un échange de pratiques, une coordination d'actions, donc une meilleure cohérence du suivi. Il est indispensable de mobiliser des compétences complémentaires aux nôtres au vu de la diversité des problématiques (drogues, alcoolisme, psychiatrie,...)

C'est dans cette perspective de travail, que nous avons cherché depuis l'ouverture du service, à accroître les relations avec les autres institutions et structures partenaires de notre action.

1 – l’action de coordination

Le médecin coordinateur n’est pas un prescripteur. C’est un médiateur qui intervient à toutes les étapes de la prise en charge, au sein d’un système de relations complexes entre le patient et l’ensemble de ses interlocuteurs :

- Les entretiens d’admission : le médecin coordinateur participe à l’étude des candidatures sur les A.C.T. : entretien individuel avec le patient, puis discussion et prise de décision avec l’ensemble de l’équipe.
- Les entretiens médicaux avec les personnes hébergées, et ce régulièrement pendant la durée de l’hébergement. La fréquence de ces entretiens est en moyenne de 2 fois par mois voire davantage si besoin.
Pendant ces entretiens sont évalués la régularité du suivi médical avec les médecins hospitaliers, la compréhension et l’observance des traitements relatifs au VIH ainsi que des éventuels traitements associés, dont les traitements de substitution.
- La relation de confiance qui s’établit au décours des premiers entretiens permet d’aborder les questions liées à la sexualité et à la prévention. C’est un sujet récurrent lors des consultations.
- Les visites à domicile sont effectuées, principalement mais non exclusivement, lors de situations d’urgence.
- La relation avec les médecins hospitaliers : contacts réguliers et courriers permettant de disposer de comptes-rendus médicaux à jour et complets.
- Participation régulière aux « staff » des différents services de pathologie infectieuse où sont suivis les patients.
- L’organisation des soins de ville avec orientation vers un médecin de proximité, la prise de contact et les échanges réguliers d’informations avec le médecin traitant.
- En cas d’urgence et en l’absence du médecin traitant, l’astreinte téléphonique assurée 24h sur 24h permet d’orienter au mieux les hébergés vers les urgences des hôpitaux, SOS médecins ou un médecin de ville de garde.
La mise en place et le suivi d’éventuels soins médicaux ou infirmiers à domicile.
- L’accompagnement de la prise en charge des addictions.
- L’éducation alimentaire qui est un point très important pour l’hygiène de vie.
Un cahier de suivi alimentaire est proposé à tous les patients et commenté lors des consultations.
- La vérification des conditions d’hygiène et de sécurité sur les appartements.
- La participation aux réunions d’équipe hebdomadaires.
- La transmission d’informations médicales à l’équipe, sous forme d’une revue de presse.
- La participation aux principaux séminaires et congrès concernant le VIH et les pathologies connexes.

Témoignages :

« Mon nouveau médecin a assoupli le rythme de mon traitement. Je suis passé de trois prises toutes les huit heures à deux prises toutes les douze heures, chacune comprenant tous mes médicaments. Cela a vraiment changé ma vie ! »

« Le pire, c'est la solitude que nous impose cette maladie. Vivre, oui, mais pour faire quoi ? Professionnellement, on est sur la touche. C'est un véritable parcours du combattant, tout le temps sur le pied de guerre. Cette maladie, c'est le diable par la queue et quelquefois, et encore trop souvent, du silence, un silence qui étouffe doucement. »

Particularités de la consultation médicale au sein de la structure A.C.T :

Le travail du médecin au sein d'une structure d'appartement de coordination thérapeutique s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale de la personne, avec au premier plan la qualité de vie considérée comme un élément déterminant de la qualité des soins.

L'accompagnement d'un patient, à toutes les périodes de l'infection à VIH, ne peut faire l'économie du respect fondamental qui consiste d'abord à entendre l'autre tel qu'il est, tel qu'il se dit.

La consultation n'est pas seulement un mouvement médical où le médecin serait le centre d'activité tourné vers le patient qui serait receveur passif de cette activité. Le patient est un actif résistant car son savoir, il le tient de sa propre histoire, de sa propre expérience. Si un symptôme apparaît au décours d'un traitement antirétroviral et que le patient le ressent comme un effet secondaire de ce traitement, aucune autre explication ne sera pour lui envisageable malgré les efforts du médecin pour rationaliser la situation.

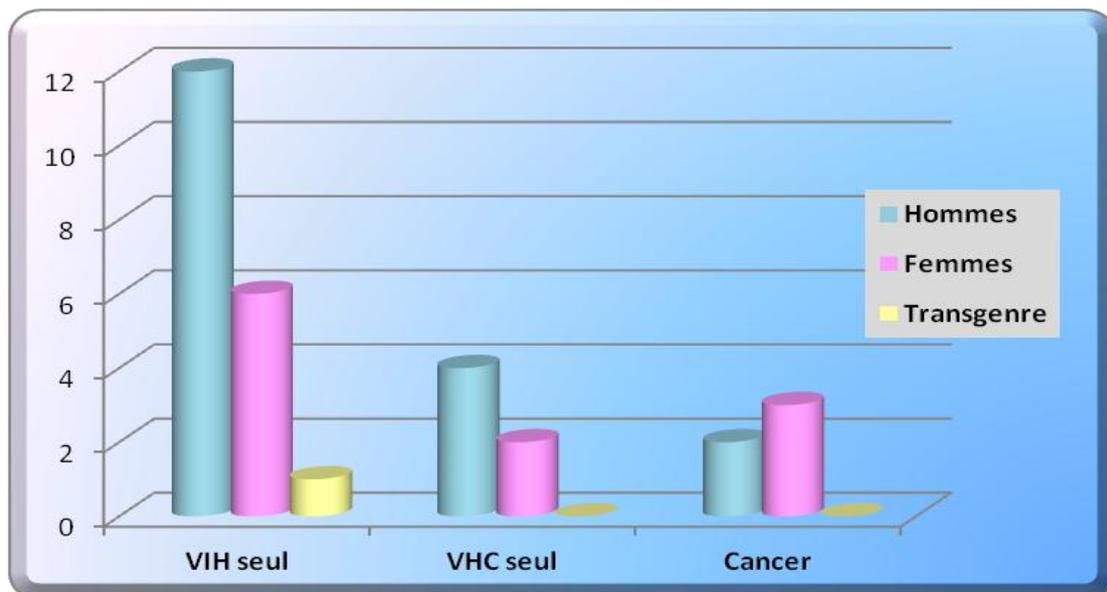
Penser la coopération médecin-patient en terme d'adhésion implique que se mette en place une véritable négociation où la théorie médicale ne soit plus l'unique vérité, mais seulement un des éléments de la discussion.

Il faut laisser à la relation entre le médecin et le patient une grande liberté, il faut savoir l'aider à s'adapter aux changements qu'impliquent l'évolution de la maladie et l'apparition d'effets indésirables, inventer de nouvelles pratiques, de nouvelles façons de faire au quotidien, et cela ne peut se faire que dans l'échange et la confiance.

