



# ARCAT

*Rapport d'activité 2014*

26/06/2015

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
EXPERTISE, PLAIDOYER, FORMATION ET COMMUNICATION.....	9
<b>I. LE PÔLE SANTE RESSOURCES, CŒUR DE L'EXPERTISE D'ARCAT</b>	<b>9</b>
1. L'intervention d'Arcat lors de congrès et conférences scientifiques.....	10
2. La contribution d'Arcat aux Rapports d'experts .....	12
<b>II. LE PLAIDOYER ET L'ENGAGEMENT DANS LES COLLECTIFS INTER-ASSOCIATIFS</b>	<b>13</b>
1. L'engagement dans les collectifs TRT-5 et CHV .....	13
2. L'engagement pour le droit à la santé des étrangers .....	22
<b>III. LES ACTIONS DE FORMATION</b>	<b>24</b>
1. Formations réalisées en 2014 .....	24
2. Bilan et perspectives .....	27
<b>IV. LES TEMPS FORTS DE MOBILISATION</b>	<b>29</b>
1. Les braderies Arcat « Les créateurs ont du cœur ».....	29
2. L'opération « Sets de table » du 1 <sup>er</sup> décembre .....	30
PRISE EN CHARGE GLOBALE ET ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE.....	32
<b>I. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH VUE D'ARCAT</b>	<b>33</b>
<b>II. DESCRIPTION DU PUBLIC ACCOMPAGNE EN 2014</b>	<b>37</b>
<b>III. L'ACCUEIL, UNE FONCTION ESSENTIELLE</b>	<b>40</b>
<b>IV. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DU POINT S</b>	<b>43</b>
1. Des situations de précarité socio-économique aiguë.....	43
2. L'enjeu central de l'hébergement et du logement.....	46
3. L'accès aux soins et aux droits sociaux .....	47
4. Les aides financières et alimentaires, outil indispensable.....	49
5. L'insertion sociale et professionnelle .....	50
6. L'accompagnement juridique .....	51
<b>V. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DU SAVS</b>	<b>58</b>

1. L'accompagnement social .....	58
2. Le soutien psychologique .....	63
3. L'accompagnement juridique .....	66
4. L'accompagnement vers l'insertion professionnelle.....	69
5. L'accompagnement à la vie sociale .....	71
<b>L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTE : CONSEIL MEDICAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP).....</b>	<b>81</b>
<b>I. CONSEIL MEDICAL 81</b>	
1. Les occasions et raisons de solliciter le conseil médical .....	81
2. Les objectifs de la consultation de conseil médical .....	82
3. Contenu et déroulé des consultations .....	86
4. Données d'activité 2014.....	87
5. Analyse des principaux thèmes abordés en 2014.....	88
<b>II. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) 93</b>	
1. Présentation du programme « Education thérapeutique du patient (ETP) » d'Arcat .....	93
2. Mise en place et déroulement en 2014 .....	96
3. Analyse du profil des personnes suivies.....	98
4. Sens de l'ETP à Arcat et compétences travaillées en individuel .....	101
5. Perspectives 2015 .....	103
<b>L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP .....</b>	<b>104</b>
<b>I. PRESENTATION DES PRESTATIONS D'ARCAT 104</b>	
<b>II. ANALYSE DES PRESTATIONS REALISEES EN 2014 107</b>	
1. En 2014, un partenariat renforcé avec les prescripteurs.....	107
2. Profils des bénéficiaires : éléments notables.....	108
3. Difficultés rencontrées par les bénéficiaires .....	110
<b>LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE .....</b>	<b>114</b>
<b>I. PREVENTION ET ACCES AUX SOINS AUPRES DES MIGRANTS HISPANOPHONES 114</b>	
1. Eléments de contexte épidémiologique et données de littérature .....	114
2. Objectifs du programme.....	116
3. Le Pasaje latino .....	117
4. Les Tournées dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye (78).....	124

5. Les autres actions en milieu latino-américain.....	125
6. Principales observations issues des actions de terrain.....	126
7. Partenariats et projets autour du programme .....	128
<b>II. PREVENTION ET MEDIATION EN SANTE DANS LA COMMUNAUTE ASIATIQUE</b>	<b>130</b>
1. Eléments de contexte épidémiologique et données de littérature .....	130
2. Objectifs du programme.....	133
3. Profil des personnes soutenues en 2014.....	134
4. Détail de l'activité 2014 par site d'intervention .....	137
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>147</b>

## INTRODUCTION

L'ambition de l'association ARCAT est de promouvoir la santé des publics défavorisés en France, de lutter contre l'épidémie d'infection à VIH et de lutter contre les discriminations associées à la maladie et au handicap. Au cours de l'année 2014, l'équipe d'ARCAT a une nouvelle fois démontré sa capacité d'innovation, de créativité et d'adaptation aux enjeux sans cesse évolutifs de ces combats, comme aux besoins des populations concernées.

Dans un contexte épidémiologique qui demeure préoccupant, la communauté d'experts de la lutte contre le VIH et les pathologies associées s'accorde sur une stratégie qui associe :

- Une approche populationnelle fondée sur la notion de « populations clés » ou prioritaires (hommes homosexuels, migrants, personnes qui se prostituent...) ;
- La prévention positive et « combinée », associant dans un continuum information, stratégies d'aller-vers, approches communautaires et médicalisées de promotion de la santé sexuelle, avec pour objectif prioritaire le dépistage et le traitement le plus précoce possible du VIH et des IST ;
- La prise en charge globale médico-psycho-sociale pour un succès thérapeutique individuel et pour réduire la charge virale communautaire ;
- Une réflexion émergente en termes de parcours de soins hôpital / ambulatoire, notamment pour les patients dits complexes (vieillesse, comorbidités, pluripathologies), avec un intérêt croissant pour les programmes innovants d'éducation thérapeutique du patient ;
- La nécessité de continuer à lutter contre les discriminations qui font le lit des épidémies, notamment en matière d'accès à l'emploi.

Le présent rapport d'activité 2014 témoigne du positionnement pertinent d'ARCAT sur l'ensemble de ces fronts, à travers ses cinq grandes missions : informer et former, prévenir les risques et dépister, accompagner vers une meilleure qualité de vie, défendre les droits des personnes atteintes et favoriser l'innovation sociale.

### » Informer et former

Editeur pendant 25 ans du *Journal du sida* (publication francophone de référence, en cours de transition vers une version web suite à l'arrêt de l'édition papier), Arcat participe à la diffusion d'informations rigoureuses et documentées sur la prise en charge du VIH / hépatites et pathologies associées et sur le cadre réglementaire de l'accès aux soins et aux droits par :

- La gestion d'un Centre de formation professionnelle continue, **agréé DPC en 2014** ;
- L'édition et la diffusion de brochures et documents spécialisés, notamment pour les communautés migrantes hispanophones et sinophones (documents bilingues édités avec le soutien de l'INPES) ;
- Des actions de sensibilisation telles que l'opération « set de table » pour le 1er décembre, journée mondiale de lutte contre le sida.

## ➤ Prévenir les prises de risques et dépister

ARCAT mène des actions de prévention de proximité auprès des communautés asiatiques et hispanophones en Ile de France :

- Le Pasaje Latino est depuis 2002 un lieu d'accueil unique pour les personnes latino-américaines, principalement transgenres et/ou exerçant le travail sexuel : avec une équipe mixte composée d'éducateurs pairs et de professionnels médico-sociaux, tous bilingues français/espagnol, il offre un espace de répit, d'accès gratuit aux moyens de prévention et d'aide dans les démarches en lien avec la santé à des publics particulièrement exposés aux vulnérabilités et aux inégalités sociales de santé (domiciliation administrative, démarches d'accès à une couverture sociale, accompagnements vers le dépistage et les soins...). **Depuis septembre 2014**, il est l'un des sites d'investigation de l'étude ANRS SHS154 CUBE (investigateur principal : Pr Gilles Pialoux / APHP-Hôp Tenon ; promoteur : ANRS).
- Arcat propose depuis 2000 aux personnes originaires d'Asie du Sud Est et aux acteurs de santé du territoire francilien les services d'une médiatrice de santé professionnelle, infirmière de formation et parlant couramment le mandarin et autres langues / dialectes, dans une approche interculturelle de la santé. Depuis octobre 2014, elle assure en outre une permanence à destination des prostituées chinoises au nord de Paris, en partenariat avec le Lotus Bus de Médecins du Monde.

## ➤ Accompagner vers une meilleure qualité de vie

ARCAT est un acteur majeur de la prise en charge globale médico-psycho-sociale pour les personnes vivant avec des pathologies chroniques évolutives (en particulier VIH / hépatites virales mais pas exclusivement) en Ile-de-France. Ses actions de déclinent en :

- Un dispositif d'accueil et d'orientation « bas seuil » pour les PVVIH/Hépatites en situation de grande exclusion, appelé le [Point Solidarité](#), et fondé sur une offre d'accompagnement social dans les démarches d'ouverture des droits, de domiciliation administrative, de mise à l'abri dans les cas d'urgence (11 places d'hébergement d'urgence) et d'aide en nature (vestiaire gratuit, aide alimentaire en tickets services).
- Une permanence juridique spécialisée en droit des étrangers et droits liés à la santé / au handicap.
- Un [service d'accompagnement à la vie sociale](#) (SAVS ARCAT) agréé par le Département de Paris pour 90 places, et qui propose un accompagnement global visant le maintien en milieu ordinaire et le renforcement de l'autonomie de personnes seules, résidant à Paris, et souffrant d'une pathologie chronique invalidante
- Une offre de [prestations d'insertion professionnelle](#), dans le cadre d'un conventionnement avec l'AGEFIPH en Ile de France, à destination des personnes touchées par une pathologie chronique évolutive (VIH, Hépatite, Cancer, Sclérose en plaque...) bénéficiant d'une reconnaissance de leur handicap et orienté par le Cap emploi ou Pôle emploi.
- Une consultation de conseil médical et un programme d'éducation thérapeutique du patient et de soutien à l'observance, avec une consultation de conseil médical et une consultation ETP dans les locaux associatifs ou au domicile assurée par une pharmacienne formée à l'ETP.

## ➤ **Défendre les droits des personnes atteintes et favoriser l'innovation sociale**

ARCAT est membre fondateur des collectifs TRT-5 et Collectif Hépatites Virales et de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, dans lesquels elle est toujours active.

Elle siège dans plusieurs instances de la démocratie sanitaire, dans des actions coordonnées de l'ANRS ou des groupes de travail HAS / ANSM, est régulièrement auditionnée par les instances sanitaires (DGS, Conseil national du sida...) et fait partie du comité de rédaction des Rapports d'experts sur la prise en charge du VIH et des hépatites virales (rapports du Pr Morlat et du Pr Dhumeaux).

ARCAT est engagée dans des projets de recherche en socio-épidémiologie et plus largement en sciences humaines et sociales de haut niveau financés par l'ANRS et le Conseil régional d'Ile de France.

Enfin, ARCAT contribue à l'innovation en santé publique sur son territoire, à travers des programmes comme le Pasaje latino ou le Checkpoint (centre de dépistage rapide pour les gays / HSH du Kiosque Infos sida) dont elle est partenaire.

## EXPERTISE, PLAIDOYER, FORMATION ET COMMUNICATION

### I. LE PÔLE SANTE RESSOURCES, CŒUR DE L'EXPERTISE D'ARCAT

Le maintien et la diffusion d'une expertise de haut niveau sur les enjeux socio-sanitaires de l'épidémie d'infection à VIH est la mission historique première d'Arcat, Association pour la recherche, la communication et l'accès aux traitements. Depuis 2012, l'ensemble des activités relatives à cette mission princeps est réuni au sein du Pôle Santé Ressources (PSR), qui se définit comme un centre d'expertise et de soutien sur les questions thérapeutiques pour les autres pôles de l'association, mais aussi pour des structures partenaires.

Le PSR repose sur les compétences complémentaires de quatre professionnelles :

- La coordinatrice du PSR, par ailleurs en charge du programme « Education thérapeutique du patient (ETP) » développé par ARCAT à compter de fin 2013.
- Le médecin d'Arcat, qui y contribue à hauteur de 5% de son temps de travail.
- La référente formation, revenue en juin 2014 d'une formation d'une durée de 9 mois, intitulée « *Licence en gestion des ressources humaines spécialité « Formation de formateur* »,
- La chargée de mission santé, représentante d'ARCAT au sein des collectifs inter-associatifs TRT-5 et CHV.

En 2014, les principales missions du PSR ont été :

- le plaidoyer pour la prise en compte des besoins médicaux, thérapeutiques et de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et / ou avec une hépatite virale chronique B ou C ;
- les formations et sensibilisations des professionnels des établissements médico-sociaux aux spécificités de l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH et/ ou avec une hépatite virale, à la prise en compte de la dimension de santé sexuelle. Certaines interventions ont aussi été menées en direction des usagers de ces structures ;
- le développement d'un programme en éducation thérapeutique du patient (ETP), conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), à destination des personnes accompagnées par ARCAT et des structures partenaires, i.e. vivant avec le VIH et confrontées à des précarités multiples (isolement, difficultés de logement, insuffisance des revenus, etc.). Cette action est décrite dans la partie « Accompagnement

en santé : conseil médical et éducation thérapeutique du patient » en pages 81-103 du présent rapport ;

- le soutien au quotidien aux autres pôles d'ARCAT ou aux associations partenaires.

Quelques exemples :

- le PSR a élaboré l'intégralité des tableaux de suivi de l'activité du pôle prévention, et a suivi l'appropriation de ces nouveaux outils par les salariés concernés,
- le PSR conseille et soutient l'équipe du LHSS Maubeuge dans la sensibilisation de ces usagers à la santé sexuelle,
- le PSR accompagne la chargée de mission en prévention asiatique dans la valorisation de ses interventions,
- la participation à la création du set de table à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre.

## **1. L'intervention d'Arcat lors de congrès et conférences scientifiques**

En 2014, l'équipe d'Arcat est ainsi intervenue lors des conférences, colloques et séminaires scientifiques suivants :

- Colloque HEPICURE Ile de France, Paris, 12 février,
- Journée nationale de lutte contre les hépatites (remise Rapport Dhumeaux), Paris, DGS, le 19 mai,
- Journée d'échanges « Qualité de vie, qualité des soins » – 5 juin 2014, Sidaction : « Les parcours thématiques, une offre d'ETP en ambulatoire axée sur la qualité de vie à destination des personnes migrantes, précaires, atteintes par le VIH » (Corinne Taéron, coordinatrice PSR).
- 6<sup>ème</sup> Convention nationale de lutte contre le sida organisée par Sidaction – 6 juin 2014, Hôtel de Ville de Paris : « Quels modèles de prise en charge globale pour le maintien dans le soin ? Présentation d'un modèle associatif de prise en charge globale en France : le Point S et le SAVS d'Arcat » (Elodie Sanjeevi, conseillère juridique).
- Journée annuelle du TRT-5, Paris, DGS, 16 juin,
- Réunion plénière du COREVIH IDF Centre – 26 juin 2014, Hôpital Pitié Salpêtrière : « Arcat : un modèle associatif de prise en charge globale » (Gregory Lagrange, chef de service) et « Les parcours thématiques : une offre d'ETP ambulatoire axée sur la qualité de vie » (Corinne Taéron, coordinatrice PSR).
- Formation organisée par le CRIPS à destination des personnels de la DASES – 23 septembre 2014, CRIPS : « De l'accompagnement social à la prise en charge globale des PVVIH » (Eve Plenel, directrice).

- 15<sup>ème</sup> Congrès de la Société française de lutte contre le sida – 23 octobre 2014, Maison de la Chimie : « Parcours de santé des personnes immigrées vivant avec le VIH en France. Face aux constats, comment agir ensemble ? » (Eve Plenel, directrice).
- Atelier de discussion du Groupe ANRS Parcours – 7 octobre 2014, ANRS.
- Colloque « HIV and your Body » Co-infections. Actions Traitements, Institut Pasteur, 16 et 17 octobre,
- Forum « Hépatite C et nouveaux traitements, l'impact du prix des médicaments sur l'accès aux soins en France », Paris, 3 novembre 2014,
- Colloque Education thérapeutique du patient en situation de précarité organisé par la FNH VIH – 28 novembre 2014, Ministère de la Santé : participation de Corinne Taéron à la table ronde « Développement de l'ETP en ambulatoire, vers de nouveaux acteurs ? ».
- Colloque « Femmes vivant avec le VIH aujourd'hui » organisé par le COREVIH IDF Sud – 11 décembre 2014, Institut Imagine : « Le sens de la santé : des femmes vivant avec le VIH dans un programme d'ETP ambulatoire associatif » (Corinne Taéron).
- Synthèse des travaux du Groupe national migrants au Comité de pilotage du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST – 12 décembre 2014, Ministère de la Santé (présentée par Eve Plenel).
- Colloque Education thérapeutique du patient organisé par le COREVIH IDF Est – 18 décembre 2014, Halle Pajol : participation d'Eve Plenel à la table ronde « Quelle stratégie territoriale pour l'ETP de demain ? » et présentation de Corinne Taéron à l'atelier d'échange de pratiques « ETP et territoire ».

En outre, l'équipe d'Arcat est membre du comité scientifique de l'étude ANRS SHS154 CUBE qu'elle porte conjointement avec le Kiosque Infos sida.

Enfin, en 2014, les professionnels d'ARCAT ont assisté aux manifestations suivantes :

- Journée de lancement de la Cohorte Hepather, Paris, 17 mars,
- JFHOD (Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive), Palais des congrès, Paris, du 20 au 22 mars,
- 7e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH, Montpellier, du 27 au 30 avril,
- Rencontre parlementaire Hépatite C, Maison de la chimie, Paris, 27 mai,
- Congrès de l'AFEF, La Défense, Paris, 2 au 5 septembre,
- Colloque HEPICURE, Parcours de soins dans l'hépatite C, Paris, 27 novembre.

La participation à ces événements fait partie intégrante de la formation continue des salariés d'ARCAT. Elle nourrit les pratiques professionnelles et permet des échanges avec des acteurs de l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH et / ou les hépatites virales.

## **2. La contribution d'Arcat aux Rapports d'experts**

### **» Rapport d'experts hépatites sous l'égide de l'ANRS et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF)**

En 2011 et 2012, le TRT-5 et le CHV avaient plaidé pour l'élaboration d'un rapport d'experts sur la prise en charge des hépatites virales chroniques.

En 2013, le travail autour du premier rapport d'experts avait débuté sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF.

Marianne L'Hénaff, représentante d'ARCAT, est l'une des deux associatifs siégeant au Comité de validation et de synthèse, qui a pour mission de relire les 23 chapitres, et de contribuer à la validation des recommandations finales. La rédaction des chapitres a débuté en mai 2013, les relectures en octobre 2013. Le rapport a été finalisé en avril et rendu public le 19 mai 2014.

Les trois chapitres sur le traitement de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la co-infection ont été actualisés après la conférence de l'EASL 2014.

Le rapport Hépatites est doté d'un comité de suivi, désigné par la DGS, chargé de traduire les recommandations du rapport en avancées concrètes. Marianne L'Hénaff participe à ce comité de suivi, ainsi qu'au comité restreint, responsable de la priorisation des recommandations et de leur mise en œuvre. Le comité de suivi a entamé sa mission en octobre 2014, et le comité restreint en décembre.