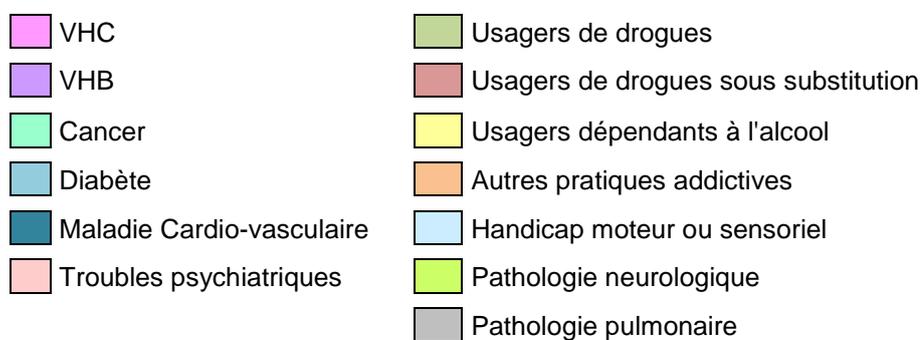
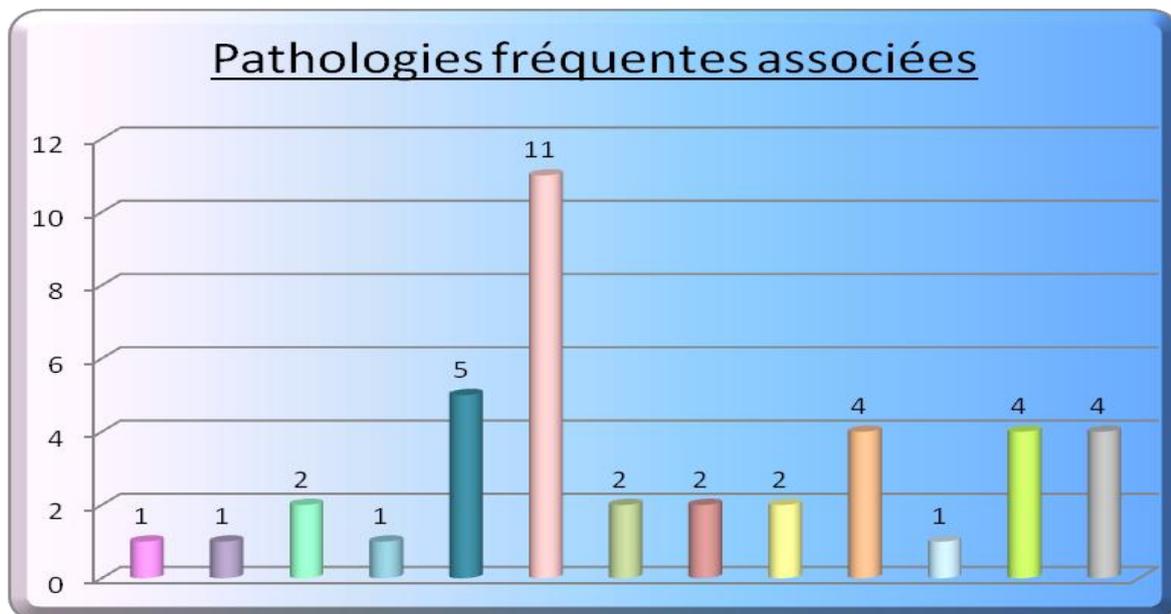
Aider le patient à vivre avec sa maladie, c'est être en concordance avec lui, c'est chercher et trouver un ajustement des conduites, des exigences et des espoirs des uns et des autres.

2 – pathologies

a) Pathologies principales des patients hébergés



b) Pathologies fréquentes associées au VIH



3 – Accompagnement médical

<u>Accompagnement médical</u>	Nombre de bénéficiaires par an
Hygiène corporelle	12
Education à la santé / prévention	17
Education thérapeutique, observance des traitements	11
Soins infirmiers	6
Accompagnement médical (consultations, visites hôpital, etc.)	23
Accompagnement fin de vie / soins palliatifs	2
Coordination médicale	29

a) Observance et tolérance des traitements antirétroviraux

Concernant la compliance au traitement antirétroviral, il est important de travailler avec le patient sur les conditions initiales de mise sous traitement, sur sa participation au choix du traitement et la compréhension du choix thérapeutique ainsi que sur les conditions de maîtrise et de prise en main de ce choix.

Vérifier à chaque étape la bonne compréhension par le patient des décisions qui sont prises pour lui, expliciter les résultats des bilans biologiques, expliquer le sens d'une charge virale indétectable, sont des conditions nécessaires à une bonne acceptation et à une adhésion durable aux traitements.

Chaque patient remplit de façon régulière un auto-questionnaire d'évaluation de l'observance.

CONSULTATION OBSERVANCE

Thèmes et objectifs

Mieux comprendre le vécu et les attentes de la personne face à son traitement :

- Faciliter l'expression de la personne sur le vécu de son traitement et son impact dans la vie quotidienne
- Explorer avec elle les difficultés qu'elle a rencontrées dans l'histoire de ses traitements et identifier ses besoins en termes d'information et de soutien
- Explorer avec elle ses attentes par rapport au traitement et la manière dont elle les perçoit
- Identifier et explorer avec la personne les effets secondaires ou indésirables et leur impact dans la vie quotidienne.

Améliorer ses connaissances sur les traitements

- Explorer avec la personne ses connaissances sur les traitements, la charge virale, les CD4.

Aider à l'organisation de la prise de traitement

- Identifier avec la personne les habitudes et réflexes autour de la prise de traitement
- Explorer avec elle la manière dont elle prend ses traitements en fonction des lieux et des situations sociales
- Evoquer les obstacles à certaines prises et aider la personne à envisager les solutions possibles

- Explorer avec la personne ses modes de mémorisation et lui proposer d'utiliser un mode de rappel personnalisé (visuel, sonore...).

Anticiper les situations de non observance

- Evaluer avec la personne quels effets secondaires pourraient entraîner une rupture d'observance
- Envisager des solutions permettant de remédier à certains effets secondaires
- Explorer avec la personne le dernier évènement de non observance en l'invitant à décrire les faits, le contexte, les causes, puis discuter des stratégies mises en œuvre ou non pour y faire face
- Identifier avec la personne les stratégies à mettre en œuvre pour faire face à la situation si elle se reproduisait.

Explorer les capacités de soutien de l'entourage

- Evaluer le degré de soutien de l'entourage
- Evoquer le désir de parler ou non de sa séropositivité et/ou de son traitement à une personne de son entourage.

Soutenir la motivation

- Lister avec la personne les points faibles sur lesquels elle butte généralement dans son observance : rupture d'intention, échec face à la décision, situation particulière
- Lister les points forts sur lesquels elle s'appuie et l'inviter à définir ses stratégies habituelles pour faire face à ses difficultés dans la prise de traitements
- Inviter la personne à décrire ce qu'elle aimerait réaliser dans les mois à venir.

Lors des premières consultations au sein des appartements de coordination thérapeutique, il est important de vérifier les connaissances des personnes concernant les points suivants :

- Comment agissent les médicaments antirétroviraux ?
- Que signifie la charge virale ? Les CD4 ?
- Pourquoi une observance maximale est-elle requise ?
- Pourquoi est-il préférable d'arrêter complètement son traitement que d'en prendre seulement une partie ?
- Que signifie l'émergence de souches résistantes ?
- Pourquoi faut-il respecter de manière stricte les horaires de prise ? Les modalités de prise ?
- Que signifie un changement de traitement ?
- Pourquoi faut-il continuer à avoir des relations sexuelles protégées lorsque la charge virale est indétectable ?
- Que se passe-t-il lorsqu'on arrête le traitement ?

b) Outils d'évaluation de l'observance et de la tolérance

Il m'est arrivé de ne pas prendre mon

Traitement parce que :	jamais	rarement	quelquefois	souvent
J'ai tout simplement oublié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'étais pas chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'étais occupé(e) à autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a eu un changement dans mes routines quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis endormi(e)/Je dormais à l'heure de la prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des problèmes à les prendre aux horaires prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'étais malade /Je me sentais pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voulais éviter les effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sentais déprimé(e)/ à bout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'avais trop de comprimés ou de gélules à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'avais l'impression que mon traitement était Toxique/ dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne voulais pas que les autres me voient en Train de prendre mon traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observance

☞ J'ai éprouvé des difficultés à prendre mon traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai changé de traitement(non tolérance, toxicité...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des effets secondaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai appris quelque chose de nouveau sur les traitements qui m'a inquiété(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ Je ne supportais plus certains effets handicapants de mon traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai été dans l'attente d'un logement non satisfait	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des problèmes d'argent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des problèmes avec l'administration	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai vécu un échec lors d'une tentative de réinsertion	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des problèmes de communication avec ma famille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des conflits avec mon entourage (amis, voisins, collègues,...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des difficultés avec mon médecin (déception, conflits, ...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ Je me suis séparé(e) d'avec un(e) partenaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai perdu une personne proche (décès)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai eu des difficultés sexuelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai éprouvé des difficultés à faire des rencontres amoureuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ Je ne suis pas toujours arrivé(e) à négocier l'utilisation des préservatifs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
☞ J'ai éprouvé une perte de motivation sexuelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

effets secondaires**je n'ai pas
ce symptôme****j'ai ce symptôme et...**

		Cela ne me dérange pas	Cela me dérange un peu	Cela me dérange beaucoup	Cela me dérange énormément
1. Fatigue ou perte d'énergie ?	0	1	2	3	4
2. Fièvre, frissons ou sueurs ?	0	1	2	3	4
3. Vertiges ou étourdissements ?	0	1	2	3	4
4. Douleur, engourdissements ou picotements dans les mains ou les pieds ?	0	1	2	3	4
5. Troubles de mémoire ?	0	1	2	3	4
6. Nausées ou vomissements ?	0	1	2	3	4
7. Diarrhées ou selles molles ?	0	1	2	3	4
8. Sentiment d'abattement ou de dépression ?	0	1	2	3	4
9. Sentiment de nervosité ou d'anxiété ?	0	1	2	3	4
10. Difficultés d'endormissement ou insomnies ?	0	1	2	3	4
11. Problèmes de peau, comme rash cutané, sécheresse ou démangeaisons ?	0	1	2	3	4
12. Toux ou difficulté à reprendre votre souffle ?	0	1	2	3	4
13. Maux de tête ?	0	1	2	3	4
14. Perte d'appétit ou altération du goût alimentaire ?	0	1	2	3	4
15. Ballonnements, douleur ou gaz intestinaux ?	0	1	2	3	4
16. Douleurs musculaires ou articulaires ?	0	1	2	3	4
17. Problèmes sexuels, comme perte d'intérêt ou absence de satisfaction ?	0	1	2	3	4
18. Modification de votre silhouette, comme des dépôts de graisse ou une prise de poids ?	0	1	2	3	4
19. Problèmes de perte de poids ou amaigrissement ?	0	1	2	3	4
20. Perte de cheveux ou modification de leur consistance ?	0	1	2	3	4

Evaluation de la fatigue

Traitement ARV :

Caractéristiques de la fatigue

1. Pouvez-vous me décrire votre fatigue ? Physique Mentale Manque de motivation
2. Votre fatigue survient-elle à un moment précis de la journée ?
 Matin Vers 11h Après le déjeuner Milieu d'après-midi Le soir
 A ces 5 moments de la journée par intermittence
3. Combien de temps dure-t-elle ?

Causes et facteurs de la fatigue

1. Y'a-t-il des événements particuliers dans votre vie quotidienne qui créent ou aggravent votre état de fatigue ? Non Oui Je ne sais pas
2. Si oui, lesquels ?
3. A quoi attribuez-vous votre fatigue ?

Sentiments associés

1. Quand vous êtes fatigué(e), comment vous sentez-vous ?
2. Quels sont les sentiments associés à votre fatigue ?

Impact dans la relation avec autres et dans la vie quotidienne

1. Est-ce que votre fatigue a modifié votre relation avec :
 Votre partenaire Votre famille Vous-même Vos amis Vos collègues de travail
2. Comment les autres réagissent-ils à votre fatigue ?
3. En quoi votre fatigue affecte-t-elle vos activités dans votre vie personnelle et/ ou professionnelle ?
.....

Stratégies d'ajustement et ressources

1. Que faites-vous pour réduire votre fatigue ?
2. Est-ce que cela marche ? Oui Pas vraiment Pas du tout
3. Quelles modifications avez-vous introduit dans votre vie quotidienne pour vous adapter à, ou réduire votre fatigue ?
4. Sur qui pouvez-vous compter pour vous aider à réduire cette fatigue ?

Est-ce qu'il y a autre chose dont vous aimeriez parler à propos de votre fatigue

.....
.....
.....
.....

Ces investigations systématiques et répétées chez tous les patients ont permis de mettre en évidence :

Certains facteurs objectifs qui accroissent le risque de mauvaise observance :

- interférence des prises de médicaments avec le mode de vie
- complexité du schéma thérapeutique
- ancienneté du traitement
- importance des effets secondaires

Des facteurs individuels prédictifs de mauvaise observance ont aussi été mis en évidence :

- âge
- état dépressif
- perception du stress et anticipation de la difficulté à prendre un traitement
- attitude pessimiste face à l'infection VIH
- consommation d'alcool et autres addictions

Effets indésirables liés au traitement antirétroviral :

Le traitement de l'infection à VIH est un traitement de durée indéfinie, lourd de conséquences, très contraignant pour les malades en raison de l'apparition fréquente d'effets indésirables. Ces effets trop souvent qualifiés de « secondaires » hypothèquent lourdement la qualité de vie des patients et compromettent parfois gravement leur santé. Ils entraînent un découragement des patients, nuisent à l'observance, provoquant ainsi indirectement des résistances, voire à plus long terme des situations d'échappement thérapeutique.

Les stratégies thérapeutiques évoluent, laissant émerger des solutions moins contraignantes comme l'immunothérapie associée aux antirétroviraux ou les traitements séquentiels soulageant les malades des prises quotidiennes interrompues.

Les efforts des professionnels doivent permettre aux personnes atteintes par le VIH de vivre avec le VIH, de travailler avec le VIH, d'avoir une vie sociale avec le VIH, et cette dynamique de vie doit pouvoir s'appuyer sur la maîtrise des contraintes et des effets indésirables des traitements.

NUTRITION

Mieux s'alimenter chaque jour, c'est mettre les chances de son côté pour atténuer les effets secondaires de son traitement et se sentir en forme.

Les recommandations alimentaires font partie de la consultation médicale et sont adaptées à chaque situation. Elles obéissent aux objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Un cahier alimentaire tenu par les patients qui le souhaitent est apporté lors des entretiens.

Conseils nutritionnels

- Les besoins quotidiens en protéines d'une personne séropositive sont élevés, entre 1,2 et 1,5g par kg de poids. Deux portions de viande, poisson, volaille sont nécessaires chaque jour.
- L'enrichissement de l'alimentation en graisse oméga-3 pourrait diminuer le taux sanguin de triglycérides et ainsi protéger des accidents cardio-vasculaires. Consommer de l'huile de colza et de noix, de la margarine enrichie, des poissons de mer, du soja.
- L'apport d'anti-oxydants est essentiel. Manger quotidiennement au moins cinq légumes ou fruits frais, privilégier les aliments riches en polyphénols (thé, chocolat noir, raisin, pêches, fraises, tomates, brocolis...), les vitamines C et E, le sélénium et le magnésium.
- L'apport en féculents (pain, riz, pâtes, pommes de terre, semoule, maïs...) doit toujours être adapté aux activités physiques pour stabiliser le poids à sa bonne valeur.
- Consommer des aliments source de calcium, notamment les produits laitiers.
- Eviter les sodas et les pâtisseries.
- Les personnes originaires d'Afrique doivent réduire la quantité d'huile pour la préparation des plats et privilégier les légumes et les fruits. L'absorption de féculents (mil, sorgho, riz, manioc...) doit être évaluée régulièrement en fonction de l'activité physique.
- Avec un traitement incluant des anti-protéases, éviter les sucres simples (sucre blanc, sirop, jus de fruit, sodas, bonbons...).

Des menus types sont proposés aux personnes, qui peuvent être adaptés en fonction de leur culture et de leurs habitudes alimentaires.

Exemples de menus

Au petit déjeuner

- *café, thé avec ou sans sucre*
- *céréales avec du lait demi écrémé ou yaourt*
- *deux tartines (pain, biscottes ou pain de mie) de confiture ou de miel*
 - *un fruit ou jus de fruit*

Déjeuner : un plat principal associant :

- *des protéines, contenues dans la viande blanche, le poisson, la volaille, le lapin ou la viande rouge qui, elle, doit être consommée avec modération*
- *des féculents : riz complet, pâtes, pommes de terre, semoules, maïs...*
 - *un yaourt nature ou du fromage blanc*
 - *un fruit ou une compote*

Goûter

- *un fruit ou une barre de céréales*

Dîner

- *une soupe de légumes, une salade composée des crudités de saison*
- *une tranche de jambon, deux œufs (ou omelette), du poisson accompagnés de légumes vapeur*
 - *une portion de fromage*

Quelles boissons ?

- *au cours des repas de l'eau plate ou un peu de vin (2 verres max./jour)*
 - *entre les repas, de l'eau minérale encore et toujours*

Quelles matières grasses ?

- *privilégier l'huile de colza qui peut être chauffée*
 - *dans les salades huile d'olive ou de noix*
- *le beurre frais doit être utilisé en petite quantité*

VOS REPERES
DE CONSOMMATION
 CORRESPONDANT AUX OBJECTIFS DU PNNS

S'il est recommandé de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation.
 De temps en temps, on peut s'offrir un petit plaisir.