### **» L'actualisation 2014 des recommandations du rapport d'experts 2013 pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH**

L'actualisation de deux chapitres (« Traitement antirétroviral » et « Co-infections par les virus des hépatites virales ») du rapport d'experts 2013 (sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS) a été jugée nécessaire en raison de la commercialisation en 2014 de deux nouveaux antirétroviraux (anti-intégrases) et de l'accès à trois agents antiviraux directs (sofosbuvir, siméprévir, daclatasvir).

Pour le chapitre « Traitement antirétroviral », les modifications portent principalement sur les recommandations pour la première ligne de traitement chez l'adulte et sur la mise à jour des données sur les essais de changement de traitement chez les patients en succès virologique.

Pour le chapitre « Co-infections par les virus des hépatites virales », l'actualisation a été réalisée de façon conjointe avec le groupe ayant élaboré le rapport « Hépatites », une commission de travail spécifique commune aux deux rapports ayant été constituée dans ce cadre. Les principales modifications portent sur le tableau des études disponibles chez les PVVIH avec les

nouveaux anti-VHC directs, les indications et modalités du traitement anti-VHC chez les PVVIH, le tableau des interactions entre traitements antirétroviraux et anti-VHC, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement associatif.

ARCAT a contribué à l'actualisation des recommandations par la présence de Marianne L'Hénaff au Groupe central des experts. Marianne L'Hénaff était par ailleurs membre des deux commissions de travail ("Traitement antirétroviral"; "Co-infection par les virus des hépatites"). L'actualisation a débuté en avril 2014, sous forme de réunions physiques (3 réunions de 5 à 6 h), de réunions téléphoniques (4 réunions de 3 h) et de relectures répétées à chaque nouvelle version. Les deux chapitres actualisés ont été présentés à la SFLS 2014, le 23 octobre, à Paris et figurent sur le site du ministère de la santé et du CNS.

Tableau A : TRAVAIL AUTOUR DES RAPPORTS D'EXPERTS VIH ET HEPATITES EN 2014		
Rapport d'experts VIH	4 réunions du groupe central, de 5 à 6 h 3 réunions téléphoniques de 3 h Multiples relectures des chapitres	Total 55 h
Rapport d'experts hépatites	Relectures, corrections et réunions (nombre ?) Réunions du comité de suivi et comité restreint : 2 réunions de 4h	Total 210 h
Temps de travail total estimé	265 H	

## II. LE PLAIDOYER ET L'ENGAGEMENT DANS LES COLLECTIFS INTER-ASSOCIATIFS

### 1. L'engagement dans les collectifs TRT-5 et CHV

Le plaidoyer, ainsi que le développement d'une expertise poussée en matière de prise en charge de l'infection par le VIH et/ ou des hépatites virales chroniques, sont des activités historiques d'ARCAT. Inscrits dans l'ADN de l'association, ces engagements perdurent en s'adaptant aux évolutions : complexification de la prise en charge, multiplication des problématiques associées à la précarité des personnes malades, fragilisation du tissu associatif VIH. En 2014, ARCAT, par le travail assidu de Marianne L'Hénaff au sein des collectifs TRT-5 et CHV (présentés en encadré ci-après), a impacté de manière significative la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et/ ou avec une hépatite virale chronique en France. Ce travail pointu de plaidoyer est aussi un nutriment majeur pour d'autres activités phares du PSR : les formations et les sensibilisations

demandent en effet aux professionnels du PSR à la fois d'être parfaitement au fait de leurs sujets d'intervention et d'avoir développé une réflexion afin de les mettre en perspective.

**Le TRT-5 (Traitements et Recherche Thérapeutique, [www.trt-5.org](http://www.trt-5.org))** est un groupe inter-associatif, créé en 1992 menant des actions de plaidoyer sur les questions thérapeutiques et de recherche clinique dans le domaine du VIH. En 2013, le TRT-5 a étendu son champ d'expertise à la mono-infection par les virus des hépatites.

**Le groupe inter-associatif Collectif Hépatites Virales (CHV, [www.chv.org](http://www.chv.org))** possède les mêmes objectifs que le TRT-5, mais reste centré sur les hépatites virales.

Le TRT-5 et le CHV interviennent auprès des pouvoirs publics (Direction générale de la santé DGS, Haute autorité de santé HAS, Agence nationale de sécurité du médicament ANSM, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales ANRS) et des laboratoires pharmaceutiques, concernant les enjeux liés à la recherche, aux politiques du médicament, à la définition de la prise en charge médicale ou à l'organisation et à la qualité des soins.

ARCAT est activement représentée au sein du TRT-5 et du CHV par Marianne L'hénaff. Trois mandats sont aussi assurés par Corinne Taéron.

## ➤ **L'impact des associations du TRT-5 et du CHV sur la recherche**

### ○ **Veille éthique et co-réflexion à l'ANRS**

Le TRT-5 et le CHV mènent une veille éthique auprès de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et auprès des laboratoires pharmaceutiques.

Marianne L'Hénaff, membre d'ARCAT pour le TRT-5, participe activement aux actions coordonnées de l'ANRS. Les actions coordonnées (AC) sont un lieu de réflexion autour des projets d'essais soumis à l'ANRS. Les AC émettent des recommandations sur le design des essais, et contribuent à façonner la recherche menée en France dans le domaine du VIH et des hépatites virales. Marianne L'hénaff et Corinne Taéron possèdent par ailleurs plusieurs mandats de représentation des associations au sein de conseils scientifiques ou indépendants des recherches de l'ANRS. Ces conseils sont aussi des lieux-clefs de création et de suivi de sécurité des recherches.

### ***Tableau : mandats de Marianne L'Hénaff et de Corinne Taéron à l'ANRS***

	Mandats
Marianne L'hénaff	<ol style="list-style-type: none"><li>1. AC5 : recherche clinique sur le VIH</li><li>2. AC24 : recherche clinique sur les hépatites virales</li></ol>

3. Double AC5/AC24 : recherche clinique sur les co-infections VIH-VHC et VIH-VHB
4. Action coordonnée « vieillissement et complications »
5. Conseil scientifique de l'essai QUADRIH (co-infection VIH-VHC)
6. Conseil scientifique de la cohorte HEPATHER
7. Conseil scientifique de l'observatoire CUPIC
8. Conseil d'orientation de l'ANRS

Corinne Taéron

1. Groupe pharmacologie (groupe de conseils pour la recherche) de l'ANRS
2. Conseil scientifique de l'essai HB-BOOST
3. Comité indépendant de l'essai IPERGAY (Prep intermittente)

Le

TRT-5 et le CHV contribuent à la rédaction et à la correction des documents destinés aux participants des essais, cohortes ou études (VIH, hépatites virales et co-infections VIH/Hépatites) de l'ANRS ; ils interviennent notamment auprès des équipes d'investigation afin de rendre les notices les plus intelligibles possibles et de s'assurer d'une présentation des informations permettant un consentement éclairé aux patients éligibles.

En 2014, le TRT-5 et le CHV ont participé à la relecture de 29 documents relatifs à 12 essais thérapeutiques, 8 études cliniques, 5 cohortes et 2 essais de vaccinothérapie.

#### ○ **Veille et négociations avec l'industrie pharmaceutique**

Le TRT-5 et le CHV rencontrent régulièrement les laboratoires impliqués dans le champ du VIH et des hépatites. Les réunions avec les firmes ont pour objectif de collecter les informations thérapeutiques à destination des associations membres du TRT-5 et de faire valoir l'intérêt, la protection et les demandes des personnes vivant avec le VIH et/ ou les hépatites dans le développement des nouvelles thérapeutiques et dans le domaine du VIH et de la co-infection VIH-VHC.

#### ○ **Activités propres au CHV**

En 2014, le CHV a poursuivi sa collaboration avec l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) dans le cadre de sa participation à l'enquête **Qualité de vie** initiée en 2011. Ce projet est un partenariat de recherche avec le clinicien-chercheur Martin Duracinsky. Un projet commun a été mis en place sous forme d'une enquête secondaire, ajoutée à un projet en cours du Dr Duracinsky visant à réaliser un questionnaire international mesurant spécifiquement la **qualité de vie des personnes porteuses d'une hépatite C**. L'objectif de cette enquête secondaire était, à travers un panel de 400 patients, de :

- comparer la qualité de vie et de soins des personnes mono infectées par l'hépatite C par rapport à celle des personnes co infectées par l'hépatite C et le VIH,

- comparer la qualité de vie et de soins des patients suivis seulement à l'hôpital par rapport à celle des personnes qui sont en lien avec des associations de malades.

Le nombre de questionnaires recueillis a longtemps été insuffisant, ce qui a amené les partenaires à prolonger la phase de recueil jusqu'à fin septembre. De ce fait, les résultats de cette enquête ne sont pas encore disponibles et devraient l'être au cours de l'année 2015.

### ➤ **Impact sur la politique du médicament : l'accès précoce aux nouvelles molécules de l'hépatite C chronique et la guerre des prix**

En 2014, les actions TRT-5 et/ou CHV ont principalement porté sur les nouveaux traitements contre l'hépatite C à action antivirale directe. Les deux collectifs ont plaidé pour un accès compassionnel précoce aux nouveaux traitements via le dispositif d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), ainsi qu'un élargissement des indications très restreintes au départ (fin 2013), élargies progressivement aux cirrhotiques, puis aux pré-cirrhotiques en 2014.

- **En 2014, il a fallu comprendre et intégrer le dispositif de prise en charge post Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).**

#### **ATU : késako ?**

L'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) est un dispositif spécifique à la France permettant, depuis 1994, un accès précoce à des médicaments en développement pour des personnes en situation d'échec ou d'impasse thérapeutique. Les ATU nominatives sont délivrées pour un malade donné à la demande et sous la responsabilité de son médecin hospitalier. L'ATU de cohorte est délivrée pour un groupe de patients répondant à des critères définis par l'ANSM, avec l'accord du laboratoire.

En 2011, à l'occasion de la loi de sécurité du médicament, le TRT-5 avait plaidé pour préserver le dispositif des ATU.

En 2013, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS 2014), débattu dans un contexte économique « contraint », s'était à nouveau attaqué au dispositif de prise en charge post-ATU. Au final, un nouveau dispositif avait été instauré : il prévoit désormais une saisine, pour avis, de la Haute autorité de santé (HAS) par l'ANSM avant la mise en place de l'AMM, dans un délai de 2 semaines à compter de l'avis du Comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne du médicament (EMA). La HAS se prononcera au plus tard un mois après l'obtention de l'AMM.

En 2014, l'article 39 a évolué en article 48, et les indications de prescription des molécules lors de l'ATU de cohorte restent les seules valables pour la période située entre la fin de l'ATU de

cohorte (AMM européenne) et la commercialisation autorisée par un arrêté du ministère (période de plusieurs mois, comprenant également la négociation des prix des médicaments). Les termes de l'article de loi rendent cependant difficile sa compréhension, et son interprétation peut varier selon les acteurs. Durant l'année 2014, des « malentendus » législatifs ont été relevés à plusieurs reprises.

- **Combat autour du prix du sofosbuvir (Gilead) et accès aux autres nouvelles molécules**

En 2014, les actions du TRT-5 et du CHV se sont focalisées sur l'accès compassionnel aux nouvelles molécules contre l'hépatite C, en particulier le sofosbuvir (Gilead), le siméprévir (Janssen), le daclatasvir (BMS), à l'association Harvoni® (sofosbuvir + ledipasvir), puis aux molécules d'Abbvie (Viekirax® et Exviera®). Ces molécules, qui sont mieux tolérées et plus efficaces que la bithérapie par ribavirine et interféron, ont modifié de façon radicale la prise en charge de l'hépatite C ; mais leur prix, leurs indications restreintes, représentent des obstacles au traitement généralisé de toutes les personnes infectées. Trois molécules ont obtenu leur AMM durant l'année 2014 : le sofosbuvir (Sovaldi®), le siméprévir (Olysio®), le daclatasvir (Daklinza®).

- **112 000 € pour 24 semaines de traitement : le prix à combattre**

Entre l'AMM de Sovaldi® (mi-janvier) et sa commercialisation (mi-novembre), dix mois se sont écoulés durant lesquels le TRT-5 et le CHV ont tenté d'influer sur le prix jugé exorbitant du sofosbuvir (prix de l'ATU : 56 000 € pour 12 semaines, 112 000 € pour 24 semaines). Ce prix représente un véritable « barrage aux soins » et a entraîné de nombreuses restrictions d'accès et discriminations.

- **Les recommandations d'experts remises en cause**

Le premier rapport de recommandations d'experts sur les hépatites virales (Rapport Dhumeaux, mai 2014) a établi des recommandations médicales fortes et innovantes. A titre d'exemple, il préconise de :

- traiter les patients souffrant d'hépatite C à partir d'une fibrose moyenne du foie (F2) pour éviter l'évolution vers la cirrhose,
- traiter tous les usagers de drogues et les détenus afin d'enrayer l'épidémie.

Hélas, en raison du coût des nouveaux traitements, la HAS a remis en cause ces recommandations. Elle a notamment écarté toute stratégie d'éradication collective de l'hépatite C et a choisi de réserver les traitements aux malades présentant un stade avancé de la maladie. Le rationnement de l'accès au traitement a ainsi été enclenché.

- **Mobilisation inter-associative**

Pour la première fois en France, des associations de patients, des associations professionnelles militantes (SOS Hépatites, Médecins du Monde, Comede...) et des collectifs inter-associatifs (TRT-5 et CHV, le CISS) se sont mobilisés pour alerter les pouvoirs publics au sujet des conséquences du prix du Sovaldi® sur l'accès aux soins. Ce comité inter-associatif a obtenu de multiples réunions et auditions auprès des autorités chargées de l'évaluation et de la fixation du prix du médicament, de mai 2014 à novembre 2014, durant lesquelles il a pu présenter ses arguments et ses propositions.

- **Diffusion d'information et plaidoyer pour une baisse des prix**

**« Hépatite C et nouveaux traitements, l'impact du prix des médicaments sur l'accès aux soins en France », forum du comité interassociatif, 3 novembre 2014, Direction générale de la santé, Paris.**

La question de l'accès aux nouveaux traitements contre l'hépatite C a alimenté une réflexion plus globale sur les enjeux et la politique de fixation des prix, les dangers des restrictions d'accès aux soins, le tri des malades, la politique de rationnement due aux coûts et les difficultés du système de santé pour y répondre. Dans le contexte d'élaboration de la prochaine Loi de santé, le comité inter-associatif a souhaité réunir les différents acteurs pour débattre et faire des propositions permettant d'améliorer l'accès aux nouveaux traitements pour tous. L'événement a rassemblé plus de 215 personnes et a été relayé par la presse.

- **Conclusion : un prix final non justifié**

Un mécanisme de contribution de l'industrie pharmaceutique aux dépenses de santé – déclenché au-delà d'un plafond de chiffre d'affaires annuel - a été proposé par le gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2015.

Au terme de négociations avec le laboratoire Gilead, le CEPS a fixé le 20 novembre 2014 le prix du Sovaldi® à 41 000 € HT pour une cure de 3 mois. Parallèlement, le prix de l'ATU de la combinaison Harvoni® (sofosbuvir/ ledipasvir) de Gilead a été fixé à 48 000 € pour un traitement de 12 semaines. A noter qu'il est souvent nécessaire de suivre un traitement de 24 semaines (rechute, cirrhose, génotypes 1 et 3...).

Ce prix de 41 000 € HT reste injustifié du point de vue des associations et synonyme de rationnement à l'accès aux nouveaux traitements contre l'hépatite C.

## » La journée de réflexion scientifique annuelle du TRT-5 en 2014

**« Génériques et autres pistes de réduction du coût de la prise en charge du VIH et du VHC » - Salle Laroque, Ministère de la Santé, le 16 juin 2014.**

En 2014, le TRT-5 a consacré sa journée de réflexion scientifique au coût de la prise en charge du VIH, principalement lié à celui des antirétroviraux. Certaines pistes ont été explorées, notamment celle des antirétroviraux génériques qui ont fait leur apparition en France, et à leur impact sur la réduction du coût de la prise en charge du VIH. Cette journée a rassemblé environ 225 personnes, avec une douzaine d'intervenants.

L'arrivée des premiers antirétroviraux génériques en France est récente, et les ARV génériques ont été assez peu remarqués avant l'arrivée du générique d'efavirenz (Sustiva®), car il s'agissait de vieux médicaments, quasi plus utilisés (Combivir® par ex). D'autres génériques vont arriver, et la substitution par génériques est préconisée dans le rapport d'experts VIH dans l'objectif de réduire les dépenses de santé. La dimension économique est désormais présente dans l'ensemble des travaux et recommandations d'experts. La question du coût de la prise en charge du VIH et des hépatites est un paramètre que tous les acteurs de la prise en charge doivent désormais prendre en compte.

Le TRT-5 a souhaité rappeler les bases et lancer des pistes, pour éclairer les choix ou non choix des patients qui risquent de se les voir imposer.

### **Le TRT-5 a proposé des règles et conditions pour l'utilisation des génériques :**

- **Demander l'avis du patient :** Toute décision de substitution d'un médicament princeps par un générique devra être prise à la fois par le patient et par son médecin au terme d'une discussion afin d'obtenir le consentement éclairé du patient à la prise de génériques. La substitution ne pourra avoir lieu qu'à condition que la personne ait donné son accord préalable au médecin. Cela est vital pour le maintien d'une bonne observance du traitement et d'une bonne qualité de vie du patient.
- **Posologie :** La substitution d'un régime antirétroviral princeps par un régime générique ne devra pas se traduire par une augmentation du nombre de comprimés ou une augmentation du nombre de prises par jour. Les "combos" ou comprimés-tout-en-un (STR pour Single Tablet Regimens) sont un progrès récent de la lutte contre le sida et il est donc légitime de s'inquiéter du fait qu'il peut être aujourd'hui nécessaire de "casser" le combo Atripla® (efavirenz-ténofovir-emtricitabine) pour utiliser l'efavirenz générique. Le

TRT-5 est favorable au maintien des trithérapies en un seul comprimé par jour quand le traitement antirétroviral a été initié avec un combo.

- **Aspect** : Dans le souci de favoriser la bonne observance du traitement, le comprimé générique devra être similaire au princeps : mêmes forme, taille, couleur et dosage.
- **Conditionnement** : Chaque boîte étant facturée 0,50 € au patient, le médecin devra tenir compte de l'éventuel impact du nombre de boîtes prescrites sur le coût supporté par le patient, selon son niveau de vie (bon salaire ou RSA, AAH...)
- **Confidentialité** : Une personne hébergée et devant cacher sa maladie et son traitement doit pouvoir conserver son traitement combiné, car il est plus difficile de cacher 3 boîtes qu'une seule (c'est le cas de nombreux patients migrants vus à ARCAT).
- **Dispensation** : La prescription d'antirétroviraux génériques devra s'accompagner de la double dispensation hôpital/ville. La délivrance des antirétroviraux génériques dans les seules pharmacies hospitalières constituerait une régression en matière de qualité de vie pour la majorité des patients, qui s'approvisionnent en médicaments dans une officine de ville de leur choix.
- **Choix du prescripteur** : Le pharmacien ne peut en aucun cas substituer de lui-même un traitement générique au princeps si le prescripteur s'y est opposé. Le choix de médicaments princeps par le prescripteur au moyen de l'indication "non substituable" portée sur l'ordonnance doit être préservé. Le médecin doit lui aussi pouvoir exercer son droit au refus de la substitution s'il considère qu'elle risque de ne pas être au bénéfice du patient. Cette position et ses règles ont été rassemblées ensuite dans un *position paper* sur les génériques (<http://www.trt-5.org/spip.php?article439>).