FRUITS ET LÉGUMES



- ◆ à chaque repas et en cas de petits creux
- ◆ crus, cuits, nature ou préparés
- ◆ frais, surgelés ou en conserve

**PAINS CÉRÉALES
 POMMES DE TERRE
 ET LÉGUMES SECS**



- ◆ favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain
- ◆ privilégier la variété

**LAITS ET PRODUITS
 LAITIERS (YAOURTS,
 FROMAGES)**



- ◆ privilégier la variété
- ◆ privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et moins salés

**VIANDES VOLAILLES
 PRODUITS DE LA PÊCHE
 ET ŒUFS**



- ◆ en quantité inférieure à celle de l'accompagnement
- ◆ viandes : privilégier la variété et les morceaux les moins gras
- ◆ poisson : au moins 2 fois par semaine

**MATIÈRES GRASSES
 AJOUTÉES**



- ◆ privilégier les matières grasses végétales
- ◆ favoriser la variété
- ◆ limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)

PRODUITS SUCRÉS



- ◆ attention aux boissons sucrées
- ◆ attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes dessert, chocolat, glaces...)

BOISSONS



- ◆ au cours et en dehors des repas
- ◆ limiter les boissons sucrées (privilégier les light)
- ◆ boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (10cl) pour les femmes et 3 pour les hommes.

SEL



- ◆ préférer le sel iodé
- ◆ ne pas resaler avant de goûter
- ◆ réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson
- ◆ limiter les fromages et les charcuteries et les produits apéritifs salés

ACTIVITÉ PHYSIQUE
 au moins l'équivalent
 d'une demi heure de
 marche rapide par jour



- ◆ à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo...)

4 – VIH et santé psychique

La santé mentale et le VIH sont étroitement liés : les problèmes de santé mentale sont associés à un risque accru d'infection à VIH et inversement, certains troubles mentaux sont une conséquence directe de l'infection à VIH.

Témoignage :

« C'est vraiment dur d'être séropositif. Le virus m'a changé, ça déborde dans ma tête, le virus fait que je ne contrôle plus rien, je parle tout seul, je comprends comment la folie peut venir ».

Beaucoup de patients séropositifs pour le VIH présentent des troubles psychiques. Ceux-ci peuvent être préexistants, provoqués par le virus lui-même ou par les représentations mentales qui l'accompagnent, parfois même induits par les traitements. La prise en compte de ces troubles est indispensable pour la qualité de vie des personnes, pour l'observance des traitements, pour le pronostic à long terme.

Pour le médecin, devant un patient qui présente des troubles du comportement, il s'agit de faire la part de ce qui pourrait être le fait du virus – qui atteint le système nerveux central dès les stades précoces de l'infection -, et de ce qui est de l'ordre des difficultés psychologiques de la personne, confrontée à ses propres questionnements sur sa vie et sa mort.

L'atteinte du système nerveux central (SNC) ou périphérique (SNP) est fréquente au cours de l'histoire naturelle de l'infection à VIH, variant de 35% à 80% selon les séries.

Elle peut être liée à une pathologie infectieuse ou tumorale consécutive à l'immunodépression induite par le VIH, ou à une atteinte spécifique directement liée au neurotropisme du virus.

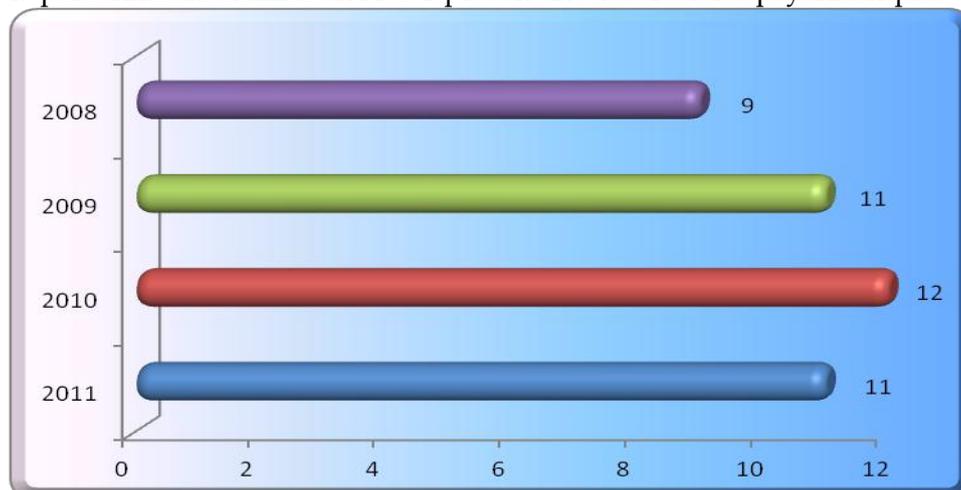
Le SNC pourrait en outre jouer un rôle de réservoir de l'infection à VIH.

Les déficits des fonctions cognitives peuvent exister en l'absence d'infections opportunistes, ce qui suggère l'implication de mécanismes immunitaires dans l'apparition de tels troubles.

Dans les jours et les semaines qui suivent la primo-infection par le VIH, le virus est présent au niveau du SNC, mais il ne se réplique ni dans les neurones ni dans les cellules gliales.

Les travaux du Pr. Thompson et de son équipe (« Proc Natl Acad Sci USA ») ont établi une cartographie en trois dimensions du cerveau chez des patients malades qui met en évidence un amincissement prononcé et sélectif de la substance grise dans les régions sensorielles, motrices, pré-motrices et visuelles. Pour les auteurs, cette cartographie permet de montrer l'impact du VIH sur le SNC et confirme la sensibilité du cerveau au virus même lorsqu'un TARV est suivi.

Nombre de personnes accueillies en A.C.T présentant des troubles psychiatriques :



a) Troubles psychiques les plus fréquemment décrits par les patients

Troubles cognitifs

Retrouvés chez 22 patients.

Ces troubles touchent à l'attention, la mémoire, ainsi qu'à la capacité d'exécution de tâches complexes.

Troubles du sommeil

Retrouvés chez 26 patients.

Ces troubles peuvent témoigner d'un état dépressif.

Ils peuvent être la conséquence d'un traitement médicamenteux.

Anxiété

Les troubles anxieux sont décrits par tous les patients.

Ils sont majorés par de mauvais résultats immuno-virologiques (charge virale élevée) et par l'ancienneté de la maladie.

Certains médicaments peuvent être un facteur aggravant.

Syndrome dépressif

Retrouvé chez 12 patients.

Les états dépressifs sont deux fois plus fréquents chez la personne atteinte par le VIH que dans la population générale.

Certains médicaments peuvent avoir une responsabilité propre sur la dégradation de l'humeur.

Difficultés sexuelles et affectives

La solitude affective est très fréquemment évoquée au cours des entretiens.

Elle est majorée par la précarité sociale et financière, la peur de contaminer, les éventuelles modifications corporelles, les traumatismes liés à la perte d'un partenaire ou d'un enfant, les suites d'une séparation.

b) Prise en charge

Dans le cas de l'infection à VIH, la prise en charge d'un patient présentant des troubles psychiques doit être pluridisciplinaire.

Quelque soient l'âge, le sexe, il existe des périodes de plus grande vulnérabilité de la personne séropositive, au cours desquelles sont majorés les risques de développement de troubles psychologiques ou psychotiques : la mise sous traitement antirétroviral, le changement de traitement, la survenue d'une pathologie associée, un échappement thérapeutique, l'apparition d'effets indésirables, la rencontre amoureuse, le deuil, sont autant de moments où l'attention et la présence des soignants doit être plus prégnante.

Le contrôle des comportements d'addiction est essentiel.

L'éducation à l'observance est une priorité. La dépression est en effet un facteur reconnu de non observance, de même que les troubles de mémoire, de l'attention, et les difficultés sociales.

A chaque temps de la prise en charge au sein des ACT, les actions d'aide doivent en permanence être réévaluées et adaptées.

L'utilité sociale des appartements de coordination thérapeutique vient du fait qu'ils offrent un hébergement de coordination ainsi qu'un soutien médico-socio-psychologique personnalisé à des personnes porteuses du virus du VIH et en situation de précarité.

Ce travail pluridisciplinaire a pour but de potentialiser une bonne observance aux traitements antirétroviraux ainsi qu'une prévention efficace.

1 – rôle du psychologue dans les appartements de coordination thérapeutique

L'observance et la prévention sont des notions très directement liées aux événements qui ponctuent la vie des personnes séropositives. Elles ne sont jamais définitivement acquises, ni établies, mais, au contraire, fluctuantes et tributaires des parcours de vie de ces personnes. Elles relèvent de la complexité des comportements perçus par nous - par manque d'informations - comme opaques et il est de ce fait parfois difficile pour une équipe de soignants de partir de « *là où en est la personne* », dans la mesure où des éléments d'autobiographie peuvent s'avérer pour nous manquants, parce que non dits par elle, donc non sus de nous.

A cet égard, beaucoup de mal-être diffus, de découragement, voire de dépression, et d'**évitement** à aborder l'observance et la prévention a été perçu, exprimé ou repéré. Ces troubles anxio-dépressifs se manifestent par une tristesse exprimée et/ou apparente, une tension intérieure, de la lassitude, de l'insomnie, une perte d'appétit, des difficultés de concentration, une perte de sentiment pour autrui, une incapacité à ressentir, du pessimisme, voire des idées suicidaires.

La prévention fait émerger une autre dimension : celle de la relation à l'autre dans la révélation ou non de la maladie. Cette relation à autrui dans l'intimité des corps suscite un cortège de peurs liées au rejet, à l'ostracisme, à la responsabilité, à la culpabilité. Un sentiment diffus d'anxiété se manifeste dans la sphère affectivo-sexuelle : difficultés à faire des rencontres amoureuses, perte de motivation sexuelle parfois en lien avec l'utilisation du préservatif.

Ce haut niveau d'anxiété émerge également lorsque les résidents abordent leur précarité sociale ; chômage, échec de réinsertion, insuffisance des ressources.

La séropositivité abîme fortement les rôles sociaux, qu'ils soient sexuels, familiaux ou professionnels.

Le suivi psychologique tend à aider le résident à continuer son développement personnel, à prendre soin de lui-même - au sens élargi du terme -, à favoriser l'émergence de liens entre facteurs émotionnels et traitements, court-circuitant le recours au passage à l'acte dans l'interruption des traitements antirétroviraux, la non-observance, le relaps.

Certains de nos résidents entretiennent une relation ambivalente à la thérapie ; c'est en termes de coût - bénéfice, pertes et profits, qu'ils oscillent dans l'observance, l'aide psychologique est donc là pour faciliter la mise en place de stratégies, face à des états émotionnels négatifs pouvant hypothéquer l'adhésion aux soins auxquelles il importe de donner corps.

La maladie confronte douloureusement la personne à des pertes successives, à de perpétuels renoncements. A ce moment précis, on est dans l'expression d'un désir impossible, on se trouve *de facto* dans la douleur. Or seul, un travail de restauration de l'estime de soi pour affronter les difficultés extérieures, désirer ce qui est possible, permet de faire face à la situation.

En n'abordant que les aspects médico-sociologiques, ne risque-t-on pas de réduire la personne à sa maladie ? C'est à cette question que la prise en charge psychologique tente de répondre en privilégiant **le questionnement plutôt que la réponse normative**.

La maladie est ainsi englobée dans une histoire singulière convoquant le sujet à ne pas disparaître derrière ses traitements, et pourtant devant prendre en compte la complexité des traitements antirétroviraux dont l'efficacité nécessite une forte adhésion de la part du sujet concerné.

Il y a un avant et un après la séropositivité, une rupture, le deuil d'une vie sans traitement libre et autonome. Après, le corps envahit, domine, gouverne, prend en otage la pensée, nous disent les résidents. C'est là la meilleure définition possible d'une maladie évolutive à pronostic incertain.

a) Entretiens d'accueil :

Notre point de départ consiste, par l'entretien de pré-admission, à établir une anamnèse dont le but est de connaître la personne, et préparer la relation d'aide.

Le psychologue essaie d'évaluer lors de ce premier entretien :

- les contre-indications majeures d'ordre psychologique à l'entrée dans les A.C.T. ;
- la possibilité pour la personne d'accepter pour elle-même un projet soutenu par l'équipe ;
- les questions liées à la future cohabitation ;
- envisager un travail psychologique.

Le premier entretien, celui de l'évaluation de la demande est multiaxial.

Il vise à appréhender dans quelle mesure le dispositif des appartements de coordination thérapeutique va soutenir une stabilisation de l'état de santé et/ou renforcer les connaissances de prévention et/ou étayer les démarches d'insertion sociale entreprises.

L'équipe ayant l'avantage d'être pluridisciplinaire, chacun dans la spécificité de son champ d'action, va approfondir la candidature et permettre aussi à la personne demandeuse de clarifier son projet, au sens large du terme, et de se rendre compte que la structure à laquelle elle fait appel n'est pas un service d'hôtellerie amélioré mais bien un tremplin vers une stabilisation de sa situation.

Cet entretien tente également de construire une anamnèse afin de faire connaissance et d'instaurer une relation de confiance et de soutien.

Il vise également l'évocation du projet qui pourra être soutenu par l'équipe pluridisciplinaire.

Le cadre de la prise en charge va s'adapter au cas par cas et se module en fonction des obstacles.

b) Les réunions d'équipe hebdomadaires :

L'approche clinique est étayée par l'ensemble des informations communiquées par l'équipe lors des réunions hebdomadaires. Elle porte sur les troubles du comportement, les états de souffrance, l'information, le conseil, la prévention, l'écoute des difficultés, la présence qui permet la réduction de l'anxiété.

Ces réunions sont un moment de partage, de repérage des entraves dans le processus du projet d'autonomisation initial.

Des bilans trimestriels sont prévus pour chaque hébergé, un point est fait autant sur ce qui a été réalisé que sur ce qu'il reste à faire en affinant l'orientation.

Les appartements de coordination thérapeutique dispensent un suivi que l'on peut qualifier de médico-psycho-social :

- les soins et l'observance - notions très directement liées aux événements qui ponctuent la vie des personnes séropositives ou atteintes d'une maladie grave à pronostic incertain ;
- la prévention qui fait émerger une autre dimension : celle de la relation à l'autre dans la révélation ou non de la maladie. Cette relation à autrui dans l'intimité des corps suscite un cortège

de peurs liées au rejet, à l'ostracisme, à la responsabilité, à la culpabilité. Un sentiment diffus d'anxiété se manifeste dans la sphère affectivo-sexuelle : difficulté à faire des rencontres amoureuses, perte de motivation sexuelle parfois en lien avec l'utilisation du préservatif ;

- l'insertion sociale, parfois après une longue période de précarité, de chômage, d'échecs d'insertion ou de réinsertion ;

-et enfin la recherche de logement.

Le soutien psychologique tend principalement à aider la personne à poursuivre son développement personnel, à s'autonomiser dans le rapport à soi-même au sens élargi du terme.

Les professionnels doivent donc toujours prendre en considération la spécificité de chaque intervention, sachant qu'il faut conjurer deux dangers : la généralisation des cas et donc la tendance de les traiter mécaniquement, ensuite la tentation, souvent plus facile, de se substituer à l'hébergé.

Il s'agit d'accompagner, non de protéger ; de décider *avec* et non *pour* la personne. La finalité est de faire accéder le sujet à sa citoyenneté pleinement assumée.

Ethique exigeante, qui est faite d'incertitudes et de tâtonnements, de mouvements progressifs - régressifs, de réflexions pour toute l'équipe (encadrement, médecin, assistante sociale et psychologue). L'objectif doit être double : susciter l'amélioration du travail en équipe et favoriser l'auto-questionnement de l'hébergé comme moyen de responsabilisation. D'où le dialogue, l'écoute, la gestion patiente du temps, l'empathie, la recherche d'adaptabilité, la présence enfin à l'autre, respectueuse mais rigoureuse. Tendre donc réellement vers un accompagnement qui ne soit ni subi ni imposé mais partagé et intériorisé comme une nécessité.

c) Le suivi psychologique :

Le soutien psychologique tend principalement à aider la personne à poursuivre son développement personnel, à s'autonomiser dans le rapport à soi-même au sens élargi du terme.