*En vidéo l'ensemble des 9 interventions et les deux tables rondes. Elles sont disponibles, séquence par séquence, sur ce lien : <http://public.weconext.eu/trt5/index.html>*

**Tableau B : Temps passé en réunions avec les institutions, les laboratoires pharmaceutiques, ou en interne**

<b>REUNIONS DE L'ANRS</b>		
<b>Réunions avec la direction de l'ANRS</b>	3 réunions TRT-5-ANRS de 3 h 2 réunions CHV-ANRS de 2 h	Total 13 h
<b>Actions coordonnées</b>	AC5 « Essais Thérapeutiques dans le VIH » 6 réunions de 4 h AC24 "Essais Thérapeutiques dans les hépatites virales" 5 réunions de 4 h AC5-AC24 « Essais en co-infection VIH-hépatites virales » 1 réunion de 4 h AC « vieillissement et complications » 1 réunion de 4 h	Total 52 h
<b>Conseils scientifiques</b>	Essai HC 30 QUADRIH : 2 réunions de 4 h Cohorte CO 20 CUPIC : 3 réunions de 4 h Cohorte CO 22 HEPATHER : 4 réunions de 4 h + journée lancement de la cohorte 6 h Cohorte Hepavih : 1 réunion 6 h Conseil d'orientation de l'ANRS : 2 réunions de 3 h Groupe médico économique du rapport Morlat : 2 réunions de 4 h	Total 62 h
<b>REUNIONS DE L'ANSM ET DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES</b>		
<b>Réunions avec la direction de l'ANSM</b>	5 réunions de 2 h 30 ou 3 h (physiques ou téléphoniques)	Total 13 h
<b>Firmes</b>	15 réunions de 3 h	Total 45 h
<b>REUNIONS INTERNES AUX COLLECTIFS</b>		
<b>TRT-5</b>	12 RIM du TRT-5, de 10 h à 18 h	84 h
<b>CHV</b>	9 RIM du CHV de 4 h	36 h
<b>Total temps passé en réunion (hors rapports d'experts)</b>	<b>305 H</b>	

## 2. L'engagement pour le droit à la santé des étrangers

**La conseillère juridique participe pour ARCAT aux réunions plénières mensuelles de l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE).**

L'ODSE est un collectif d'associations créé en mars 2000 qui veille à l'application des textes dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale des étrangers en France. Il porte des revendications communes visant l'égalité de traitement entre nationaux et étrangers dans le domaine de la santé.

En 2014, l'ODSE rassemble 24 organisations : Act-Up Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Centre Primo Levi, Cimade, Comède, CoMeGAS, Créteil Solidarité, Dom'Asile, FASTI, FTCT, GAIA Paris, GISTI, La Case de Santé, la Ligue des Droits de l'Homme, Médecins du Monde, Mouvement Français pour le Planning Familial, MRAP, Réseau Louis Guilloux, Sida Info Service, Solidarité sida, SOS Hépatites.

Cinq organisations ont rejoint le collectif en 2014 (Dom'Asile, GAIA Paris, la Case de Santé, Réseau Louis Guilloux, SOS Hépatites) et deux en sont sorties (Médecins sans frontières et le PASTT).

L'ODSE s'est fortement mobilisé en 2014 contre une pratique identifiée dans une dizaine de préfectures à l'encontre d'étrangers gravement malades résidant en France. Des personnes ont reçues des décisions d'Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF), contre l'avis favorable de maintien en France, pour raison de santé, émis par l'autorité médicale compétente (le médecin de l'Agence Régionale de Santé). Cette ingérence des préfets dans une procédure médicale a été dénoncée dans un communiqué de presse du 21 mars 2014 de l'ODSE : « *Étrangers malades : ne laissons pas les préfets jouer au Docteur* ».

Ces pratiques préfectorales, faites en violation du secret médical et des textes en vigueur, sont intervenues pendant la diffusion de l'instruction interministérielle du 10 mars 2014 n°DGS/MC1/DGEF/2014/64 sur les demandes de titre de séjour pour raisons de santé.

La dite instruction rappelle utilement des règles souvent non respectées par différentes autorités. Mais elle propose une définition restrictive de la notion de « *risques de conséquences d'une exceptionnelle gravité* » et ne fait pas référence à la pratique des contre-expertises médicales pour y mettre un terme.

Une lettre datée du 11 avril de demande de rendez-vous a été adressée au Premier Ministre, Manuel VALLS et une tribune a été publiée sur le site du Monde le 17 avril 2014. Signée par les présidents de nombreuses associations membres de l'ODSE, la campagne « Soigner ou expulser » a été diffusée par la voie du communiqué de presse et relayée par twitter.

Le collectif a également interpellé le Premier Ministre, dans une lettre du 27 mai 2014, sur les deux projets de loi relatifs au droit au séjour des étrangers en France et à la réforme de l'asile.

Ce courrier, co-signé par ACAT (Action des Chrétiens pour l'abolition de la torture), le GAS (Groupe Accueil Solidarité) et JRS (Jesuit Refugee service France), met en lumière les dangers que porte le projet, dans ces deux domaines, d'étendre les missions de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Organisme sous tutelle du ministère de l'Intérieur, le service médical de cet office serait désormais chargé de l'évaluation médicale des titres de séjour pour soins, en lieu et place des médecins des ARS.

Un rendez-vous à Matignon, le 24 juin 2014, a fait suite aux deux courriers ODSE envoyés en avril et mai. Les recommandations ODSE sur le projet de loi immigration vont être prochainement diffusées.

Comme les années précédentes, le collectif ODSE a été amené à intervenir, à de nombreuses reprises, pour éviter, dans l'urgence, l'expulsion de personnes étrangères très gravement malades, placées en centre de rétention administrative. Ces situations nécessitent de nombreuses interventions de membres du collectif, pour mettre fin à leur rétention, alors que, séropositives au VIH, VHC, atteintes d'un cancer..., un retour dans leur pays d'origine aurait été fatal. Un « Faire-part » est désormais diffusé et relayé par tweeter. Cette nouvelle forme de communication, via ce réseau social, permet ainsi une mobilisation complémentaire à celle effectuée par l'ODSE.

Enfin, l'année 2014 a été marquée par un accroissement du nombre de refus de séjour opposés à des personnes vivant avec le VIH. Quatorze cas ont été répertoriés en France, dont quatre sont actuellement accompagnés par l'Arcat.

**Sur la problématique de la protection sociale**, l'ODSE a été informé d'une note interne de la CPAM de Seine-Saint-Denis demandant aux services de ne pas traiter les demandes d'Aide Médicale Etat (AME) déposées et non encore instruites au 6 décembre 2013. Un communiqué de presse a été co-signé le 19 février 2014 avec le CISS et une lettre ouverte a été adressée à la Ministre de la Santé le 21 février 2014. Ces différentes interventions conjuguées à celles des médecins et d'acteurs locaux ont permis que l'ensemble des dossiers soient repris pour être instruits. Une autre action a concerné la CPAM du 92 et celle de Paris, près desquelles les personnes ne maîtrisant pas la langue française se voyaient systématiquement refuser l'accès aux guichets. Enfin, l'ODSE a été co-signataire du Communiqué du 26 mai 2014 sur « Hépatites : Guérison pour tous ? Traitement pour chacun ! » .

### III. LES ACTIONS DE FORMATION

Les actions de formation sont un prolongement logique du travail de plaidoyer et d'expertise d'ARCAT. Elles connaissent depuis 2011 un développement continu avec une exigence accrue de qualité professionnelle.

Organisme agréé de formation depuis de nombreuses années, **ARCAT est aussi depuis septembre 2014 inscrit en tant qu'organisme de développement professionnel continu (ODPC)** et propose, dans ce cadre, un programme à destination des médecins exerçant en établissements et services médico-sociaux (ESMS) : « *Personnes vivant avec le VIH - enrichir son accompagnement par l'appropriation des actualités cliniques et thérapeutiques* ».

Dans un projet de développement de ses compétences en lien avec les actions d'ARCAT, la référente formation a suivi, durant 9 mois, une *Licence en gestion des ressources humaines spécialité « Formation de formateur »*, dont elle a été diplômée en juin 2014.

Les connaissances acquises ont été immédiatement transférables sur le terrain des actions d'ARCAT. Ces compétences profitent à la construction de projets et à la réflexion globale du Pôle sur les activités en lien avec l'apprentissage et l'acquisition de compétences, qu'il s'agisse d'activités internes à ARCAT ou de formations proposées à l'extérieur

#### 1. Formations réalisées en 2014

En 2014, les professionnels d'ARCAT ont mené **18** actions de formation pour un volume de **86,5** heures visant **142** stagiaires. Ces actions étaient dirigées vers les salariés des associations du groupe SOS et d'associations partenaires, les salariés d'entreprise (Banque de France), ou encore vers des étudiants (Paris V, Paris VI) ou des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux (LHSS, ACT, CHU...).

##### Liste des intervenants :

- Judith Comets (JC), référente formation à ARCAT
- Marianne L'Hénaff (MLH), chargée de mission santé à ARCAT
- Elodie Sanjeevi (ES), conseillère juridique spécialiste du Droit des étrangers à ARCAT
- Jérôme Garcia (JG), chargé de mission prévention en milieu étudiant au Kiosque
- Corinne Taéron (CT), coordinatrice du Pôle Santé Ressources à ARCAT.

**Tableau 1 : formations réalisées dans le cadre d'un partenariat avec l'organisme Arabesque**

<b>Dates</b>	<b>Intitulé de la formation</b>	<b>Structure destinataire</b>	<b>Public</b>	<b>Nb stagiaires</b>	<b>Intervenants</b>
26/03/14 27/03/14	Connaissances approfondies sur les hépatites virales	Habitat & Soins : LHSS + ACT, Groupe SOS	Professionnels	11	MLH / CT
26/05/14	VIH/ sida, mise à jour des connaissances et actualisation des pratiques	Habitat & Soins : LHSS + ACT, Groupe SOS	Professionnels	11	CT
12/06/14	VIH, IST, hépatites : mise à jour des connaissances sur la prévention et échanges sur les pratiques	CHU Danube	Professionnels	13	MLH / CT

**Tableau 2 : formations réalisées par ARCAT hors partenariat Arabesque**

Date(s)	Durée (H)	Intitulé	Structure Destinataire	Public	Nb stagiaires	Intervenant-e(s)
04/02/2014	2	Rôle des associations dans la prise en charge des hépatites virales DU Paris VI "Maladies Infectieuses et Foie"	Paris VI	Etudiants	10	MLH/CT
17/02/2014	3	VIH, IST et hépatites virales Actualisation des connaissances	Faculté de pharmacie Paris Descartes	Etudiants	10	CT
14/04/2014	3	Hépatite C Nouveaux traitements	Sida Service Info	Bénévoles et Professionnels	11	MLH
19/05/2014 20/05/2014	14	Droit des étrangers Actualisation des connaissances et échanges de pratiques	Habitat & Soins LHSS+ACT Groupe SOS	Professionnels	12	ES
20/05/2014	3	Santé sexuelle et jeunes : comment en parler ?	Services de médecine universitaire	Professionnels	14	JG/CT
01/07/2014	4	VIH/sida Notions de base et messages de prévention	KIOSQUE	Professionnels	3	JC
04/07/2014	2	VIH/sida Notions de base et messages de prévention	UNIS CITE	Bénévoles	3	JC/CT
23/07/2014	2	VIH/sida : notions de base	ARCAT	Professionnels	1	CT
21/08/2014	2	VIH/sida : notions de base	ARCAT	Professionnels	1	JC
15/10/2014	4	VIH/sida Notions de base et messages de prévention	KIOSQUE	Professionnels	2	JC
07/11/2014	4	Droit des étrangers Généralités, titre de séjour pour soin & démarche de demande de titre à Paris	ARCAT	Professionnels	4	ES
21/11/2014	7	Intégrer les problématiques de santé pour un accompagnement global des PVVIH	ARCAT	Professionnels	7	JC/CT
05/12/2014	1,5	Rôle des associations dans la prise en charge des hépatites virales DU Paris VI "Maladies Infectieuses et Foie"	Paris VI	Etudiants	10	MLH

11/12/2014	4	Hépatites virales chroniques Connaissances de bases	ARCAT	Professionnels	9	MLH
16/12/2014	3	VIH & handicaps induits Quels aménagements possibles en milieu du travail	BANQUE DE France	Professionnels	10	JC/CT
<b>Total Actions de formation</b>	<b>Total Heures</b>			<b>Total Stagiaires</b>	<b>142</b>	
<b>18</b>	<b>86,5</b>					

Si le nombre de participants est relativement stable par rapport aux années précédentes, le nombre d'actions de formations et le volume horaire global est en légère augmentation passant de 16 à **18** actions et de 75 heures à **86,5** sur l'année 2014.

En outre, les éléments suivants peuvent être notés :

- les intervenants restent sensiblement identiques à ceux de l'année 2013 toujours en lien avec les thématiques d'intervention - essentiellement VIH / hépatites virales, IST (Infections sexuellement transmissibles), santé sexuelle et droits des étrangers) ;
- près de la moitié des interventions (8 actions de formation) a pour objet l'actualisation des connaissances en matière de VIH et autres IST ;
- les formats d'intervention sont toujours aussi divers (de 1 h 30 à deux jours), adaptés aux demandes et besoins des structures destinataires ;
- à compter de juillet 2014, le retour de la référente formation, désormais à plein temps sur l'activité de formation, a pu impacter l'activité de formation, d'autant que le partenariat avec Arabesque n'a pas suscité de développement réel de l'activité de formation d'ARCAT ;
- 6 actions de formation ont concerné de petits groupes (1 à 4 participants), ce qui permet d'adapter, en dépit de la brièveté des actions de formations menées, les problématiques à l'activité de chaque professionnel et favorise les échanges de pratiques entre pairs ;
- Les actions de formations sont proposées en inter ou en intra selon les besoins identifiés.

## 2. Bilan et perspectives

En distinguant les résultats des évaluations de satisfaction des participants par type de formations (facturées/non facturées), nous pouvons retenir :

- pour les évaluations des formations facturées : un taux global de satisfaction de 91% ;

- pour les évaluations des formations non facturées : un taux de satisfaction systématiquement à 100%.

En raison de contraintes organisationnelles, l'analyse de la demande et des besoins des structures « clientes » externes – destinataires des prestations facturées - reste parfois incomplète, ce qui peut expliquer cet écart. Certains commentaires des stagiaires laissent en effet entendre qu'ils n'ont pas toujours « *choisi d'être là* ». D'autres éléments peuvent également interférer sur la satisfaction, dont la durée des formations, ainsi que le nombre et l'hétérogénéité – en termes de fonction et de formation professionnelle - des participants.

Quel que soit le type de formation (facturées ou non, externe ou interne, longues ou courtes), les commentaires « libres » des participants renseignent davantage sur leur satisfaction et constituent en ce sens de plus fiables indicateurs.

Ceux-ci portent en effet globalement et de manière récurrente sur le même axe d'amélioration : **la durée** de la formation, qui est le plus souvent le résultat d'un compromis entre les contraintes organisationnelles et les objectifs de formation - est régulièrement jugée inadaptée. Les participants proposent fréquemment d'ajouter une journée supplémentaire afin d'alléger le contenu, d'approfondir une thématique et/ou de consacrer davantage de temps aux exercices pratiques.

Sont particulièrement appréciés :

- Les **travaux** en groupe et les **échanges** de pratiques ;
- **L'alternance** entre pratique et théorie ;
- Le **dynamisme** ;
- **L'expertise** des intervenants.

Sur ce dernier point, ARCAT dispose aujourd'hui d'une plus-value indéniable. Le travail d'expertise et de plaidoyer de l'association est un nutriment majeur pour notre activité de formation. Les intervenantes sont des salariées d'ARCAT investies de longue date dans la lutte contre le VIH et les problématiques (pathologies et précarités) qui lui sont associées.

En outre, le Pôle Santé Ressources d'ARCAT comprend des professionnelles formées aux techniques d'animation et à l'ingénierie de formation.

Conscient des limites d'une évaluation de satisfaction, le Pôle Santé Ressources a entamé une réflexion sur les méthodes d'évaluation dans leur globalité. Si les évaluations de satisfaction des participants aux formations restent systématiques, l'effort est mis sur l'évaluation des connaissances et du transfert de compétences en cohérence avec les objectifs de formation.

Cette réflexion constitue l'amorce d'un certain nombre de modifications dans l'ingénierie de formation d'ARCAT.

Dans la continuité de cette réflexion continue sur la méthodologie d'intervention et au-delà de la formation, le Pôle Santé Ressources développe une mission de conseil :

- vers des structures demandeuses de dispositifs complets : offre de formation et accompagnement méthodologique à la réalisation d'actions (exemple : animation de stands ou d'ateliers vers les usagers) ;
- vers les collaborateurs d'ARCAT ou de structures partenaires.

Ainsi, l'année 2014 a vu naître, en interne, plusieurs projets transversaux :

- un groupe de travail a été constitué avec l'association Le Kiosque Infos Sida dont l'objet est de formaliser l'offre d'interventions ARCAT-Le Kiosque dans sa globalité et d'optimiser la co-construction de projets de formation communs ;
- un parcours de 4 ateliers ETP sur la santé sexuelle (*faire renvoi aux parties afférentes du RA*) a été conçu en collaboration avec les chargées de vie sociale individuelle et collective du Pôle Accompagnement d'ARCAT et co-animé par la référente formation et la chargée de vie sociale individuelle ;
- un projet de valorisation des actions menées par le Pôle Prévention Migrants vers les professionnels accueillant des personnes issues des communautés chinoises est en cours de formalisation.

Cette fonction support du Pôle Santé Ressources apporte une réflexion transversale à la structure et constitue de fait une valeur ajoutée de la pluridisciplinarité à ARCAT.

En 2015, cet accompagnement méthodologique se poursuivra en collaboration avec les chargées d'insertion professionnelle.

Notre offre de formation continuera quant à elle à être le reflet d'un souci d'efficacité des interventions, d'appropriation des savoir-faire et des savoirs.

La communication et la visibilité de cette offre via le nouveau site internet (à venir en 2015) et l'élaboration d'une plaquette dédiée devraient avoir un retentissement sur les activités d'ARCAT en 2015.

## **IV. LES TEMPS FORTS DE MOBILISATION**

### **1. Les braderies Arcat « Les créateurs ont du cœur »**



Depuis 1993, Arcat organise deux grandes ventes de solidarité « les Créateurs ont du Cœur ». Des centaines de grandes marques et de jeunes créateurs offrent tout au long de l'année à l'association des milliers d'articles issus de leurs invendus qui sont ensuite vendus au public à prix réduit. En échange, les donateurs peuvent valoriser leur don et bénéficier d'une réduction fiscale et d'une communication sur leur engagement au côté d'Arcat.