Les professionnels doivent donc toujours prendre en considération la spécificité de chaque intervention, sachant qu'il faut conjurer deux dangers : la généralisation des cas et donc la tendance de les traiter mécaniquement, ensuite la tentation, souvent plus facile, de se substituer à l'hébergé.

Il s'agit d'accompagner, non de protéger ; de décider *avec* et non *pour* la personne. La finalité est de faire accéder le sujet à sa citoyenneté pleinement assumée.

Ethique exigeante, qui est faite d'incertitudes et de tâtonnements, de mouvements progressifs - régressifs, de réflexions pour toute l'équipe (encadrant, médecin, travailleurs sociaux et psychologues). L'objectif doit être double : susciter l'amélioration du travail en équipe et favoriser l'auto-questionnement de l'hébergé comme moyen de responsabilisation. D'où le dialogue, l'écoute, la gestion patiente du temps, l'empathie, la recherche d'adaptabilité, la présence enfin à l'autre, respectueuse mais rigoureuse. Tendre donc réellement vers un accompagnement qui ne soit ni subi ni imposé mais partagé et intériorisé comme une nécessité.

Le soutien psychologique vise à :

- établir une relation de confiance et prodiguer une aide relationnelle individualisée ;
- proposer un soutien psychologique pour la continuité ou la reprise des soins,
- recueillir la demande là où elle s'exprime,
- soutenir et renforcer le moi,
- susciter une élaboration autour d'un vécu traumatique lié à l'annonce de la contamination,
- préparer psychologiquement à la sortie du dispositif (séparation).

Les multi-vulnérabilités de nos résidents nous confrontent à des problématiques complexes, se situant sur un continuum (souffrance psychologique, troubles psychiatriques avérés). Ces

souffrances peuvent se révéler par une absence de projets de vie, une crainte de la solitude, des difficultés d'autonomie, une inexistence de liens affectifs, une précarité sociale, des situations familiales perturbées ou conflictuelles, une logique d'assistanat, un choc culturel (pour les personnes d'origine africaine soumises à un processus d'acculturation).

Au niveau initial de l'hébergement, nous nous en tenons à l'analyse des schémas comportementaux et relationnels en situation, ce qui a pour effet parfois de faire émerger une prise en charge psychothérapique. Le résident aborde alors la question du « pourquoi » de sa situation présente et conçoit quelle sorte de lien il lui reste à établir entre causes et conséquences.

Le but d'une relation d'aide psychologique est d'amener à la surface du conscient, des pensées, des attitudes, des sentiments, des émotions qui sont au centre de conflits de la personne. Il s'agit d'investir les processus mentaux encore présents pour, si possible, s'autoriser des incursions dans les conflits psychiques... en vue d'opérer des modifications dans la relation complexe de la personne à elle-même, aux autres, à l'environnement.

Dans un premier temps, notre visée n'est pas d'instaurer une neutralité bienveillante, mais bien un échange attentif qui aboutit parfois sur un travail psychothérapeutique.

D'où la nécessité et l'importance de replacer l'utilisateur au centre de cette relation d'aide et d'être capable d'être au plus près de sa demande : *être celui qui fait voir et pas celui qui montre.*

On ne peut réduire l'extrême richesse du travail en appartements de coordination thérapeutique à des conclusions formelles ou même seulement psychologiques. Notre expérience confirme l'importance fondamentale de l'approche pluridisciplinaire pour la vigilance de l'observance et de la prévention dans des trajectoires de vie. Là où le médecin ne peut assumer la prise en charge du résident, le référent social suppléera, la psychologue étayera, et vis versa.

Nous avons affaire à des personnes en situation de marginalité extrême, placées en quelque sorte dans des états limites, et qui par elles-mêmes, au moment de leur entrée sur les ACT, ne peuvent affronter ni douleur ni contraintes sociétales qui accompagnent leur pathologie.

A chaque fois, il nous faut aller au-delà de la maladie elle-même pour trouver le sujet, l'aider à élaborer des perspectives positives sur lui-même, l'accompagner dans le champ de sa réalité quotidienne pour accéder à un horizon de vie ouvert. Il s'agit d'une prise en charge totale de personnes en général démunies de tout, qui implique une double médiation : celle de l'interdisciplinarité et celle de la relation particulière au résident.

Telle est la situation, nullement aisée à assumer, mais nécessairement indispensable au travail en appartements de coordination thérapeutique.

2 – partenariat

Cette liaison est indispensable dès lors qu'il s'agit d'assurer la cohérence de l'accompagnement. De nombreuses prises de contacts sont nécessaires avec les différents partenaires impliqués auprès de la personne hébergées afin de favoriser la cohérence dans le travail d'autonomisation. C'est en fonction de la lecture des uns et des autres que ce processus peut s'élaborer avec le plus de pertinence. Et c'est pourquoi la relation clinique souligne toujours la dynamique évolutive de chaque personne, laquelle apparaît souvent riche de potentialités et forte de ressources étonnantes.

Les situations de crise peuvent être d'autant mieux débloquées lorsqu'il y a partenariat car les différents intervenants analysent, échangent au plus près de la situation. Ils partagent, par ailleurs, les contraintes liées aux limites inscrites de fait dans la pratique institutionnelle.

1 – EVALUATION INTERNE

La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale a introduit le double principe d’évaluation interne et externe de la qualité des prestations.

En 2010, avec le soutien d’un intervenant extérieur porteur de la méthode à suivre, l’association Maavar a pu réaliser cette première démarche d’évaluation interne.

Afin qu’elle s’inscrive dans une dynamique participative, un groupe de pilotage (composé d’au moins un représentant de chaque poste par service) a été constitué.

Toutes les catégories de personnel ont donc été mobilisées et ont contribué à l’élaboration de ce travail institutionnel et associatif.

Un référentiel, structuré en 20 thématiques prescrites par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 et à la recommandation des bonnes pratiques de l’ANESM sur la conduite de l’évaluation interne, a été établi.

Ce référentiel a été élaboré à partir de textes réglementaires, des recommandations de la DGAS et de l’ANESM, et des référentiels CHRS+ et FNHVIH.

Le groupe de pilotage, lors de divers regroupements, a travaillé sur chaque critère afin de leur attribuer une cotation et une appréciation.

Ainsi au terme d’une démarche qui a duré 18 mois, l’association Maavar conclut sa première évaluation interne. Conformément aux orientations déterminées par l’établissement lors du lancement de ce chantier, le dispositif a pu mobiliser l’ensemble des salariés lors des différentes phases allant des groupes de travail initiaux à la constitution du comité de pilotage et de la création d’un référentiel au rapport final.

Un rapport d’évaluation interne qui identifie les points forts et les points d’amélioration de l’établissement et propose un plan d’amélioration qui liste les actions correctives à apporter, les responsables de leur mise en œuvre et les dates de réalisation.

2 – EVALUATION EXTERNE

La démarche d’évaluation interne réalisée, nous avons prévu la réalisation de l’évaluation externe courant 2011.

Plusieurs organismes habilités par l’ANESM ont été sollicités en vue de conduire l’évaluation externe.

Cette évaluation s’effectuera selon les modalités définies dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 qui fixe le contenu du cahier des charges pour l’évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

A cet effet, nous avons fait une demande de crédits non reconductibles qui a été acceptée, l’évaluation externe débutera donc au courant de l’année 2011.

IX - CONCLUSION :

Depuis l'ouverture du service d'appartements de coordination thérapeutique, nous avons essayé d'organiser notre travail, nos actions aussi rationnellement que possible en cherchant à répondre et à privilégier les besoins des personnes accueillies.

Les efforts déployés permettent au fil des années :

- De mettre en place une action médico-psycho-socio-éducative la plus ouverte et la plus proche des personnes malades que nous accueillons.
- D'engager et développer des relations individuelles de qualité qui conduisent les personnes accueillies à progresser, à évoluer, et à rompre le processus de précarité dans lequel certains étaient engagés depuis longtemps.
- De stimuler les personnes angoissées, découragées qui n'avaient jusqu'alors pas trouvé les soutiens nécessaires pour formuler un projet de vie.