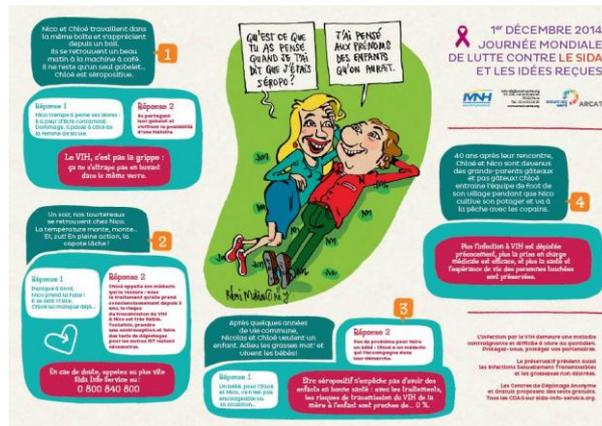
Moments forts pour l'association, les braderies permettent à Arcat de récolter des fonds pour améliorer et pérenniser ses programmes d'accompagnement. Largement relayées par la presse, les braderies sont également l'occasion de rappeler au public que le combat contre le virus et les discriminations doit continuer.

Pour la 4ème année consécutive, l'Espace Bastille Design Center a accueilli « Les Créateurs ont du Cœur » pour son édition de printemps du 18 au 21 juin et pour celle d'hiver du 17 au 20 décembre 2014.

Le site dédié à la braderie, [www.braderie-arcat.fr](http://www.braderie-arcat.fr), ainsi que sa page Facebook, ont eux aussi connu une belle activité tout au long de l'année. Nous avons dépassé la barre des 3000 personnes qui suivent le facebook de la braderie au 31 décembre 2014, soit prêt du double par rapport à l'année dernière, avec des montées à plus de 2000 vues pour certaines actus lors de la semaine de la vente.

**Le succès de ces événements est le résultat de l'engagement de plus de 100 bénévoles, de 200 donateurs, du soutien fidèle de nos partenaires médias et des fondations d'entreprises Axa Atout Cœur et Club Med : qu'ils en soient ici encore une fois remerciés !**

## 2. L'opération « Sets de table » du 1<sup>er</sup> décembre



Depuis 1997, chaque 1er décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida, l'association organise l'opération « Sets de table », qui consiste à concevoir, éditer et diffuser gratuitement des sets de table, sur lesquels figure une illustration centrale et des messages de prévention et de solidarité. Ils sont diffusés dans les restaurants des entreprises, des administrations et des établissements scolaires partenaires. Cette action de prévention, à laquelle de nombreux dessinateurs de renom tels que Wolinski, Plantu, ou Charb ont déjà collaboré, permet de toucher massivement et de façon ludique des salariés, lycéens ou collégiens. Cet outil offre surtout l'occasion de lutter contre les discriminations et les idées reçues en mettant ses connaissances à jour à l'aide d'un mini quizz ou autre outil participatif.

Divers partenariats ont été créés depuis 15 ans avec des médecins du travail, des entreprises de restauration collective, des directeurs de ressources humaines, des missions handicap d'entreprises ou encore avec des infirmières scolaires qui commandent régulièrement ces sets dans le cadre de la journée du 1er décembre.

Pour son 17ème set de table, Arcat a sollicité Remi Malingrey, illustrateur de renom. Cette année, nous avons axé la réalisation du set sur les idées reçues autour de la maladie et des personnes vivant avec le VIH.

Pour la 5ème année consécutive, la Mutuelle Nationale Hospitalière est partenaire de l'opération Set de table. Nous les remercions pour leur précieuse collaboration !

## ➤ Chiffres clés

250 800 sets diffusés

139 partenaires mobilisés

Plus de 700 établissements impliqués sur l'ensemble des départements français (Métropole, Guyane, Mayotte, Guadeloupe, Martinique...).

# **PRISE EN CHARGE GLOBALE ET ACCOMPAGNEMENT VERS L'AUTONOMIE**

**Le Pôle Accompagnement d'Arcat** a vocation à soutenir et accompagner des personnes en situation de précarité, atteintes d'une pathologie chronique évolutive à pronostic incertain, principalement le VIH/Sida et/ou une hépatite virale, afin de leur permettre de s'inscrire ou de se maintenir dans une démarche de soins et d'observance des traitements.

**Cette prise en charge globale, dont le dénominateur commun est la santé globale des personnes, se décline à travers trois dispositifs :**

- **le Point Solidarité** s'adresse à toute personne touchée par le VIH/sida et/ou une pathologie associée, en situation de précarité et de vulnérabilité sociale, économique, et sanitaire, quelle que soit la situation administrative ou familiale ; il offre un accompagnement diversifié, ponctuel ou durable, mobilisant un seul professionnel pour une problématique spécifique ou nécessitant une approche globale et pluridisciplinaire. Il s'agit donc d'un dispositif d'accompagnement intervenant sous la forme d'un accueil de jour « à bas-seuil d'exigence ».
- **le Service d'accompagnement à la vie sociale** est destiné aux personnes isolées, résidant à Paris, âgées de 20 à 60 ans, souffrant d'une pathologie chronique évolutive, disposant d'une reconnaissance administrative de leur handicap et relevant des critères d'admission à l'aide sociale. Il dispose d'un agrément délivré par le Département de Paris pour 90 places.
- **les prestations ponctuelles spécifiques régionales d'insertion professionnelle**, conventionnées par l'Agefiph d'Île-de-France, s'adressent aux demandeurs d'emploi bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 (personnes reconnues travailleurs handicapés, bénéficiaires d'une pension d'invalidité, titulaires d'une carte d'invalidité, bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé...), dans une démarche active d'accès, de retour ou de maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travail, suivis par des opérateurs en charge de l'accompagnement vers l'emploi, présentant des situations complexes, du fait de leur pathologie, qui requièrent les compétences d'un prestataire spécifique.

**L'équipe pluridisciplinaire du Pôle Accompagnement est composée de :**

- 1 chef de service
- 3 assistants sociaux
- 1 conseillère juridique
- 1 psychologue clinicienne à temps partiel
- 1 médecin à temps partiel

- 2 chargées d'insertion professionnelle
- 1 chargée de vie sociale collective, animatrice d'ateliers
- 1 chargée de vie sociale individuelle

Chaque professionnel travaille en étroite coopération avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, afin de permettre un accompagnement individualisé tant au niveau social, psychologique, médical, professionnel que juridique.

L'équipe d'accueil de l'association, composée de 3 personnes, joue un rôle indispensable de soutien au Pôle Accompagnement et de premier contact entre les personnes accueillies et les autres professionnels d'Arcat.

## I. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH VUE D'ARCAT

Au regard de la situation francilienne, le Pôle Accompagnement d'Arcat répond aux besoins d'une population spécifique en cohérence avec les recommandations du groupe d'experts concernant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales, qui préconisent une intervention coordonnée et pluridisciplinaire.

### 1. La situation épidémiologique francilienne

**Les disparités régionales observées depuis 2003 ont persisté en 2012 d'après les données de l'InVS** : le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population était plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Ile-de-France. La situation francilienne est marquée par une stabilisation à un niveau élevé du nombre de découvertes de séropositivité, (2.700 par an depuis 2011). La région Ile-de-France concentre 42% de l'ensemble des découvertes de séropositivité en 2012.

**L'Île-de-France demeure la région métropolitaine la plus touchée par le VIH/sida avec une épidémie toujours dynamique.** Elle compte trois fois plus de séropositivités qu'en moyenne nationale : des analyses réalisées par l'InVS ont estimé le nombre annuel de nouvelles contaminations rapporté à la population (taux d'incidence) à 39 pour 100 000 habitants contre 11 dans le reste du territoire (et 44 en Outre-mer).

**Les personnes nées à l'étranger** sont particulièrement touchées par le VIH, même si le nombre de contaminations est en diminution dans cette population depuis 2003. 2300 découvertes de séropositivité en 2013 concernaient des personnes nées à l'étranger contaminées par rapport hétérosexuel, dont 78% de personnes nées en Afrique Subsaharienne et 60% de femmes.

**27% des découvertes de séropositivité en 2012 étaient tardives**, or une prise en charge tardive obère les chances de succès virologique. 43% des hommes et 30% des femmes nés à l'étranger dont la séropositivité a été découverte en 2012 étaient dans une situation de diagnostic tardif, contre 37% des hommes et 25% des femmes nés en France. Cette disparité entre ces 2 groupes de population met en évidence un recours au dépistage plus tardif pour les personnes nées à l'étranger alors qu'il s'agit d'une des populations clé en termes de dépistage et de prévention / réduction des risques.

Enfin, **concernant les personnes exerçant la prostitution**, l'étude ProSanté souligne un état de santé souvent perçu comme dégradé<sup>1</sup> par les personnes exerçant la prostitution : plus de la moitié des participants à l'étude déclare être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à celle déclarée par la population générale. Plus du tiers déclarent une maladie chronique (70% des personnes transidentitaires), dont le VIH/sida.

## **2. L'accompagnement global et pluridisciplinaire : un mode d'intervention recommandé dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH<sup>2</sup>**

Le besoin d'accompagnement global a récemment été mis en exergue par les données sur les conditions de vie des PVVIH de l'enquête ANRSH - VESPA 2.

Bien que les dernières années aient vu se confirmer l'efficacité des traitements antirétroviraux sur l'état de santé des PVVIH, cette enquête met en évidence que **leur situation socio-économique a tendance à se détériorer**.

En premier lieu, **la population des PVVIH, au regard de ses spécificités, a été particulièrement impactée par les infléchissements de la protection sociale ou par le renforcement de mesures restrictives à l'entrée, au séjour, et à l'accès aux soins des étrangers**.

En ce qui concerne la situation économique des PVVIH, L'étude montre que **la capacité des ménages à faire face à leurs besoins est plus défavorable en 2011 qu'en 2003** (enquête ANRSH - VESPA 1), avec une augmentation des personnes déclarant faire face difficilement à leurs besoins ou devoir s'endetter pour y parvenir (de 28,7% à 31,5%). Inversement ont observé une diminution de 5 points des PVVIH se déclarant économiquement à l'aise ou très à l'aise. Les situations décrites par l'enquête sont particulièrement inquiétantes puisqu'une personne sur 5 rapporte des privations alimentaires par manque d'argent.

Ainsi une proportion élevée de PVVIH sont « *pauvres en conditions de vie* », et ces conditions vont en se dégradant à mesure que les PVVIH cumulent les facteurs de vulnérabilité.

---

<sup>1</sup> *Étude ProSanté 2010-2011, Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales, FNARS, INVS, 2013.*

<sup>2</sup> *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013 sous l'égide du CNS et de l'ANRS, La documentation française.*

**En ce qui concerne le groupe des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne**, les difficultés financières concernent 50% des hommes et plus de 55% des femmes avec un revenu médian mensuel respectivement de 964 € et 783 €. Un quart des hommes et un tiers des femmes rapportent des privations alimentaires, et près d'une personne sur cinq n'a pas de logement personnel.

Les premiers résultats de l'enquête Parcours<sup>3</sup>, communiqués lors de la conférence Francophone sur le VIH (AFRAVIH) qui s'est tenue à Montpellier en avril 2014, mettent en évidence que les expériences de la précarité sont fréquentes chez les hommes et les femmes migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, et signent une vulnérabilité spécifique des arrivants pouvant durer plusieurs années.

ANRSH-VESPA 2 rappelle en outre que **le vieillissement de la population séropositive fait surgir de nouvelles problématiques médicales et sociales** qu'il est nécessaires de prendre en compte dès à présent puisqu'elles seront amenées à se renforcer et s'aggraver dans les années à venir.

Au regard des données des enquêtes ANRSH – VESPA 1 et 2, **le rapport 2013 du Groupe d'experts**, représentant la référence nationale en termes de prise en charge de l'infection par le VIH, **recommande la mise en œuvre d'une approche globale et pluridisciplinaire**,

Dans le chapitre consacré aux conditions de vie des personnes vivant avec le VIH<sup>4</sup>, le groupe d'experts soulignent que « *La prise en charge doit dépasser les seuls aspects biomédicaux pour prendre en compte l'individu dans sa globalité, plus encore qu'avant compte tenu de l'évolution des caractéristiques des PVVIH, illustrée par les données des enquêtes VESPA 1 et 2. La santé « globale » qui implique le retour à une vie professionnelle, sociale, affective, et des capacités à se projeter dans l'avenir, doit rester l'objectif commun de tous les acteurs médicaux, sanitaires ou associatifs* ».

Le groupe d'expert rappelle également **le rôle des associations dans la mise en œuvre de cette approche globale**, en articulation avec les services hospitaliers, et ce d'autant plus que l'enquête ANRSH – VESPA 2 confirme la place importante des associations de lutte contre le sida comme **acteur collectif de la sociabilité des PVVIH**. Plus élevé dans les groupes en plus grandes difficultés sociales, la participation à la vie associative concerne tous les groupes de patients et souligne son intérêt dans le contexte de chronicité de l'infection par le VIH.

Au regard de ces éléments et recommandations, l'articulation du SAVS avec le Point Solidarité permet de répondre au besoin d'accompagnement global en proposant une évolution de la prise en charge pluridisciplinaire adaptée au parcours et besoins du public.

---

<sup>3</sup> Enquête ANRS – Parcours « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en IDF* »

<sup>4</sup> Rapport 2013, Op. cit., p 431 et s.

### 3. Parcours de santé et parcours individuels

La notion de **parcours de santé**, portée par les associations de patients, et notamment celles luttant contre le VIH depuis plusieurs années, a progressivement diffusé et est aujourd'hui au cœur du projet de loi de santé, à travers notamment de son article 22 :

*« A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif pour les personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie. Cet accompagnement permet à ces personnes de disposer des informations, conseils, soutiens et formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, à faire valoir leurs droits et à développer leur projets de vie. Il implique une coordination des services, des professionnels et des organisations intervenant dans ce parcours de santé ».*

Cette nouvelle orientation repose notamment sur une préconisation de la Haute Autorité de Santé selon laquelle *« l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement, et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus et autres prise en charge (médico-sociales notamment mais aussi sociales) ... ».*

La notion de parcours est au cœur de l'accompagnement proposé par le pôle accompagnement d'ARCAT et plus largement de tous les programmes de l'association proposant un accompagnement des publics, comme le programme d'éducation thérapeutique du patient.

L'accompagnement global et pluridisciplinaire proposée s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte :

- la personne avec ses capacités et ses limites
- Ses moyens, ses ressources et l'exercice de sa citoyenneté
- Son environnement social et son histoire

Accompagner la personne dans son parcours de santé implique de la rendre actrice de ce parcours en l'articuler étroitement à son parcours personnel (en termes d'insertion sociale et professionnelle, d'élaboration de projets personnels, affectifs, familiaux, d'accès à l'autonomie...).

L'accompagnement implique également pour les immigrés subsahariens, de prendre en compte l'ensemble de leur trajectoire de vie pour comprendre la situation présente : circonstance de la migration, de l'infection, du dépistage et de la prise en charge, situation médicale, familiale, professionnelle, projet de vie en France, ... C'est ce que met en exergue l'enquête Parcours<sup>5</sup> à travers le croisement les trajectoires de santé, les trajectoires sociales, migratoires et administratives.

## II. DESCRIPTION DU PUBLIC ACCOMPAGNE EN 2014

**En 2014, 295 personnes ont été suivies par le Point Solidarité (287 en 2013) et 101 accompagnées dans le cadre du SAVS.**

36% des personnes accompagnées par le Point Solidarité s'y présentaient pour la première fois en 2014 (106 nouveaux accompagnements). Ce chiffre, nettement supérieur aux années 2013 et 2012 (avec 23% de premiers accueils) tend à se rapprocher des données de l'année 2011 où les nouvelles demandes représentaient 42% de l'ensemble des personnes accompagnées.

L'accompagnement au sein du SAVS fait suite, pour 80% des bénéficiaires (82 personnes), à un accompagnement initié dans le cadre du Point Solidarité au cours des mois ou années précédents. Les orientations proposées par le Point Solidarité concernent des personnes dont la situation sociale est stabilisée grâce à la régularisation de leur situation administrative. L'accès aux droits initié lors de ce premier accompagnement « bas-seuil » permet de réunir les conditions nécessaires à une admission en établissement social et médico-social, et notamment au SAVS d'ARCAT, afin de proposer un accompagnement sur le long terme axé sur le renforcement de l'autonomie, l'élaboration et la mise en œuvre de projets de vie. L'articulation entre le Point Solidarité et le SAVS met en évidence une réelle complémentarité entre les deux dispositifs, et met en œuvre le principe de parcours individualisés. Le passage d'un accompagnement par le Point Solidarité à un accompagnement par le SAVS met également en exergue l'évolution positive de la situation individuelle des personnes suivies et participe à la valorisation de leur propre parcours.

Tout comme les années précédentes, les personnes sont orientées vers le Point Solidarité en majorité par les hôpitaux (30%) et les associations (23%). Ces deux origines d'orientation ont toutefois sensiblement augmentée par rapport à 2013 (+3% et +4%) ce qui pourrait indiquer, si cette tendance se confirme en 2015, un renforcement des partenariats et de l'identification des

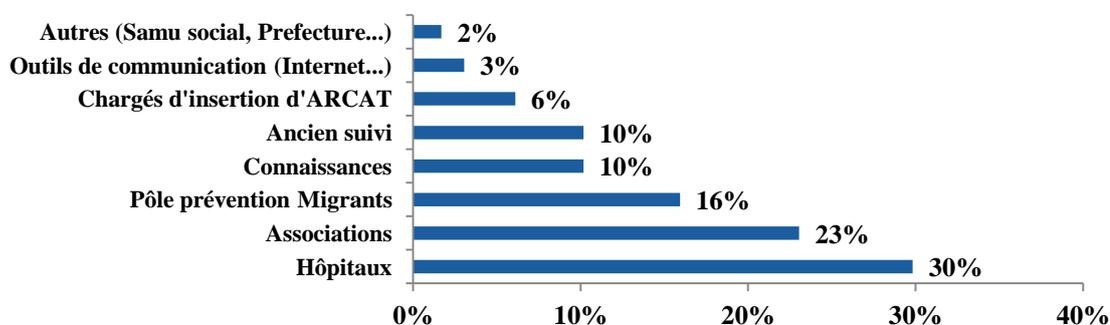
---

<sup>5</sup> Enquête ANRS – Parcours « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en IDF »

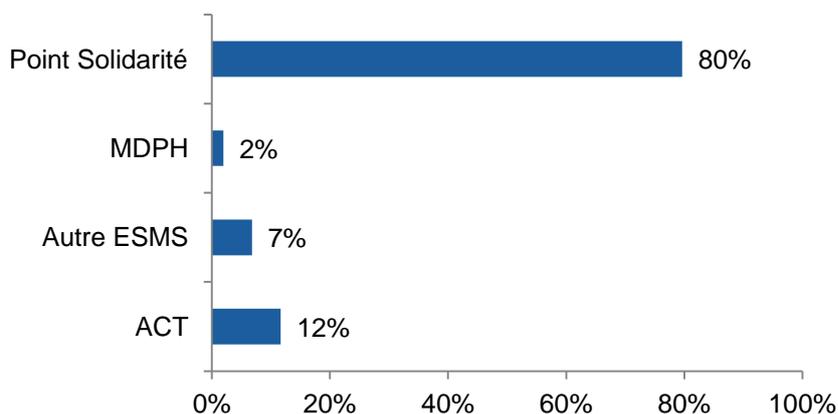
différents programmes d'accompagnement d'ARCAT par les services hospitaliers, et notamment le service social, ainsi que les associations de lutte contre le VIH.

Un nombre significatif de personnes est orienté par les autres secteurs d'activité d'Arcat, notamment le pôle prévention migrants pour 16% d'entre elles et les chargées d'insertion, dans les cadre de leurs prestations ponctuelles spécifiques régionales, pour 6%. Ces orientations en interne s'expliquent par la dégradation des situations sociales rencontrées lors des actions de prévention menées au Pasaje Latino ou par les chargées d'insertion lors de leurs PPSR, rendant nécessaire le recours à des dispositifs d'urgence sociale comme le Point Solidarité.

#### Orientation vers le Point Solidarité



#### Orientation vers le SAVS



Il convient de noter que le SAVS est également identifié par les professionnels extérieurs comme un dispositif d'accompagnement global adapté aux situations complexes des personnes vivant avec le VIH et pathologies associées. Ainsi les appartements de coordination thérapeutique représentent 12% des orientations vers le SAVS. L'établissement se révèle une orientation adapté en relais de la prise en charge en ACT en permettant la poursuite d'un accompagnement pluridisciplinaire prenant en compte l'état de santé et la situation de handicap vécue.

<b>COMPARAISON DES PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PAR DISPOSITIF</b>		
	<b>POINT S (N = 295)</b>	<b>SAVS (N = 101)</b>
<b>Genre :</b>		
Femmes	50%	58%
Hommes	40%	25%
Transidentitaires	10%	17%
<b>Tranches d'âge :</b>		
18-40 ans	53%	40%
41-60 ans	42%	59%
> 60 ans	4%	1%
<b>Origine géographique :</b>		
Afrique subsaharienne	54%	52%
Amérique Latine	15%	25%
France	14%	11%
Asie	5%	3,5%
UE	3%	2%
Autre	9%	6,5%
<b>Situation administrative :</b>		
CNI / Passeport européen	19%	13%
Carte de séjour temporaire	47%	79%
Carte de résident	8%	8%
Autorisation provisoire (APS)	2%	0%
Sans titre de séjour	24%	0%
<b>Situation familiale :</b>		
Célibataire	66%	79%
Marié / pacsé / vie maritale	26%	4%
Divorcé / séparé	4%	16%
Veuf	4%	1%
Enfants au pays d'origine	30%	25%
<b>Conditions de logement / hébergement :</b>		
Logement autonome	39%	72%
Structure d'hébergement	12%	23%
Hébergé chez tiers	25%	3%
Hôtel	5%	2%

SDF	19%	0%
<b>Montant des ressources :</b>		
> 1000 € / mois	16%	6%
De l'AAH à 1000 €	24%	60%
< montant de l'AAH (800 €)	60%	34%
<b>Pathologies et co-morbidités :</b>		
VIH mono	61%	71%
VIH + VHC ou VHB	7%	5%
VHB ou VHC mono	4%	2%
VIH + psychiatrie	2%	5%
VIH + autre pathologie	26%	17%

### III. L'ACCUEIL, UNE FONCTION ESSENTIELLE

L'équipe d'accueil de l'association, composée de 3 personnes, joue un rôle indispensable de soutien au Pôle Accompagnement et de premier contact entre les personnes accueillies et les autres professionnels d'Arcat.

**En 2014, le nombre d'appels téléphoniques reçus à Arcat (9784 en 2014 contre 9 828 en 2013) et le nombre de passages (4658 en 2014 contre 4637 en 2013) sont stables en comparaison de l'année 2013.**

L'accueil assure une fonction essentielle à l'initiation d'un accompagnement par le Point solidarité en recueillant les demandes explicites des personnes et en proposant des orientations extérieures adaptées. C'est le premier contact avec la structure, qu'il soit physique ou téléphonique. La qualité de l'écoute, de l'orientation, des réponses proposées est déterminante dans le traitement des difficultés des personnes accueillies et la mise en place d'un projet d'accompagnement. La prise en compte d'un public de plus en plus hétérogène, dans un contexte difficile, a complexifié cette fonction. Les spécificités des publics accueillis (précarité, désinsertion, rupture sociale, isolement, barrière de la langue...), la variabilité des situations individuelles et des demandes appellent pour les personnels d'accueil à user de capacités d'adaptation et de remise en question permanents.

L'accueil est aussi un espace de convivialité permettant aux personnes accueillies de se poser un moment, de discuter avec les chargés d'accueil, afin de créer les conditions propices à la rencontre avec les différents professionnels assurant l'accompagnement. C'est la raison pour laquelle chaque personne se voit proposer dès l'accueil une boisson chaude avec un accueil

individualisé proposant de la documentation, informant sur les différents ateliers organisés au sein de l'association, ou faisant la promotion des sorties culturelles collectives ou individuelles grâce au partenariat avec Culture du Cœur.

La mise en confiance et la confidentialité sont ainsi deux notions capitales du travail des chargés d'accueil de l'association. L'accueil, comme l'accompagnement, doit être exempt de tout jugement explicite ou implicite et demeure inconditionnel.

Au-delà des missions primaires, les accueillants d'Arcat ont également des fonctions annexes qui contribuent à développer le lien entre les accueillants et les usagers, le lien entre l'association et les personnes reçues, et favorise les missions d'accueil comme les accompagnements des personnes reçues.

### » **Vestiaire solidaire**

Depuis plus de 10 ans, un vestiaire solidaire a été mis en place. Il s'adresse à un public démuné, sans ressource et situation de grande précarité. Les usagers peuvent solliciter directement de recourir à ce service gratuit auprès des chargés d'accueil. Les personnes peuvent également être orientées par un professionnel du Point Solidarité ayant évalué un besoin. Le vestiaire est alimenté par des dons, essentiellement ceux de particuliers (bénévoles de la Braderie, salariés, bouche à oreille) mais également par les invendus de la Braderie Arcat. L'état des vêtements est vérifié en amont et les pièces abimées sont écartées. L'hygiène et le conditionnement sont également respectés. Les usagers peuvent bénéficier au maximum de 5 articles par demande et peuvent être conseillés sur les choix vestimentaires (ex : pour un entretien d'embauche).

Pour l'année 2014, 127 personnes ont bénéficié de ce service (78 femmes, 21 hommes et 18 enfants).

### » **Billetterie culturelle**

Depuis près de 15 ans, un partenariat avec l'association Cultures du cœur est mis en œuvre. Cette association offre un programme d'actions pour permettre aux plus démunis l'accès aux pratiques artistiques et culturelles. Ce partenariat complète les actions de socialisation menées par le Point solidarité et favorise la redynamisation par l'accès à la culture, au sport et aux loisirs en initiant une dynamique de lien social et en suscitant l'envie de faire, de participer.

Dans les faits, la chargée d'accueil référente de cette action sélectionne chaque semaine sur le site de Cultures de cœur les offres de spectacles, théâtres, musées etc. Elle affiche ces offres dans la salle d'attente pour que les participants puissent les consulter et en cas de demande des usagers, elle les aide à effectuer les réservations sur internet et informe les personnes sur les

moyens de se rendre à ces événements ou sur leur contenu même. En 2014, 319 places ont été ainsi données via l'association culture du cœur représentant 193 contremarques, les usagers pouvant disposer de 2 invitations pour être accompagnés. Ce service est régulièrement sollicité et s'inscrit dans le renforcement de l'autonomie des personnes, le développement de leurs sociaux et favorise l'accès à la culture et aux loisirs des personnes en situation de précarité.

## » Gestion courante de l'activité de domiciliation

Les chargés d'accueil, comme développé en infra, gèrent au quotidien l'activité de domiciliation, activité agréée tant pour la domiciliation administrative et la domiciliation liée à l'Aide Médicale d'État. Les accueillants trient les courriers reçus à l'attention des personnes domiciliées, les classent dans une armoire dédiée et administrent les outils de traçabilité/gestion de ce service. Ils répondent aux demandes des personnes reçues et domiciliées quant au fait de savoir si du courrier leur étant destiné est en souffrance et distribuent ce courrier après avoir vérifié l'identité des personnes. Ils assurent également une veille quant à la validité des domiciliations.

Ce service, qui n'est pas financé par les pouvoirs publics, répond à un réel besoin des personnes sans domicile stable : bénéficiant d'une adresse administrative à laquelle elles peuvent recevoir leurs courriers et grâce à laquelle elles peuvent ouvrir un certain nombre de droits sociaux.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 202 personnes étaient domiciliées à Arcat.

52 personnes ont renouvelé leur domiciliation au cours de l'année. 149 personnes ont été nouvellement domiciliées au cours de l'année 2014.

34 personnes ont été radiées de ce service, soit parce qu'elles nous ont indiqué disposer d'un domicile stable, ou parce qu'elles ne sont pas venues chercher leur courrier pendant une période de trois mois. 87 personnes n'ont pas renouvelé leur domiciliation à terme échu.

Au 31 décembre 2014, 201 personnes avaient une domiciliation ouverte à Arcat.

### **Ainsi dans le courant de l'année 2014, 351 personnes ont bénéficié d'une domiciliation à Arcat dans le courant de l'année**

- 140 élections de domicile pour le bénéficiaire des prestations sociales
- 232 élections de domicile en matière d'AME  
(21 personnes bénéficient des 2 types d'élection de domicile)

En comparaison avec l'année 2013 (215 personnes domiciliées dans le courant de l'année), nous pouvons noter une augmentation du volume d'activité d'environ 63%.

L'augmentation du volume de domiciliation annuelle s'explique par plusieurs raisons :

- les difficultés d'accès à un hébergement stable demeurent ; la succession d'hébergement via le SIAO ne permettent pas aux personnes de centraliser leurs démarches administratives à l'adresse de leur hébergement.
- Les parcours de précarité des publics migrants se sont allongés depuis plusieurs années, notamment du fait du délai d'un an de présence en France requis par la Préfecture de Police de Paris pour permettre l'instruction d'une première demande de titre de séjour.

### ➤ **Gestion des brochures/publications mises à la disposition des usagers**

Un espace, à l'accueil de l'association complété par un présentoir à l'entrée de l'établissement, permet aux usagers de se fournir en brochures, revues spécialisées et documents traitant du VIH, des hépatites, du handicap. Les documents sont ceux publiés par l'association (notamment ceux réalisés par le secteur prévention migrants) et d'autres organismes, associatifs ou institutionnels traitant de ces sujets. Le réassort des documents présentés au public est effectué chaque semaine par l'accueillant chargé de la documentation. Les commandes sont réalisées en fonction de la consommation des documents et des besoins identifiés par les professionnels du Point Solidarité.

## **IV. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DU POINT S**

### **1. Des situations de précarité socio-économique aiguë**

Les quatre principaux indicateurs de la précarité socio-économique et du cumul de facteurs de vulnérabilité de la population reçue au Point S sont le logement, le niveau de ressources, la situation au regard du séjour et la protection sociale.

#### ➤ **Une instabilité locative**

80% des personnes accompagnées socialement ne disposent pas de logement autonome contre 61% en 2013.

La part des personnes hébergées chez un tiers représente 30% des personnes reçues par les travailleurs sociaux. Il est une nouvelle fois important de noter que l'hébergement chez un tiers est souvent marqué par une très grande instabilité et précarité, la majorité des personnes étant

contrainte de changer régulièrement d'hébergement, en changeant également de ville et de département, ce qui constitue un obstacle majeur pour la mise en œuvre de leur parcours de santé et plus largement pour l'ensemble des démarches administratives et sociales nécessitant un ancrage territorial des personnes. 26% des personnes accompagnées socialement sont SDF, parfois hébergées par le Samu social ou connaissant une errance dans leur parcours d'hébergement, alternant entre la rue et les espaces impropres à l'habitat.

### » **De faibles ressources mensuelles**

*En 2014, près d'une personne sur deux ne disposent d'aucune ressource (45%) alors qu'elles étaient 33% dans cette situation l'année précédente. 63% du public suivi socialement a des ressources inférieures à 800 €, montant de l'AAH, contre 50% en 2013. En ajoutant les personnes disposant de ressources inférieures à 1000 €, ce sont 81% des personnes reçues et accompagnées qui vivent sous le seuil de pauvreté. Ces données montrent la difficulté croissante pour les personnes malades d'obtenir une allocation de subsistance, impliquant une détérioration de la situation sociale des PVVIH accompagnées par l'association, avec des impacts délétères sur leur santé.*

### » **Des titres de séjour précaires**

49% des personnes accompagnées par les travailleurs sociaux ne disposent que d'un titre de séjour précaire (carte de séjour temporaire ou autorisation provisoire de séjour sans autorisation de travail,) et 24% n'ont aucun titre de séjour en leur possession au moment de l'initiation de l'accompagnement. Le travail en binôme avec la conseillère juridique prend ici tout son sens afin de permettre une régularisation du séjour pour raison de santé, nécessaire à l'ouverture des droits sociaux et à la stabilisation des situations économiques et sociales, indispensable pour la mise en œuvre d'un parcours de santé cohérent et efficient.

### » **Une couverture sociale précaire**

Les personnes couvertes par l'AME représentent 26% des personnes accompagnées alors qu'elles sont 38% à bénéficier de la CMU et 9% sont sans aucune couverture sociale au moment du premier rendez-vous (contre 3% en 2013). 27% (contre 19% en 2013) n'ont aucune couverture santé complémentaire ; chiffre en augmentation qui s'explique notamment par les effets de seuil de la CMUC. En effet, au-delà des plafonds révisés annuellement, l'octroi de la CMUC n'est pas possible. Hors l'aide à la complémentaire santé qui peut être sollicitée pour les personnes dépassant ce plafond ne permet pas de couvrir les frais d'une adhésion à une complémentaire santé. Face à la précarité économique, les personnes accompagnées sont contraintes de faire des choix budgétaires qui ne sont pas toujours en faveur de leur santé.

### » **Des orientations diverses et adaptées**

56 % des personnes sont orientées par d'autres associations de lutte contre le VIH ou les travailleurs sociaux des services de maladies infectieuses ou de médecine interne d'Ile-de-France, et 26% sont orientées par le Pôle Prévention Migrants d'Arcat ou des prestations d'insertions professionnelles animées par les chargées d'insertion de l'association. A noter que 18% des personnes sont des « anciens suivis » ou viennent sur les conseils de connaissances, preuve de l'identification de l'association comme lieu ressources répondant besoins d'accompagnements sociaux.

### » **Les besoins exprimés auprès du Point Solidarité par les PVVIH**

L'accompagnement social proposé par le Point Solidarité répond à des demandes explicites souvent fondée sur la réponse à des besoins primaires : se loger, se nourrir, avoir des ressources pour subvenir à ses besoins, ... Face à ces difficultés les problématiques de santé et l'accès au soin ne constitue souvent pas la priorité des personnes en situation de grande précarité sollicitant le soutien du Point Solidarité. Tout l'enjeu de l'accompagnement social sera alors d'accompagner les personnes dans la réponse à leurs besoins primaires afin de pouvoir les mobiliser sur les questions de santé et ainsi favoriser leur prise en charge et la mise en œuvre d'un parcours de santé adapté à leur situation, en lien avec le médecin de l'équipe.

La recherche d'hébergement d'urgence, pour des mises à l'abri, constitue l'une des premières démarches réalisées par les professionnels. Une deuxième étape sera ensuite d'accompagner les personnes dans l'accès à un hébergement stable et adapté au regard de leur situation administrative et socio-économique. Le travail en partenariat avec les différents SIAO d'Ile-de-France, et notamment ceux de Paris et de Seine-Saint-Denis s'avère essentiel pour permettre cet accès à une stabilité qui conditionnera le succès du parcours de santé des personnes accompagnées. La question de l'hébergement est souvent travaillé en lien avec le médecin de l'équipe. En effet, tout l'enjeu est de pouvoir adapter la recherche d'hébergement à la situation de santé de la personne afin de pouvoir envisager des orientations spécifiques prenant en considération les enjeux de l'observance des traitements, de la continuité des soins, et l'éducation thérapeutique des patients. Ainsi des orientations en LHSS ou en ACT sont régulièrement travaillées en concertation avec la personne, le médecin et les travailleurs sociaux.

## 2. L'enjeu central de l'hébergement et du logement

Le nombre de demandes de logement et/ou d'hébergement auquel les travailleurs sociaux doivent faire face reste significativement élevé : en 2014, sur les 182 personnes accompagnées sur le plan social, 79 personnes ont été accompagnées dans leur recherche d'hébergement et 58 dans leur demande de logement social.

Pour faire face aux difficultés d'orientation des personnes ne disposant pas de titre de titre de séjour et dont une orientation vers les dispositifs d'hébergement du Samu Social s'avère inadapté au regard de la santé, **ARCAT dispose de 11 places d'hébergement d'urgence** qui sont destinées à une mise à l'abri temporaire. Le temps de l'hébergement est alors mis à profit pour régulariser administrativement la situation des personnes afin qu'elles puissent accéder à des hébergements de stabilisation dans un délai acceptable.

Chaque personne intégrant le dispositif est informée qu'il s'agit d'un lieu de transition propre à stabiliser sa situation pour lui permettre de trouver, à terme, une solution d'hébergement plus adaptée. A l'admission, un contrat d'hébergement avec l'association est signé par le bénéficiaire et le Chef de service de l'association. La durée du contrat est de 3 mois renouvelables. Cependant, en application du principe de continuité prévu dans la Loi MOLE, sauf en cas de non respect des engagements, le contrat est renouvelé à l'aide d'avenants jusqu'à ce qu'il y ait une solution de sortie. La signature de ce contrat d'hébergement engage la personne accueillie. Elle doit ainsi participer, en fonction de ses ressources, au paiement de la chambre, rencontrer régulièrement son référent social, ainsi que les autres professionnels intervenant dans son accompagnement et respecter le règlement d'occupation des locaux. A ce titre, le contrat indique des objectifs afin de proposer un accompagnement personnalisé, adapté aux besoins de la personne. Les personnes ne disposant pas de ressources bénéficient d'une aide financière permettant de couvrir les besoins primaires (hygiène, alimentaire).

Ainsi, un accompagnement social renforcé est mis en place et tous les 3 mois, un bilan est effectué par le référent social afin d'évaluer et d'adapter les interventions des membres de l'équipe du Point solidarité.

En 2014, 17 personnes ont été accueillies sur le dispositif hébergement (13 femmes, 2 hommes, 2 personne transidentitaires).

Les 5 sorties correspondent à :

- 2 orientation en CHRS,
- 3 personnes ont accédé à un logement social autonome grâce à l'accompagnement opéré par l'association.

Le travail en partenariat avec le SIAO insertion de Paris, renforcé depuis le 2<sup>ème</sup> semestre 2014, à pour objectif de favoriser les orientations vers de l'hébergement de stabilisation et d'insertion, et ce afin de réduire les délais d'hébergement des places d'urgence d'ARCAT pour d'accueillir chaque année un plus grand nombre de personnes nécessitant une mise à l'abri.