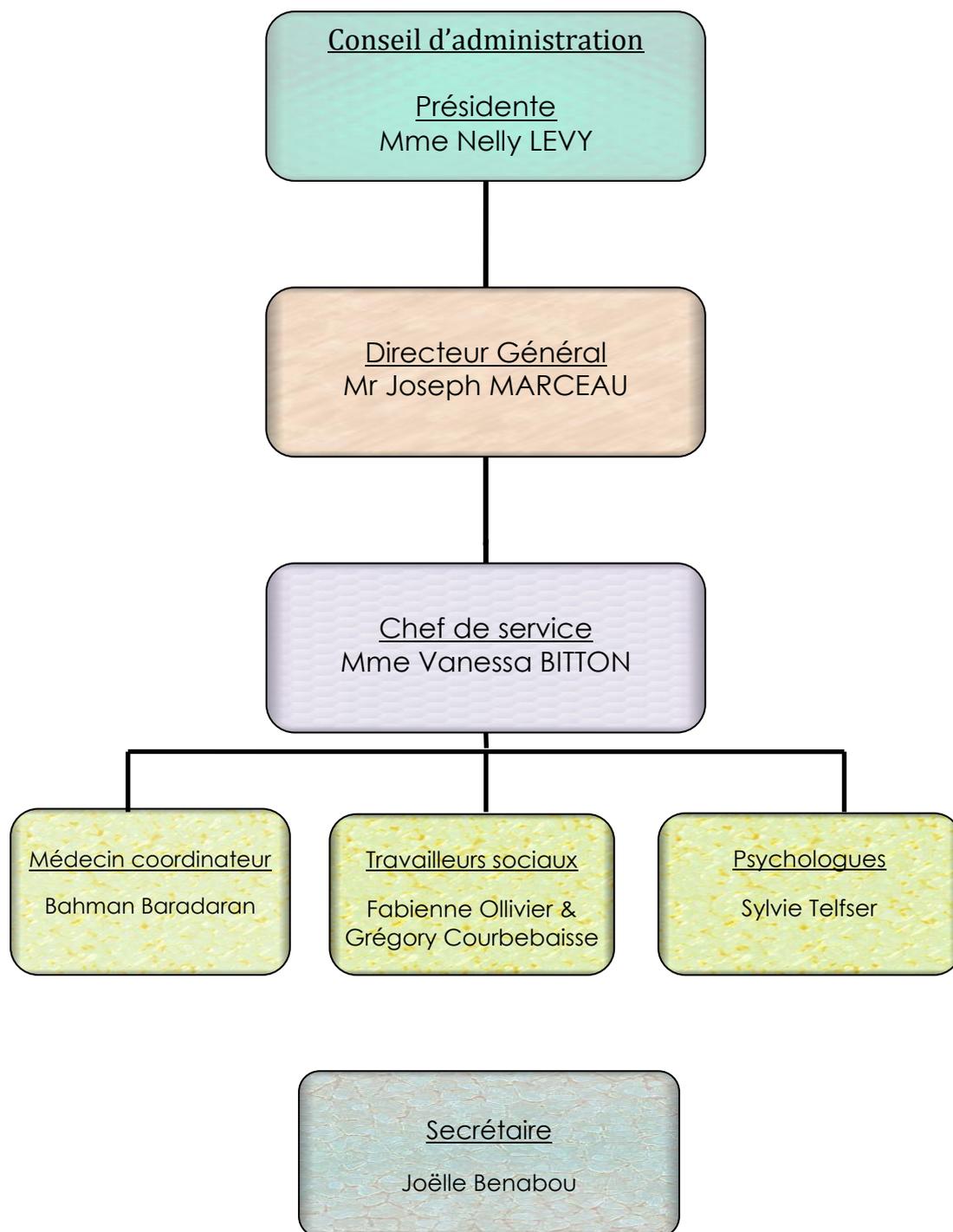
Depuis 2001, nous avons pu constater une évolution notable des modalités de prise en charge qui se traduit notamment par le passage d'un travail centré autour d'une mise à l'abri vers la mise en œuvre et le développement de projets individuels plus durables.

L'hébergement étant fixé pour une durée de six mois à un an, ce rapport d'activité est entièrement satisfaisant par rapport au projet de départ mis en place, il ressort que l'évaluation de sortie se précise de plus en plus et le taux de sorties vers l'autonomie augmente tous les ans.

Néanmoins, les projets nous prouvent au jour le jour l'utilité du service des A.C.T sur le département de la Seine-Saint-Denis.

ANNEXES

ORGANIGRAMME DU SERVICE ACT 93 :



Règlement des Appartements
de Coordination Thérapeutique

1. Tout acte de violence physique et verbale à l'encontre d'un résident ou d'un membre de l'équipe implique le renvoi des A.C.T.
2. Le commerce et l'utilisation de toxiques prohibés par la loi sont interdits. La consommation d'alcool est interdite.
3. Il est interdit d'héberger pour la nuit toute personne extérieure, sauf accord préalable de l'équipe.
4. L'affichage des numéros d'urgence est obligatoire dans chaque appartement et sur chaque porte d'entrée. Une fois ce document affiché, il est strictement interdit de l'arracher.
5. Toute absence du résident de plus de 48 heures doit être signalée au travailleur social référent.
6. Il est strictement interdit de cuisiner dans les chambres.
7. L'accueil d'animaux domestiques dans l'appartement est interdit.
8. Le résident doit veiller à ne pas gêner le voisinage et doit respecter le règlement de l'immeuble.
9. Un état des lieux de la chambre est effectué à l'entrée sur l'appartement. En cas de dégâts occasionnés, l'association se réserve le droit d'utiliser la caution.
10. Le résident sera tenu pour responsable de toutes dégradations volontaires et autres préjudices survenant à l'intérieur de l'appartement.
11. Aucun travaux, au sein des logements, ne doivent être entrepris sur initiative du résident.
12. Les clés de l'appartement qui sont remises sont sous la responsabilité du résident, en cas de perte ou de vol, le résident sera tenu de les remplacer.
13. Les médicaments ne doivent, en aucun cas, faire l'objet d'échanges ou d'un quelconque commerce. Lors d'un changement de prescription médicale, les médicaments inutilisés ou périmés devront être remis au médecin de l'association.
14. L'entretien quotidien du logement est à la charge du résident qui est prié d'observer les règles d'hygiène élémentaires. L'achat des produits ménagers est à la charge du résident. Les chambres doivent être propres et rangées.
15. Les lieux communs doivent être maintenus propres après chaque utilisation (toilettes, salle de bains, cuisine). Dans les cohabitations, toutes les affaires personnelles ne peuvent être utilisées sans accord préalable du résident concerné.
16. Il est interdit de pénétrer (y compris en son absence) dans la chambre du co-résident sans son autorisation.
17. Tout résident doit se plier aux règles édictées par l'association concernant l'élimination des déchets et du matériel médical utilisé.
18. Les résidents doivent porter une tenue décente dans les lieux communs, ceci dans un souci de convivialité.
19. Sauf accord des co-résidents, fumer dans les parties communes n'est pas autorisé.
20. Tout résident s'engage à rencontrer l'équipe au moins une fois par semaine.
21. Les cohabitations et lieux d'hébergements peuvent être modifiés à tout moment sur une décision d'équipe.
22. L'hébergé a l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile tout au long de son hébergement.

Signature obligatoire :
L'équipe des ACT 93 :

CONTRAT DE SEJOUR

SIEGE SOCIAL :
202, Boulevard Voltaire - 75011 PARIS

 01 43 48 63 57

 01 43 48 51 81

CONTRAT DE SEJOUR

SERVICE A.C.T 93

Le présent contrat est établi conformément aux lois et textes réglementaires en vigueur¹. Il tend à fixer les droits et obligations des usagers des A.C.T, le respect des règles de vie en collectivité et des objectifs de réinsertion sociale définis ensemble par l'équipe éducative du Centre et l'hébergé, en conformité avec le Règlement de fonctionnement du SERVICE A.C.T 93 ci-après annexé.

Le présent contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'Association MAAVAR, dont le siège social est au

202, Boulevard Voltaire – 75011 PARIS

Et, d'autre part, l'hébergé,

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Né(e) le, à

De nationalité

Il est conclu ce qui suit :

¹ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ; Décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 pris en application de la loi relative à la lutte contre les exclusions ; Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant modification de nombreuses dispositions du Code de l'action sociale et des familles. Si ces textes législatifs et réglementaires venaient à être modifiés ultérieurement, un nouveau contrat de séjour pourra intervenir pour tenir compte des modifications apportées.