Il a également été décidé en fin d'année 2014 de proposer un hébergement en chambre double. Cette décision est le fruit d'une réflexion menée en équipe. D'une part, le doublement des chambres permet d'augmenter notre capacité d'accueil et de réponse aux situations d'urgence. D'autre part, les conditions d'hébergement en chambres doubles sont davantage conformes à la réalité des hébergements d'urgence en Ile-de-France, ce qui favorise la mise en œuvre de projet d'hébergement en CHRS en relai de l'hébergement proposé par ARCAT. L'objectif est ici de permettre aux personnes hébergées de mesurer l'évolution positive de leur situation lors d'une admission en CHRS et de ne pas vivre cette réorientation comme une régression ou dégradation de leurs conditions d'hébergement, notamment dans le cas d'admission en CHRS collectif impliquant une cohabitation avec d'autres résidents.

### **3. L'accès aux soins et aux droits sociaux**

Afin de favoriser ou de permettre l'accès aux soins des personnes, il est nécessaire de s'assurer que les personnes suivies à Arcat bénéficient d'une couverture sociale :

- soit au titre de l'Aide médicale État (AME) pour les personnes étrangères en situation irrégulière ;
- soit au titre de la Couverture maladie universelle (CMU) et de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- soit au titre du régime général, pour les personnes exerçant une activité professionnelle ou pour les personnes ne pouvant accéder à la CMUC du fait d'un dépassement du barème de la sécurité sociale du plafond annuel de revenus.

L'accompagnement dans l'accès aux soins concerne la quasi-totalité des personnes suivies par les travailleurs sociaux du Point solidarité. Pour les personnes ne relevant pas de la CMUC, un accompagnement dans les démarches de recherche de complémentaire santé est proposé. Cependant, cet accès reste difficile car elles ne connaissent pas ce dispositif, ses enjeux et la complémentaire santé engendre un coût financier que peu de personnes sont prêtes à supporter compte tenu de leurs ressources modestes. D'autre part, les personnes pensent que le 100% au titre d'une affection de longue durée peut servir à couvrir d'autres frais de santé sans lien avec la pathologie (frais d'optique, dentaires...).

Ainsi, les travailleurs sociaux ont un rôle d'information et d'aide à la compréhension sur la fonction des complémentaires dans la prise en charge des frais de santé et sur les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une seconde couverture sociale : l'aide à la complémentaire santé délivrée par l'assurance maladie pour les personnes bénéficiaires de l'AAH ou dispositif complément santé Paris, prestation de la municipalité pour les personnes en situation de handicap.

Les personnes reçues font également face à une augmentation de leurs dépenses de santé notamment en raison de déremboursements (ou baisse de taux de remboursement) de médicaments et de la mise en oeuvre des franchises médicales. Ainsi, une subvention allouée par l'association Solidarité Sida à Arcat permet à des personnes ayant de faibles ressources (inférieures au montant du RSA) ou en rupture de droits, de bénéficier d'une aide financière exceptionnelle pour le paiement de traitement non pris en charge. Les travailleurs sociaux alertent également régulièrement de médecin de l'équipe afin qu'elle puisse faire le lien avec le médecin traitant et solliciter la prescription de traitement pris en charge par l'assurance maladie.

Enfin, en lien étroit avec la conseillère juridique de l'association, une des principales missions des travailleurs sociaux concerne l'accès aux droits et aux prestations légales et extra-légales.

Cela suppose un travail d'information, d'accompagnement et/ou d'orientation afin que les personnes accompagnées bénéficient d'un minimum de ressources via l'ouverture de droits aux minima sociaux (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé...), aux prestations familiales ou pour des aides spécifiques.

Plusieurs obstacles récurrents rencontrés par le public du Point Solidarité justifient cet accompagnement renforcé :

- allongement des délais d'instruction de la première demande de titre de séjour dans les préfectures, temps pendant lequel les personnes n'ont aucune aide ou allocation ;
- difficultés liées au renouvellement de la carte de séjour, comme la répétition de récépissés de renouvellement de carte d'une durée très courte, générant des interruptions de versement des prestations sociales par les organismes gestionnaires (notamment CAF) ;
- aides telles que le RSA conditionnées à la présentation de 5 titres de séjours consécutifs ;
- allocations non accessibles aux personnes bénéficiaires d'une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) de 3 ou 6 mois bien que la condition de régularité de séjour soit remplie.

Dans toutes ces situations, les travailleurs sociaux du Point Solidarité accompagnent les personnes dans leurs démarches et les soutiennent grâce à des aides ponctuelles sous forme de tickets service, d'aides financières à la mobilité ou d'aides en espèces.

## 4. Les aides financières et alimentaires, outil indispensable

### » Les aides financières de droit commun et d'associations

Lorsque la situation le permet, des organismes de droit commun sont sollicités en premier lieu. L'objectif est non seulement de préserver l'équilibre budgétaire déjà précaire des personnes, mais aussi et surtout d'encourager l'accès aux différentes aides publiques dans une logique de soutien à l'accès aux droits.

Ainsi, les personnes répondant aux critères d'accès à ces aides ont pu bénéficier de soutien de la part :

- du Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) pour des aides de la ville de Paris
- de la Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé (DASES) dont des aides au titre de l'ASE
- des Services sociaux départementaux (Conseil Généraux) comme le Fond de Solidarité au Logement
- de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour une aide à la complémentaire santé ou aide exceptionnelle à la prise en charge de frais de santé
- de la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour aide à l'ameublement à titre d'exemple
- ...

Lorsque les dispositifs publics ne peuvent être sollicités nous pouvons faire appel à différentes fondations ou associations (participants ou non à la lutte contre le VIH-Sida) pouvant proposer des aides financières, alimentaires, vestimentaires. En 2014, ont été sollicités : Solidarité Sida, Paris tous petits, Bouées de l'espoir, les Restos du cœur, le Secours catholique...

### » Les aides financières « internes »

L'association dispose d'une subvention attribuée par Solidarité Sida pour des aides en espèces et en tickets services. Les demandes sont étudiées lors d'une commission hebdomadaire, où sont présents les travailleurs sociaux du Point solidarité, leurs collègues du Pôle accompagnement ainsi que le Chef de service qui valide, *in fine*, la décision d'attribution.

Les aides financières sont accordées exclusivement aux personnes bénéficiant d'un suivi au sein de l'association et après avoir vérifié que les dispositifs de droit commun ne peuvent être mobilisés.

Les personnes prioritaires dans l'octroi de ces aides sont sans ressource (52 personnes soit 17% des personnes accompagnées par le Point solidarité), ne disposent pas de ressources suffisantes ou sont en rupture de versement de prestations. Aussi, les aides octroyées par l'association sont de différentes nature :

- *L'aide à la vie quotidienne* est attribuée sous forme d'espèces et/ou tickets services permettant d'acheter des produits alimentaires, d'hygiène et éventuellement des vêtements. Cette aide est d'autant plus importante que les personnes prennent souvent des traitements quotidiens lourds qui nécessitent une alimentation la plus équilibrée et la plus régulière possible.
- *L'aide à la mobilité* permet aux personnes d'acheter un titre de transport pour ne pas freiner leurs démarches de soins, de recherches d'emploi, ainsi que des démarches administratives et juridiques. Chaque demande est étudiée en fonction du projet de la personne.
- *L'aide à la régularisation* permet notamment le règlement des taxes de chancellerie liées à la délivrance d'un titre.
- *L'aide au maintien dans le logement* qui consiste en une aide exceptionnelle au paiement d'une dette locative ou de frais impactant le maintien dans le logement (facture énergétique...).
- *L'aide au financement de médicaments ou d'actes médicaux* attribuée si la personne ne dispose pas de couverture sociale, de couverture complémentaire ou que les médicaments/soins ne sont pas remboursés bien que ne relevant pas de soins de confort.
- Enfin, *une aide exceptionnelle* peut être attribuée *sous forme de prêt* pour des cours de français, l'avance d'une caution, l'achat de mobilier de première nécessité à l'entrée dans un nouveau logement...

## 5. L'insertion sociale et professionnelle

L'accompagnement social proposé par Arcat s'inscrit le plus souvent sur du moyen et long terme. Outre le travail sur l'insertion professionnelle mené par les chargées d'insertion, et en parallèle des démarches administratives, les personnes peuvent être accompagnées dans leur projet de vie, qu'il soit d'ordre familial (désir d'enfants, projet de regroupement familial...) ou professionnel, avec le concours d'autres structures partenaires.

L'isolement des personnes accompagnées nous conduit à proposer des orientations vers des structures qui proposent des activités de socialisation, complémentaires à celles menées dans le cadre des ateliers d'ARCAT, ou des activités d'échanges (comité des familles, AcceptesT, Marie-Madeleine, Ikambere, Maison des Familles, ...), créatives ou d'expression (groupes de paroles).

Une proportion importante des personnes suivies ne maîtrise pas ou mal la langue française. Le cas échéant, elles sont orientées vers des associations proposant des cours d'alphabétisation

et/ou de français langue étrangère (FLE), étape incontournable dans le parcours d'insertion ou de réinsertion. Depuis 2012, des cours de français sont proposés aux usagers du SAVS d'Arcat deux après midi par semaine ; les personnes vues dans le cadre du Point Solidarité peuvent également en bénéficier, généralement dans la perspective d'une orientation ultérieure vers le SAVS.

En effet, l'orientation vers le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) d'Arcat est régulièrement envisagée pour des personnes dont la situation est stabilisée au niveau administratif, financier et social mais dont l'autonomie n'est pas acquise.

## 6. L'accompagnement juridique

La permanence juridique du Point Solidarité est assurée par une juriste de formation qui propose des rendez-vous tout au long de la semaine, en complément de la permanence spécifique mise en place pour le public du SAVS. Identifiée depuis de nombreuses années autant par les professionnels que par le public, elle est dédiée aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et/ou les pathologies associées ainsi qu'à leurs proches.

L'année a été marquée par le retour de congé maternité de la conseillère juridique en mars 2014. Dans le cadre de l'activité du Point Solidarité, **176** personnes sont venues consulter la permanence juridique en 2014 (contre 164 en 2013). Il est à noter une **augmentation importante des premiers accueils** : 74 nouvelles personnes ont pu être accompagnées en 2014 (contre 35 en 2013). Elles représentent 42% du public reçu cette année (contre 22% en 2013). Il s'agit pour la grande majorité de personnes dans des situations sociales et médicales très difficiles, en lien avec l'annonce récente de leur pathologie et/ou l'absence de droit au séjour en France.

En 2014, le nombre d'interventions s'élève à 709 (+8% par rapport à 2013). 626 entretiens ont été réalisés (contre 592 en 2013) et 83 accompagnements extérieurs effectués (75 en 2013).

L'activité juridique nécessitant par ailleurs un temps important de travail en dehors des entretiens, l'adaptation permanente dans l'organisation de la permanence permet de maintenir un niveau élevé d'accueils. La conseillère juridique est ainsi amenée à accompagner plusieurs personnes en même temps à la Préfecture dans le dépôt d'une première demande de titre de séjour.

Il est veillé constamment à assurer un accueil adapté à la complexité du dossier et au besoin d'écoute de la personne. Il est ainsi récurrent que la durée des entretiens dépasse une heure.

En plus de cette activité quotidienne d'accueil et de suivi des dossiers, la conseillère juridique répond aux sollicitations des partenaires extérieurs par téléphone et par internet et leur apporte un appui technique.

Elle assure une veille juridique et diffuse auprès de l'équipe d'accompagnement d'Arcat et du réseau des informations sur les évolutions législatives, réglementaires et jurisprudentielles en droit des étrangers, de la protection sociale et des personnes handicapées.

Dans une démarche d'échanges de pratiques, elle rencontre régulièrement des avocats et des associations œuvrant dans l'accès aux droits, dans le champ de la santé et dans la lutte contre le VIH. Elle participe également au collectif ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers).

La conseillère juridique informe et assure un accompagnement des personnes sur des problématiques variées :

- Le droit au séjour pour raison médicale et les droits sociaux (protection sociale, allocation adulte handicapé, prestations sociales, etc.)
- Le droit des malades, le droit du travail (temps partiel thérapeutique, médecine du travail, licenciement, arrêts de travail...), la lutte contre les discriminations
- Le droit de la famille (mariages, PACS, divorces) et le droit de vivre en famille (regroupement familial, régularisation administrative d'un conjoint...)
- La nationalité
- Les procédures d'expulsion locative et les procédures pénales

Ses interventions comprennent :

- des informations sur l'état du droit et les procédures, la prévention des litiges ;
- le montage, le suivi des dossiers et l'aide dans les démarches auprès des institutions administratives, judiciaires et en direction de divers organismes. (rédactions de lettres, appels téléphoniques, médiation, classement des justificatifs) ;
- l'introduction de recours et de requêtes selon la nature des dossiers ;
- la constitution des dossiers de demande d'aide juridictionnelle ;
- l'accompagnement physique dans les institutions et lors des audiences, en complément de la demande préalable formulée.

### ➤ **Un profil stable des personnes fréquentant la permanence juridique**

En 2014, la part des hommes et celle des femmes est quasi équivalente (respectivement 46% et 47%). Les personnes transidentitaires constituent depuis plusieurs années 6% du public reçu.

Les personnes accueillies proviennent toujours des 8 départements de la région francilienne, ce qui démontre l'identification de l'activité de la permanence juridique dans de nombreux réseaux. 40% des personnes reçues résident en dehors de Paris.

En 2014, les services hospitaliers restent la première origine d'orientations. 34% des personnes accompagnées ont connu la permanence juridique par les médecins et les services sociaux des hôpitaux (services de maladies infectieuses et tropicales et de gastro-entérologie). Les autres orientations s'effectuent essentiellement par le Point Solidarité, le secteur prévention d'ARCAT et les chargés d'insertion (23%) et les associations partenaires (22%). Le bouche-à-oreille et le site internet représentent respectivement 11% et 4% des orientations.

76% des personnes vivent avec le VIH/Sida et/ou une autre pathologie. La part des personnes de l'entourage des malades reste importante : 14% (contre 15% en 2013). Les personnes mono-infectées par une hépatite virale représentent 10% des personnes accueillies en 2014.

Comme les années précédentes, on constate la présence de **deux publics distincts** reçus dans le cadre de la permanence juridique :

### **1/ Les personnes en situation sociale et médicale très précaire, en lien avec l'annonce récente de leur pathologie et/ou l'absence de droit au séjour en France**

Elles représentent 66% des personnes accompagnées. Ce chiffre est en augmentation du fait d'une réception plus importante des personnes sollicitant un premier accueil à Arcat. Ce sont majoritairement les personnes en situation de grande vulnérabilité. Parmi elles, 55% ne disposent d'aucune ressource et 62% sont sans domicile fixe, vivent en hôtel, sont hébergées par des tiers ou relèvent de structures d'hébergement. La part des personnes sans domicile fixe représente 7% du public reçu en 2014.

Cette précarité prégnante est à mettre en perspective avec la situation administrative des personnes : 44% du public reçu est sans titre de séjour, sous une mesure d'éloignement du territoire ou bénéficie d'un titre extrêmement précaire (autorisation provisoire de séjour sans droit au travail d'une durée maximum de six mois).

Ces personnes, particulièrement fragilisées sur le plan médico-social, rencontrent depuis plusieurs années des difficultés accrues à faire valoir leurs droits autant au regard de la multiplication des obstacles administratifs pour accéder aux procédures que de l'allongement des délais de traitement des demandes.

### **2/ Les personnes qui ont réussi leur parcours social mais qui peinent à accéder à une situation administrative stable**

représentant 34% du public reçu, ces personnes disposent, majoritairement, de ressources stables (activité professionnelle et/ou allocation aux adultes handicapés). Présentes en France depuis de nombreuses années, elles sont, pour une part

importante, locataires de leur logement. Toutefois, la stabilité sociale et/ou professionnelle de ces personnes ne s'est pas accompagnée, malgré leur ancienneté en France, d'une stabilité administrative. Bien que 21% du public reçu à la permanence ont des ressources supérieures au SMIC, elles sont maintenues dans une situation précaire au regard de leur titre de séjour (carte de séjour temporaire à renouveler annuellement ; difficulté, voire impossibilité dans certains départements, d'obtenir une carte de résident de dix ans).

Cette situation administrative implique des difficultés d'ordre pratique et juridique dans leur vie quotidienne et professionnelle et induit de grandes inquiétudes.

Les démarches inhérentes à la demande de carte de résident sont longues et fastidieuses car elles nécessitent de rassembler un grand nombre de documents retraçant l'ensemble du parcours de la personne. Elles sont également incertaines quant à leur issue en raison d'une législation très restrictive qui laisse à l'autorité administrative une libre appréciation sur ces dossiers.

Les relais juridiques extérieurs dans ce domaine sont très difficiles à trouver. Les personnes orientées vers les dispositifs classiques d'accès au droit sont systématiquement renvoyées vers la conseillère juridique, ceux-ci n'assurant pas la constitution de ces dossiers.

### » **Accompagner les personnes confrontées à la multiplication des obstacles au dépôt des premières demandes de titre de séjour**

En 2014, près d'un tiers des personnes (soit 60 personnes) ont bénéficié d'un appui par la conseillère juridique pour le dépôt de leur première demande de titre de séjour.

Ce chiffre important reflète les difficultés des étrangers sans titre de séjour dans leur démarche de première demande de titre de séjour. Depuis plusieurs années, la tendance des autorités préfectorales est d'exiger la production d'un nombre croissant de documents, et dans une part non négligeable, non visés par la réglementation : preuves de présence en France depuis au moins un an, fiches d'identification, droits ouverts en cours auprès de la couverture sociale, actes d'état civil (acte de mariage, acte de divorce, acte de naissance des enfants, etc.), passeport en cours de validité en plus de l'acte de naissance, etc. Ces pratiques sont ancrées, en dépit de la jurisprudence, et des textes législatifs et réglementaires (instructions, circulaires ministérielles...).

Les personnes placées dans une situation sociale précaire, confrontées à des changements d'hébergement fréquents ou bénéficiant d'une adresse de domiciliation, rencontrent le plus de difficultés à enregistrer leur demande. L'accès aux droits et aux soins est ainsi rendu complexe et se combine souvent avec des délais de traitement très longs (ex : un an et demi à Paris et dans les Hauts-de-Seine).

Le montage des dossiers en amont de la présentation en préfecture et l'accompagnement physique des intéressés par la conseillère juridique constituent une composante importante de la

réussite de la démarche, d'autant plus essentielle s'agissant de personnes fragilisées par un diagnostic récent.

» **Intervenir pour les personnes vivant avec le VIH ou mono-infectées par une hépatite sous mesures d'éloignement du territoire**

L'année 2014 a vu de nouveaux cas de refus de titre de séjour pris à l'encontre de personnes vivant avec le VIH, en dépit de l'instruction du 10 novembre 2011, émanant de la Direction Générale de la Santé. En Île-de-France, ces avis négatifs concernent, dans leur ensemble, des personnes sous traitement antirétroviral et ont été identifiées dans les Hauts-de-Seine (92), le Val-de-Marne (94) et Paris (75)

La conseillère juridique a pris en charge quatre dossiers de refus de séjour opposés à des personnes originaires du Pérou, de l'Équateur, de la Côte d'Ivoire, et de la Guinée. Des demandes de changement de statuts ont été envisagées pour deux d'entre elles. L'un a été favorable, l'autre est en attente de réponse. Un recours en annulation a été introduit devant le tribunal administratif pour la troisième personne. Et une nouvelle démarche va être effectuée en 2015 pour la quatrième.

En 2014, les personnes souffrant d'une hépatite continuent à faire face à des complications pour accéder ou renouveler leur titre de séjour pour raison médicale. L'intervention de la conseillère juridique consiste le plus souvent à contester les mesures d'éloignement dont elles font l'objet et/ou à les accompagner sur d'autres motifs de régularisation, si la situation le permet : carte de séjour temporaire mention "salarié", au titre des attaches familiales en France ou de leur ancienneté de présence.

Six personnes séropositives ont également été accompagnées dans la contestation de mesures d'éloignement qui faisaient suite à un contrôle d'identité ou à des procédures qu'elles avaient initialement introduites (ancienne demande d'asile ou demande antérieure de titre de séjour).

Si l'ensemble de ces situations ont obtenu une issue favorable, par la voie du réexamen gracieux auprès des autorités préfectorales, elles appellent à une particulière vigilance de l'ensemble des professionnels qui les suivent ainsi qu'un accompagnement spécifique de la part de la conseillère juridique.

» **Agir pour les personnes bloquées dans leurs pays d'origine et les placements en rétention**

Phénomène sporadique les précédentes années, 2014 a été marquée par l'intervention de la conseillère juridique dans plusieurs dossiers de personnes se trouvant dans l'impossibilité de revenir en France, malgré leur résidence habituelle sur notre territoire et leur situation régulière au regard du séjour.

Trois personnes originaires du Mali, du Burundi et du Cameroun sont restées bloquées, dans leur pays d'origine, à la suite de la perte de leur titre de séjour et d'un refus de visa concomitant pris par les autorités consulaires. Des démarches appuyées et répétées de la conseillère juridique ont été nécessaires pour permettre le retour en France de deux de ces personnes. Il est à noter que l'une d'entre-elles s'est retrouvée en rupture de traitements

La conseillère juridique est également intervenue pour une personne serbe, touchée par une hépatite C, placée au Centre de Rétention Administrative (CRA) de Vincennes, à la suite d'un contrôle d'identité. Les soins nécessaires pour cette personne en France ont justifié sa libération du centre de rétention (sur critères médicaux).

### » Favoriser la stabilité de la situation administrative des personnes dans le temps et l'accès à la citoyenneté

Les personnes étrangères malades peuvent être confrontées à une précarité de leur statut administratif, tout au long de leur parcours administratif.

En 2014, **10% des personnes reçues** à la permanence se voient remettre des **Autorisations Provisoires de Séjour (APS)**. N'autorisant pas à travailler et d'une durée maximale de six mois, elles sont parfois renouvelées pendant de longs mois, voire pendant plusieurs années. Pour la majorité des situations rencontrées, elles sont délivrées à la place de la carte de séjour temporaire, prévue par la réglementation, pour les personnes étrangères gravement malades résidant habituellement en France. L'aboutissement des démarches visent à obtenir, dans les meilleurs délais, la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiales », conformément à la législation en vigueur, qui leur permet de vivre dignement.

Pour les personnes qui ont obtenu la carte de séjour et qui renouvellent depuis plusieurs années ce titre de séjour, **l'accès à une carte de résident** de dix ans est pour elles la reconnaissance de la stabilité de leur séjour et de leurs parcours en France. Pourtant, elles se heurtent à des refus de diverses natures (refus oraux pour la majorité, sous forme écrite parfois).

La difficulté d'accéder à la carte de résident de dix ans fait partie des inquiétudes du public accompagné. Le montage de tels dossiers demande qu'on y consacre un long moment. Le pouvoir discrétionnaire du préfet en cette matière se traduit, dans de nombreuses préfectures, par des refus récurrents aux demandes formulées par les personnes titulaires de titres de séjour pour raison médicale, quelque soit leur situation et même si celle-ci répond en tout point aux critères visés par la loi.

La conseillère juridique accompagne ainsi des personnes avec un nombre considérable de cartes de séjour temporaire. Un homme reçu à la permanence est en possession de 15 cartes de séjour renouvelées depuis 1999. Désormais retraité, il a travaillé dix années en France, malgré

une invalidité avérée. Le phénomène de refus systématique d'accès à la carte de résident, opposé aux étrangers titulaires de cartes de séjour pour raison médicale, persiste à la préfecture de police de Paris.

L'arrêt du 16 décembre 2013 du Conseil d'État qui exclut l'allocation aux adultes handicapés (AAH) du calcul des ressources du demandeur pour la demande de carte de résident, empêche désormais aux personnes invalides et/ou atteints de handicaps qui cumulent pourtant une activité professionnelle à temps partiel d'accéder aux conditions de délivrance de la carte de résident. Cette décision, qui va à l'encontre des délibérations du défenseur des droits, légitime la pratique de certaines préfectures qui renouvellent incessamment des titres de séjour temporaires à des personnes dont l'état de santé est particulièrement dégradé, alors même qu'elles occupent une activité salariée.

Malgré la réforme issue de la loi du 16 juin 2011 qui a introduit de nouvelles conditions (test de français, etc.), **les demandes de naturalisation** obtiennent, comme les années précédentes, de meilleurs résultats que celles formulées pour obtenir une carte de résident. Cependant, la demande de naturalisation exclut les personnes avec un conjoint ou un enfant mineur resté au pays d'origine. Elle exige par ailleurs qu'on retrace l'ensemble de la vie personnelle et professionnelle de la personne et de rassembler de nombreux documents. Le temps consacré à compléter le formulaire est également important ainsi que celui pour préparer l'entretien réglementaire prévu dans le cadre de cette procédure.

Si la conseillère juridique accompagne un nombre important de personnes sur des demandes de délivrance de carte de résident et d'accès à la nationalité française (25% de la file active de la permanence), l'ensemble des sollicitations des personnes ne peuvent être traitées, au regard du nombre élevé de dossiers concernés, et de la nécessité d'accompagner, en priorité, les personnes en situation placée en grande précarité administrative.

### » **Intervenir sur la qualité de vie des personnes malades : le droit de vivre en famille**

La conseillère juridique assure l'accueil de l'entourage des personnes vivant avec le VIH/Sida, le VHC et le VHB. Les membres de famille représentent ainsi 15% des personnes reçues à la permanence.

La présence de proches aux côtés des personnes gravement malades est une composante très importante de leur qualité de vie et favorise leur inscription dans les soins.

Comme l'année précédente, 2014 a été marquée par la constitution de dossiers de conjoint(e)s et partenaires de PACS de personnes malades dans le cadre de la circulaire dite « Valls » du 28 novembre 2012. La plupart de ces demandes sont en attente de réponse. Toutefois, les

membres de famille n'ont pas pu dans leur ensemble déposer de dossier, les intéressé(e)s devant remplir des conditions cumulatives : une présence de cinq ans en France, une durée de 18 mois de vie commune du couple et la pratique de la langue française.

Cinq procédures de regroupement familial ont également été constituées et accompagnées en 2014 tant en demandes préalables qu'après l'introduction de recours gracieux. L'ensemble des dossiers ont connu une issue favorable.

Si les interventions de la conseillère juridique concernent couramment la question du droit au séjour des personnes malades et de leur famille, la **diversité des thématiques abordées dans le cadre de la permanence** ne doit pas être occultée.

Ainsi, **les droits sociaux, le droit du travail, les procédures d'expulsion locative, le droit des malades, les discriminations et les procédures pénales** restent des **problématiques récurrentes**. Deux personnes ont été accompagnées devant le tribunal du contentieux de l'incapacité et celui des affaires de sécurité sociale. Des orientations adaptées aux situations exposées sont constamment réalisées auprès du défenseur des droits, d'associations ou d'institutions spécialisées.

Les personnes vivant avec le VIH et/ou pathologies associées sont susceptibles de rencontrer des difficultés administratives et juridiques, tout au long de leur parcours. L'évolution permanente des textes et des pratiques, l'ancrage des discriminations qu'elles peuvent rencontrer, nécessitent un concours extérieur qui accompagne et soutient les procédures, en portant une particulière attention aux conséquences qu'elles peuvent avoir sur leur santé.

## V. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE CADRE DU SAVS

### 1. L'accompagnement social

Le VIH, les hépatites, et les pathologies associées participent à la dégradation des situations sociales des personnes accompagnées et ont un impact délétère sur leur sphère psychologique, professionnelle, affective, familiale, et plus largement leur qualité de vie et leur bien être. L'objectif de l'accompagnement social proposé par le SAVS vise à lutter contre la précarité socio-économique des bénéficiaires en favorisant l'accès et le maintien des droits sociaux, conditions indispensables au succès thérapeutique (reposant en partie sur l'observance des traitements et l'inscription dans un parcours de soins souvent complexe et contraignant), à la préservation voire l'amélioration de la santé globale et *in fine* à l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

L'accompagnement social est primordial pour tous les usagers accueillis qui rencontrent une grande diversité de problématiques sociales liées à l'accès et au maintien de leurs droits, à la

précarité économique, à des conditions d'hébergement ou de logement inadaptées à leur situation de santé, de façon plus aiguë encore lorsque s'y ajoutent la barrière de la langue et les freins liés aux représentations culturelles.

**En 2014, toutes les personnes accueillies au sein du SAVS ont bénéficié d'un accompagnement social assuré par un travailleur social diplômé d'état** (assistant social, éducateur spécialisé ou conseiller en économie social et familial). Ces professionnels ont réalisé **582 entretiens** : 5,6 entretiens sociaux en moyenne par usager et 194 entretiens en moyenne par travailleur social.

Cet accompagnement social spécifique, adapté aux besoins des personnes et prenant en considération leurs problématiques de santé, s'attache également à favoriser la poursuite de l'accompagnement pluridisciplinaire du SAVS en mettant tout en œuvre pour renouveler dans les délais impartis les orientations SAVS de la MDPH et les demandes d'aide sociale départementale. En effet, au regard des difficultés d'accès et plus encore de maintien de l'ASL, dues notamment à des conditions d'hébergement non stabilisées ou des titres de séjour à renouveler chaque année (avec délivrance par la Préfecture de Police de récépissés de quelques mois pour assurer la jonction entre 2 titres), les démarches pour garantir la continuité de l'accompagnement pluridisciplinaire proposé par le SAVS sont nombreuses, souvent fastidieuses pour les personnes accompagnées et nécessitent un suivi rigoureux des démarches et échéances administratives.

### » **Un accompagnement social qui s'articule autour de 3 axes principaux :**

- **Le logement et le « bien habiter »** : 30% des usagers du SAVS étaient hébergés à l'hôtel ou chez un tiers au début de leur accompagnement et la majorité vit dans des **conditions d'habitat indignes, indécentes ou inadaptées à leur situation** : hôtel, insalubrité, sur occupation, logement inadapté au handicap, logement du parc privé avec un taux d'effort trop important ... Cette problématique majeure et centrale nous amène à proposer un accompagnement soutenu vers et dans le logement. Au 31/12/2014, la proportion de personnes dans une situation d'hébergement instable (hôtel et chez un tiers) est ramenée à 6%.

- **Les ressources** : 94% des personnes accompagnées ont des ressources inférieures à 1000€ par mois au 31/12/2014.

La précarité économique se concrétise dans la vie quotidienne des usagers par un budget très modeste qui peut être rapidement déséquilibré. Les déséquilibres budgétaires peuvent notamment résulter :

de ruptures temporaires de revenus (non respect du délai de traitement de renouvellement à la MDPH, impact sur les prestations CAF / AAH)

de la perte de revenus (perte d'un emploi, fin de droits à l'ARE...)  
de dépenses importantes non anticipées ou mal maîtrisées (factures en énergie importantes)  
d'un changement de la composition familiale  
de situations de surendettement, pour palier cette précarité économique

Les difficultés économiques empêchent les personnes accompagnées de subvenir à leurs besoins primaires, nécessitant des attributions d'aides financières en urgence, en sollicitant les dispositifs de droit commun ou les associations.

Elles sont un obstacle majeur au succès thérapeutique car elles entraînent des ruptures de soins et d'observance du traitement.

Elles sont enfin à l'origine de problématiques psychologiques, de repli sur soi et d'estime de soi, se traduisant par une moindre socialisation.

Ces difficultés nous amènent à proposer un accompagnement éducatif budgétaire et à mener un travail de négociation et de médiation avec les créanciers concernés afin d'obtenir des paiements en échancier, des dégrèvements ou des abattements spécifiques. En cas d'échec de la négociation / médiation entre le débiteur et le créancier, nous pouvons être amenés à saisir la commission de surendettement de la Banque de France. Enfin, lorsque les personnes ont un reste à vivre très faible, nous pouvons solliciter une aide exceptionnelle auprès de certains organismes afin d'obtenir un soutien alimentaire ponctuel : service solidarité du CASVP, Solidarité Sida, Paris Tout P'tits (colis bébés), les restaurants du Coeur, le Secours Catholique.

- L'accompagnement social s'attache enfin à soutenir **la construction des projets de vie, professionnelle, affective et familiale** des bénéficiaires. Il s'agit de pouvoir les orienter pour réunir les conditions nécessaires à la construction de leurs projets. Cet accompagnement se fait en lien avec les autres professionnels du SAVS. Ainsi, la construction du projet professionnel nécessite de travailler en lien avec les chargées d'insertion mais également avec le médecin conseil d'ARCAT pour s'assurer que le projet est en cohérence avec l'état de santé.

Les projets de vie affective et familiale peuvent nécessiter l'intervention de la conseillère juridique, notamment pour les demandes de régularisation de conjoint ou de regroupement familial pour les conjoints et enfants vivant au pays. Ces accompagnements sont particulièrement complexes car les conditions nécessaires à l'obtention d'une autorisation pour le regroupement familial sont strictes voire discriminantes pour des personnes malades dont les allocations spécifiques (comme l'AAH) ne sont pas prises en compte dans le calcul des ressources.

L'élaboration de projets de vie peut également nécessiter l'intervention de la psychologue ou du médecin, notamment en ce qui concerne le désir d'enfant, la construction d'une vie de couple ou la reconstruction des liens familiaux.

Enfin, bien que centré sur les personnes bénéficiaires, l'accompagnement social proposé tend à s'ouvrir aux autres membres de la famille (conjoint et enfants) amenant les travailleurs sociaux à proposer lorsque nécessaire un **soutien à la parentalité** en lien avec des associations ayant une expertise spécifique dans ce domaine.

### » Un accompagnement social qui répond à des besoins spécifiques

Le SAVS d'ARCAT accueille majoritairement des **personnes migrantes**, n'ayant pas une bonne connaissance des dispositifs sociaux existants et du fonctionnement des administrations, ce qui impacte leur capacité d'autonomie pour réaliser les démarches administratives en lien avec leurs besoins et leur projet. Les travailleurs sociaux proposent ainsi, dans le cadre de leur accompagnement social, un suivi soutenu des démarches administratives d'accès et de maintien des droits, et travaillent en collaboration avec la chargée de vie sociale individuelle pour accompagner physiquement les personnes dans les différentes administrations ou services, en vue de les amener à identifier les interlocuteurs extérieurs en fonction de leurs missions, et à comprendre les démarches qui leur sont proposées en lien avec leurs objectifs personnels.

Une partie du public accompagné maîtrise mal le français, soit parce qu'il ne s'agit pas de sa langue maternelle, soit du fait d'une scolarisation courte ou chaotique. Soutenir l'autonomie des personnes accompagnées implique de renforcer leurs compétences, notamment en ce qui concerne la maîtrise de la langue. L'accompagnement social s'attache donc à construire des projets d'apprentissage du français (cours de français langue étrangère – FLE) ou de renforcement de compétences (cours de français pour adulte et plus rarement d'alphabétisation). De surcroît, dans un souci de promotion de la bientraitance et d'amélioration du service rendu, l'établissement fait désormais appel à des prestations d'interprétariat téléphonique (voir infra dans le chapitre consacré à la Démarche qualité).

Les personnes migrantes accompagnées ont acquis un **droit au séjour**, le plus souvent pour raison de santé, mais les démarches de renouvellement de la carte de séjour « vie privée et familiale » pour les « étrangers malades » sont contraignantes et les obstacles au renouvellement fréquents pour des personnes isolées, malades et précaires (file d'attente à la Préfecture dès 4 ou 5 heures du matin, demandes de pièces justificatives nouvelles et non prévues par les textes initiaux, convocations difficilement compatibles avec l'activité professionnelle, coût des taxes de séjour et des copies pour constituer le dossier etc.).

Ces difficultés liées au renouvellement du titre de séjour (répétition des récépissés de renouvellement de carte de séjour d'une durée très courte) génèrent des interruptions de versement de prestations sociales ou d'allocations, demandent une grande vigilance de la part

des travailleurs sociaux et confère aux travailleurs sociaux un rôle d'information auprès des personnes accueillies.

Parmi le public migrant, le SAVS d'ARCAT accompagne un nombre important de **personnes transidentitaires**. Rencontrées initialement dans le cadre des programmes de prévention menés par ailleurs par l'association, elles sont régulièrement orientées vers le SAVS compte-tenu de leur cumul de vulnérabilité. Ces bénéficiaires ont en effet connu pour une majorité d'entre-elles, des parcours migratoires chaotiques d'Amérique Latine jusqu'en Europe. Les discriminations vécues dans leur pays d'origine puis en France, l'exercice de la prostitution dans des conditions les exposant à de multiples risques, leur non maîtrise du français, leurs conditions de vie souvent incompatibles avec leurs problématiques de santé (hébergement en hôtel au mois, à plusieurs, dans des chambres dégradées et au loyer exorbitant) sont autant de freins à l'inscription dans un parcours de soin et d'inclusion sociale. L'accompagnement social proposé par le SAVS s'attache à prendre en considération tous ces facteurs de vulnérabilité et à offrir un espace bienveillant et sécurisant pour leur permettre de construire leurs projets de vie. Ces accompagnements s'inscrivent dans le temps, sur plusieurs années, et nécessitent de lever progressivement les freins rencontrés en vue d'accéder à leurs droits, à des ressources stables, à un logement autonome, ...

Du fait du caractère évolutif du VIH et des hépatites, nous accompagnons **des personnes confrontées à une dégradation de leur état de santé ou souffrant de multi-pathologies**. La dégradation somatique ou le cumul de pathologies peuvent être liés à la pénibilité de l'emploi occupé et/ou à des comorbidités ainsi qu'au vieillissement prématuré induit par la pathologie. Ces personnes font davantage face à des difficultés liées à la perte d'autonomie dans la réalisation des actes administratifs et de la vie quotidienne et ont d'autant plus besoin d'être soutenues et accompagnées physiquement. L'accompagnement social doit ainsi être pensé et travaillé en lien avec les problématiques de coordination des soins et d'intervention au domicile avec les autres professionnels de l'association, notamment les chargées de vie sociale et le médecin d'ARCAT ainsi que les professionnels de santé extérieurs (médecin traitant et/ou hospitalier de l'utilisateur, Centre Médicaux Psychologique, ...).

Outre la prise en charge médicale qui se complexifie et l'altération de l'autonomie des personnes, ces évolutions négatives de l'état de santé ont des conséquences néfastes sur **le maintien dans l'emploi** et nécessitent un réel travail de complémentarité avec les chargées d'insertion et la psychologue pour accompagner la personne dans l'acceptation de la pathologie et du handicap, dans l'adaptation de son poste de travail ou dans l'élaboration d'un projet professionnel adapté. Le projet d'établissement du SAVS d'Arcat comprend un objectif de rupture de l'isolement, fondé sur le constat encore trop largement documenté que le cumul d'un parcours migratoire suscitant

stigmatisation et difficultés d'accès aux droits et d'une pathologie marquée par le secret induit un isolement socio-relational avec des effets sur la santé psychique.