● **ARTICLE 1 : OBJET**

Le présent contrat a pour objet d'établir les relations entre l'hébergé et le SERVICE A.C.T 93, géré par l'Association MAAVAR.

● **ARTICLE 2 : LIEU D'HEBERGEMENT**

L'hébergement a lieu dans une chambre ou studio à l'adresse suivante :

.....

● **ARTICLE 3 : DUREE DE L'HEBERGEMENT**

La première durée de l'hébergement est de trois mois à compter du

Cette première période pourra éventuellement être renouvelée. Ce renouvellement est laissé à l'appréciation de l'équipe du SERVICE A.C.T 93 et de son responsable après évaluation de la situation globale de l'hébergé au regard des objectifs de réinsertion sociale acceptés par ce dernier lors de son admission. Cependant le temps d'hébergement maximum est de 12 mois.

● **ARTICLE 4 : PROLONGATION DE L'ADMISSION**

Si elle l'estime nécessaire et en accord avec l'hébergé, l'équipe éducative du SERVICE A.C.T 93 peut demander que l'admission soit prolongée pour une période de six mois.

La période d'hébergement ne peut en aucun cas dépasser la période de dix-huit mois.

Par principe, l'hébergement est proposé de manière temporaire. Il est donc limité dans le temps. Il n'en constitue qu'un moyen qui doit être complété par les rencontres avec l'équipe sociale, et les démarches que l'hébergé s'engage à accomplir pour sa réinsertion sociale.

L'Association MAAVAR s'engage à fournir à l'hébergé toute l'aide sociale et administrative nécessaire à la bonne réalisation de son projet de réinsertion.

● **ARTICLE 5 : CONDITIONS DE L'HEBERGEMENT**

Madame, Monsieur, disposera d'une chambre/studio meublé.

Il ou (Elle) aura avec accès aux parties communes de l'établissement (salle à manger, balcon, cuisine, salle de bains...).

Aucune transformation n'est admise dans cette chambre/appartement sans l'accord express du responsable de service.

Madame, Monsieur devra se conformer aux règles de fonctionnement du SERVICE A.C.T 93 contenues dans le règlement de l'établissement annexé au présent contrat.

L'association reste en possession d'un double des clés et se réserve le droit d'intervenir à tout moment dans les appartements (lieux communs et chambres individuelles).

Il ou (Elle) s'engage notamment à ne pas dégrader les locaux, les matériels du SERVICE A.C.T 93, les mobiliers mis à sa disposition dont une liste est établie dans l'état des lieux ci-après annexé, et à ne pas perturber la tranquillité des voisins.

● **ARTICLE 6 : AUTRES PRESTATIONS**

L'hébergé recevra pendant le temps de son hébergement les prestations suivantes :

- Colis alimentaires
- Vestiaire
- bibliothèque
- Suivi social
- Aide et Conseils dans les domaines du logement, de l'emploi, de la santé...
- Soutien psychologique
- Suivi médical

● **ARTICLE 7 : PARTICIPATION FINANCIERE**

Une participation financière mensuelle aux frais d'hébergement et d'entretien, à hauteur de 10 % du forfait journalier hospitalier (soit 1.80€/jour) doit être versée à l'Association MAAVAR Service A.C.T 93.

A l'admission, cette participation financière sera calculée au *pro rata* du nombre de jours entre le début de l'admission et la fin du mois. Pour les mois suivants, la participation financière sera mensuelle.

La participation financière est obligatoire. Elle devra être versée dès l'admission de l'hébergé. Son paiement mensuel devra impérativement intervenir entre le 1^{er} et le 9 du mois en cours. Un reçu vous sera remis à chaque paiement.

Cette participation n'ouvre pas droit à l'APL (Aide personnalisée au logement).

Le non paiement de cette participation, après une mise en demeure restée infructueuse, entraînera automatiquement la fin de la prise en charge et le renvoi de l'hébergé.

Cette participation n'est jamais constitutive d'un quelconque droit au maintien dans les lieux, même provisoirement. Il pourra être mis fin à l'hébergement par le responsable du Centre en cas de non respect du règlement ou à la date de fin du contrat.

● **ARTICLE 8 : DEPOT DE GARANTIE**

L'hébergé est tenu de verser une somme de120.00.... Euros, à titre de dépôt de garantie de l'état du matériel et du mobilier de l'appartement ou chambre, de la valeur des clés.

Cette somme sera restituée à l'hébergé à la fin de l'hébergement et après constatation des lieux, si aucune dégradation, aucune disparition n'a été constatée.

● **ARTICLE 9 : OBLIGATIONS DE L'HEBERGE**

Outre les obligations particulières mises à la charge de l'hébergé par le règlement, l'hébergé est tenu de respecter les obligations suivantes :

- User paisiblement de l'appartement/chambre mis à la disposition de l'hébergé suivant la destination initiale
- Répondre des dégradations et pertes survenues durant la durée de l'hébergement dans l'appartement dont l'hébergé a la jouissance
- Informer immédiatement le responsable du Centre de tout sinistre ou dégradations se produisant dans l'appartement
- Ne pas inviter des personnes étrangères non prévues au contrat sans autorisation, les membres de la famille pourront être invités durant la journée et ce sans autorisation.
- Ne pas les inviter *a fortiori*, à passer la nuit dans l'appartement/chambre.
- En faire un usage exclusif et personnel des clés et du code d'entrée dans la propriété (en cas d'oubli ou perte des clés, un double sera remis par l'Association, mais les frais seront supportés par l'hébergé)

- Ne pas faire entrer dans la propriété des animaux même familiers (leur présence pourra entraîner la rupture du présent contrat et le renvoi de l'hébergé)
- Prévenir l'équipe associative ou le responsable du Centre en cas d'absence
- Prendre en charge l'entretien courant de l'appartement/chambre (celui/celle-ci doit être accessible à l'équipe associative et aux intervenants pour travaux éventuels. Une visite mensuelle de l'appartement s'effectuera par un éducateur afin de vérifier l'état des lieux)
- Se conformer aux règles de sécurité. L'utilisation de gaz est strictement interdite dans les appartements
- Répondre des actes des enfants dont ils ont la garde
- Respecter ses rendez-vous avec le médecin coordinateur, le référent social et le psychologue.

● **ARTICLE 10 : FIN DE LA PRISE EN CHARGE, RENVOI, ET RESILIATION DU PRESENT CONTRAT**

La fin de la prise en charge peut intervenir dans les situations suivantes :

- d'un commun accord entre l'hébergé et le chef de service
- à l'arrivée du terme de l'hébergement, et la personne ayant acquis une autonomie suffisante pour évoluer sans aide éducative
- l'hébergé peut faire l'objet d'un renvoi pour non respect des engagements de son contrat ou des règles de vie en collectivité, ou encore en cas de désaccord sur les objectifs de réinsertion
- en cas d'admission de l'hébergé dans un établissement spécialisé
- en cas d'hospitalisation, incarcération, d'accident, la place en A.C.T ne sera pas conservée si ces évènements se prolongent dans le temps, sur décision du chef de service

Dans le cas où le départ est demandé par l'hébergé lui-même, ce dernier s'engage à respecter un délai congé de quinze jours. A défaut, la participation sera due pour le mois entier.

● **ARTICLE 11 : ETAT DES LIEUX**

Un état des lieux est établi lors de la remise des clés à l'hébergé, et lors de la restitution de celles-ci.

Le document est signé par les deux parties.

L'hébergé devra restituer l'appartement propre et rangé le jour de l'état des lieux de sortie, ou il sera retenu sur la caution une somme afférente au nombre d'heures de ménage à effectuer.

● **ARTICLE 12 : PIECES ANNEXEES AU PRESENT CONTRAT**

- Etat des lieux d'entrée
- Le règlement des A.C.T 93

Fait en deux exemplaires, à Montreuil, le

Madame, Monsieur,
Hébergé(e, s) ou son représentant

L'équipe éducative
de l'Association MAAVAR

La signature du présent contrat est obligatoire et implique l'adhésion à son contenu.

Ceci n'est pas un contrat de location mais une autorisation d'hébergement dans le cadre des activités de l'association « Maavar ». Cet hébergement peut être interrompu à tout moment pour non-respect du règlement.