## **2. Le soutien psychologique**

Le soutien psychologique au sein du SAVS d'ARCAT est assuré par une psychologue clinicienne à raison d'un jour et demi de consultations par semaine. Elle propose des entretiens individuels aux personnes accompagnées par l'association, soit en répondant à leur demande directe, soit sur orientation d'un membre de l'équipe d'accompagnement. Le travail de la psychologue s'inscrit dans la logique de l'accompagnement pluridisciplinaire proposé au SAVS. Outre les entretiens avec les patients, la psychologue participe aux différentes réunions institutionnelles : réunions d'équipe, commissions d'admission du SAVS.

### **» La fonction du psychologue au SAVS**

Les missions de la psychologue suivent 2 axes de travail : la réalisation d'entretiens de soutien, d'évaluation et d'orientation, et l'apport d'une expertise clinique à l'équipe pluridisciplinaire.

La position principale du psychologue est donc celle du clinicien qui reçoit des personnes en entretien. Ces entretiens peuvent prendre trois formes :

des entretiens de soutien psychologique qui peuvent être ponctuels ou réguliers :

des accompagnements de type prise en charge psychothérapeutique :

des entretiens d'évaluation qui permettent d'orienter la personne vers la structure la plus adaptée à sa problématique.

La psychologue exerce également un rôle d'expert qui apporte, grâce à son écoute, un éclairage clinique à l'équipe pluridisciplinaire du SAVS. Lors des temps institutionnels (réunions d'équipe hebdomadaires) mais aussi lors de temps informels d'échange avec les différents professionnels, elle apporte les éléments d'informations qui permettent le positionnement d'accompagnement médico-social adéquat à la qualité de la prise en charge.

### **» Les orientations vers la psychologue**

Deux types d'orientations peuvent être distingués :

- soit l'un des professionnels (assistantes sociales, conseillère en insertion professionnelle, conseillère juridique, chargées de vie sociale...) entend une demande explicite de soutien psychologique à l'occasion d'un entretien individuel : la personne exprime qu'elle se sent « déprimée », « triste », « démoralisée » et manifeste explicitement un besoin de soutien face à ces difficultés précises, ce qui facilite la proposition d'orientation vers la psychologue ;

- soit, et c'est le cas le plus fréquent, les professionnels, avec leur pratique et leur expérience, repèrent une souffrance, verbalisée ou non, qui ne peut être traitée dans leur cadre d'intervention

propre : la personne se plaint par exemple de douleurs, de trous de mémoire, de cauchemars, de troubles du sommeil, d'angoisses ou de difficultés de concentration... Ces symptômes sont « déposés » auprès du professionnel, qui évoquera alors la situation en réunion de synthèse avant de proposer à l'utilisateur de rencontrer le/la psychologue.

Le soutien psychologique n'est généralement pas une demande spontanée de la personne elle-même. A la proposition faite par leur interlocuteur habituel au sein du SAVS de rencontrer la psychologue, la réponse est presque systématiquement positive, ce qui n'est toutefois pas un gage d'adhésion dans la durée à la consultation psychothérapeutique. En effet, prises dans un lien transférentiel, les personnes peuvent accepter mais elles ne pourront pas adhérer sans un temps de réflexion construite qui les amène à exprimer subjectivement une demande d'accompagnement psychologique. Pour la personne cela peut être « trop tôt », ou bien « voir un psychologue » peut être vécu comme la manifestation ou la reconnaissance de la folie, du stigmata, d'une « double peine » que serait le VIH et ses conséquences psychiques. Ces résistances sont souvent l'expression des représentations qui entourent le psychologue, représentations qui peuvent être particulièrement fortes dans certaines cultures. Il est ainsi nécessaire pour les professionnels engagés dans l'accompagnement d'accepter qu'une souffrance psychique ou des fragilités psychologiques, bien qu'identifiées par leurs soins, n'aboutiront pas forcément à une prise en charge psychologique au sein d'ARCAT. C'est aussi à cet endroit – le soutien aux collègues dans la compréhension du cheminement de l'utilisateur dans son projet personnel – que se situe la place du psychologue au SAVS.

### » **La demande de soutien psychologique**

L'accompagnement psychologique s'inscrit dans une temporalité différente des autres services proposés par le SAVS. La notion de temps, dans le bureau d'un psychologue, est différente de celle du temps social ou celle du temps dit juridique. La consultation y constitue un lieu d'écoute affranchi de la notion de temps, où l'urgence ressentie est celle de l'urgence psychique et non celle des délais administratifs. C'est un espace dans lequel on peut « prendre le temps », ce temps qui manque dans bien d'autres démarches contraintes et déterminées par l'urgence de « trouver une solution » à des problèmes immédiats.

La demande de soutien psychologique par les usagers est très variable.

Certaines personnes souhaitent rencontrer la psychologue dans le cadre d'un appui ponctuel afin de pouvoir se rassurer sur des points précis de leur existence. Ils viennent quand ils commencent à ressentir les prodromes d'une angoisse ou d'affects dépressifs. Dans ce cas, le soutien psychologique sera « utilisé » comme un lieu ressource, permettant de ne pas laisser s'installer des angoisses massives, voire une dépression plus profonde. Le lieu de parole est ainsi recherché comme un étayage pour dialectiser des questions qui suscitent des angoisses. Ces patients sont généralement des personnes qui ont déjà fait une expérience de prise en charge

psychothérapeutique dans les années passées et semblent ainsi avoir acquis la capacité à reconnaître leur besoin et à mobiliser le soutien du psychologue à bon escient.

Pour d'autres patients, la demande concernera un travail d'élaboration qui s'apparentera davantage à une prise en charge psychothérapeutique.

### » **Le réseau partenarial et le travail de coordination**

Pour certaines personnes accompagnées dans le cadre d'un soutien psychologique au SAVS de l'association ARCAT plusieurs problématiques peuvent coexister :

Des pathologies somatiques et des problèmes de santé associées ou non au VIH (co-infections avec des virus des hépatites, diabète, troubles neurologiques....).

Des difficultés sociales avec leurs corollaires de situations de précarité liées au manque de ressources financières et/ou aux problèmes administratifs et juridiques de titre de séjour et/ou au mal-logement...

Des troubles psychiques qui en dehors d'un syndrome anxio-dépressif sont les manifestations de problèmes psychiatriques lourds, traités ou non (Episode dépressif majeur, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive...).

Des toxicomanies actives ou substituées, et/ou des polytoxicomanies, et/ou des consommations d'alcool massives. Ces conduites addictives peuvent être associées ou non à des troubles psychiatriques.

Devant la pluralité de ces symptômes, se pose la difficulté des orientations vers des lieux de prise en charge spécifiques et adaptés aux personnes.

Le travail de lien et de coordination est donc primordial pour accompagner de la manière la plus efficiente possible les personnes dans leur vie quotidienne. Et permettre ainsi d'éviter les clivages entre d'un côté les différentes structures de soin et les structures sociales et associatives et les clivages existants au sein même du discours des personnes accompagnées. Clivage qui peut engendrer par exemple des inobservances dans la prise de traitement concernant un autre problème de santé.

Les personnes peuvent ainsi se retrouver débordées psychiquement par des angoisses majeures qui ne concernent pas que leur vécu lié au VIH.

Durant l'année 2014, la psychologue a adressé 4 personnes en Centre Médico-Psychologique. Une des personnes a été hospitalisée en service de psychiatrie suite à son orientation.

Le Réseau ESPAS a été sollicité pour une personne qui souhaitait s'engager dans un travail psychique plus soutenu. En effet, devant la diversité des difficultés et des demandes ,il est important de trouver des lieux de soins psychiques qui puissent être autres que la psychiatrie de secteur.

C'est dans ce sens que la psychologue a rencontré le chef de service de l'Institut Hospitalier de Psychanalyse de l'Hôpital Sainte-Anne. C'est un lieu non sectorisé qui permet à des personnes de rencontrer gratuitement un psychanalyste.

Le travail de réseau s'est inscrit cette année dans l'inclusion aux Commissions Psy du Corevih Ile-de-France Est, dont le siège se situe à l'hôpital Saint Louis. La psychologue a participé à des groupes de réflexion et à des ateliers d'échanges cliniques concernant la prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH.

Des discussions sont construites autour de thèmes proposés par Josiane Phalip-Le Besnerais, psychologue et pilote de la commission psy du Corevih Ile-de-France Est.

Un des derniers thèmes abordé en 2014 était : « Evaluation de la clinique du VIH au quotidien. Nouvelles problématiques ? »

Enfin, dans le travail de lien mené au SAVS, des rencontres avec les partenaires médico-sociaux ont été initiées et ont permis d'échanger lors de réunions de synthèse (CMP, Polyvalence de Secteur) sur les prises en charge des personnes accompagnées.

### **3. L'accompagnement juridique**

La permanence juridique du SAVS est assurée par une juriste de formation spécialisée dans les domaines du droit de la santé, du handicap et du droit au séjour.

Elle est ouverte au public du SAVS du lundi au vendredi, sur rendez-vous. Cet accueil sur une plage horaire élargie a été pensé pour faciliter la venue des personnes, quels que soient les impératifs liés à leur suivi médical, leur situation familiale ou professionnelle.

La conseillère juridique travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire pour l'accompagnement et le suivi des personnes. A ce titre elle participe aux réunions hebdomadaires et aux commissions d'admission trimestrielle.

**En 2014 la fréquentation de la permanence juridique du SAVS a connu une nouvelle hausse** : 43 personnes ont bénéficié d'un accompagnement juridique (31 personnes en 2013 soit une augmentation de 38%) et 163 entretiens individuels ont été réalisés (141 en 2013 soit une augmentation de plus de 15%).

Pour soutenir les demandes préalables introduites au bénéfice des personnes, 16 accompagnements extérieurs ont également été effectués par cette professionnelle en 2014. Ces démarches, qui font appel à une compétence juridique spécifique, sont accomplies principalement aux greffes des juridictions, en audience ou dans les préfectures pour les situations complexes.

La nature de l'activité juridique implique par ailleurs un travail considérable, réalisé en dehors des entretiens et accompagnement, de constitution de dossiers et de construction de plaidoyers. Elle nécessite enfin un travail de veille juridique et de recensement des partenaires sur le territoire francilien.

**La permanence juridique a une vocation généraliste**, pour permettre au public d'exprimer, dans la confiance, l'ensemble des problèmes ou questions juridiques, quel que soit le domaine de droit évoqué.

L'intensité et la fréquence des interventions de la conseillère juridique varient d'une situation à l'autre, en fonction de la nature de l'affaire exposée et des difficultés particulières des personnes, comme l'appréhension des procédures juridiques et des institutions judiciaires, ou la non maîtrise du français, à l'oral et/ou à l'écrit.

Pour s'adapter aux besoins et au parcours de chacun, les démarches effectuées par la conseillère juridique ont un caractère très soutenu et concret. Elle est amenée quotidiennement à classer les justificatifs constitutifs du dossier, effectuer des appels téléphoniques auprès des institutions, rédiger des courriers, introduire des recours et des requêtes, constituer des dossiers de demande d'aide juridictionnelle, réorienter et assurer le lien avec les professionnels qualifiés selon la nature des affaires.

Les problématiques juridiques exposées par le public du SAVS sont diverses. Les interventions de la conseillère juridique concourent autant à permettre l'exercice effectif des droits des personnes accompagnées que de prévenir des litiges.

En 2014, les sollicitations ont concerné très majoritairement **le droit des étrangers**. Dans ce domaine, il existe un écart considérable entre les droits reconnus aux personnes par les textes législatifs et réglementaires et l'application qui en est faite. Il est également le sujet de préoccupation majeure du public, le titre de séjour conditionnant l'ouverture ou la continuité de nombreux autres droits.

Ainsi, 35 personnes, soit près de  $\frac{3}{4}$  du public reçu à la permanence, ont demandé une aide pour les démarches administratives attachées au titre de séjour ou à l'accès à la carte de résident.

Face à ce besoin d'orientation et d'accompagnement dans les démarches relatives au titre de séjour, la conseillère a animé une formation de sensibilisation au droit des étrangers à destination des professionnels du SAVS, afin que l'équipe puisse donner des informations générales aux personnes et identifier en amont les problèmes juridiques nécessitant une orientation vers la permanence.

**Le droit de la famille** a également généré, comme les années précédentes, des accompagnements soutenus. Sept interventions ont eu trait aux procédures de séparation et de divorce et de fixation ou de modification des modalités d'exercice de l'autorité parentale. Parmi

celles-ci une a nécessité la saisine du juge de l'exécution. Ces démarches mettent en jeu des problématiques personnelles difficiles pour lesquelles la fonction d'écoute est primordiale.

**Les droits sociaux et le droit à la protection sociale** ont également fait l'objet de plusieurs interventions. Une procédure a été engagée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale pour demander le versement de prestations familiales au bénéfice d'enfants non rattachés par la Caisse d'Allocation Familiale.

Il est à noter également **l'accompagnement d'une personne en matière pénale**. Le suivi de la personne tout au long de la procédure devant le tribunal correctionnel ainsi que la non inscription de mention sur son casier judiciaire lui ont permis de ne pas compromettre les démarches d'insertion professionnelle qu'elle avait engagées avec les chargées d'insertion professionnelle du SAVS.

Dans le cadre de sa permanence, la conseillère juridique est amenée à intervenir autant dans des situations revêtant un caractère d'urgence que pour celles nécessitant des interventions au long cours.

#### ➤ **Des interventions déterminantes pour éviter la rupture des droits.**

En 2014, les problématiques juridiques pour éviter la rupture des droits ont concerné 5 personnes du SAVS et avaient toutes trait au droit des étrangers.

L'accompagnement juridique des personnes dans de tels contextes concourt à **prévenir la dégradation des situations et à favoriser la stabilisation médicale, sociale, professionnelle et psychologique des personnes**.

#### ➤ **Un soutien au long cours pour améliorer la situation des personnes**

Les personnes souffrant de handicap sont susceptibles de rencontrer des problématiques juridiques tout au long de leur parcours de soins, administratif, professionnel ainsi que dans leur environnement social et familial. Ces événements peuvent avoir un impact important dans leur vie quotidienne, leur suivi médical et leur insertion professionnelle.

La stabilité administrative et familiale des personnes sont des sujets récurrents formulés par les personnes accueillies. Les démarches en lien avec ces préoccupations s'inscrivent sur un accompagnement dans le temps. Elles peuvent se poursuivre sur plusieurs années au regard des délais de réponse des institutions et des procédures. Tel est le cas **des demandes d'accès à la nationalité française et à la carte de résident** qui sont formulées par plus de la moitié des personnes reçues à la permanence. Ces deux demandent requièrent une multitude de

documents et un nombre important d'interventions. Retracer l'ensemble du parcours de la personne, compléter les formulaires et rassembler les documents exigés, dont certains proviennent de l'étranger, demandent d'y consacrer un long moment.

**En 2014, une demande de nationalité a abouti favorablement.** Si une autre demande a fait l'objet d'un ajournement, une évaluation de l'introduction d'un recours contentieux a été effectuée avec la personne. Deux nouveaux dossiers ont par ailleurs été déposés et plusieurs sont en cours de traitement par les services.

**En ce qui concerne l'accès à la carte de résident,** la libre appréciation du préfet sur cette demande rend particulièrement incertaine l'issue de la démarche. **Une attention particulière est également portée à l'entourage familial des personnes accueillies au SAVS** qui concourt à la stabilité psychologique et à leur suivi médical. Huit démarches ont concerné leurs enfants : modalités de leur résidence, demande de regroupement familial, demande de document de circulation pour étranger mineur, etc...).

Confrontées très régulièrement aux démarches et institutions, les personnes accompagnées dans le cadre du SAVS font face à un enchevêtrement de démarches, de textes et de pratiques. La très bonne connaissance des situations, entretenue de façon constante par le travail en équipe pluridisciplinaire, sert de base de réflexion pour amener chaque personne reçue à comprendre et s'impliquer dans les démarches juridiques qui peuvent s'avérer souvent complexes. Pour ce faire, un temps important est donné, lors des entretiens juridiques, à l'écoute des personnes et aux explications des enjeux des procédures. Cet échange est une condition essentielle de l'implication et de l'autonomisation des personnes dans cet accompagnement.

#### **4. L'accompagnement vers l'insertion professionnelle**

L'insertion professionnelle est une problématique centrale dans l'accompagnement des personnes accompagnées par le SAVS. Elle représente le moyen d'accéder à un revenu stable et donc à un logement des conditions de vie décente mais aussi de retrouver un rôle social.

Lorsque l'état de santé de la personne est stabilisé, se pose la question de l'accès à l'emploi. Les travailleurs sociaux orientent alors le bénéficiaire vers la chargée d'insertion professionnelle qui, en tenant compte de sa situation globale et conjointement avec celui-ci, va déterminer les actions à mettre en œuvre pour favoriser le retour à l'emploi de la personne.

Lors du premier entretien, la chargée d'insertion professionnelle va effectuer un diagnostic global afin d'identifier les points forts, les difficultés, les motivations et les priorités de la personne : situation sociale, contre-indications médicales, parcours professionnel, niveau de formation, autonomie...

Un échange en équipe permettra également à la chargée d'insertion d'avoir une vision plus globale de la situation de la personne et de pouvoir organiser le parcours d'insertion professionnelle en tenant compte des autres démarches et accompagnements mis en œuvre.

En 2014, 28 personnes ont été accompagnées par la chargée d'insertion.

Les personnes accompagnées dans le cadre du SAVS doivent faire face à des difficultés spécifiques contraignantes dans le cadre de leur retour à l'emploi : un état de santé fragilisé (physique et psychologique), une situation sociale précaire (hébergement, manque de ressources financières, isolement), faible niveau de formation ou diplôme non reconnu, manque d'expérience professionnelle significative, méconnaissances des dispositifs et services d'accompagnement vers l'emploi et la formation.

**Le risque et les craintes de discrimination** sont systématiquement abordés avec les personnes reçues. Certaines ont déjà fait l'expérience de la discrimination dans leur parcours professionnel, quand d'autres craignent d'être rejetées du fait de leur situation de santé et de leur reconnaissance du handicap. Dans tous les cas, il revient à la chargée d'insertion d'anticiper et sensibiliser la personne à des situations pouvant amener à une discrimination. En effet, les personnes atteintes de pathologie chronique évolutive n'ont pas seulement la maladie à combattre, mais aussi les représentations et idées reçues des collègues ou des employeurs. Des situations de discrimination à l'embauche ont pu être rapportées. Dès lors, l'employé ou demandeur d'emploi se pose la question, légitime, de taire ou non ses problèmes de santé. Cependant, la personne malade qui fait le choix du secret risque de se retrouver isolée dans ses difficultés, d'être privée des possibilités de concertation sur l'aménagement de son poste ou de ses horaires.

**Dire ou ne pas dire sa pathologie** s'avère ainsi être une dimension centrale de la question de la reprise ou du maintien dans l'emploi pour des personnes dont le handicap est invisible et connaissant mal leurs droits. De ce fait, ils cherchent avant tout à savoir s'il y a ou non obligation d'en parler ou de répondre aux questions posées.

**La précarité sociale** détermine bien souvent les choix d'orientation professionnelle. En effet, l'absence ou l'insuffisance de revenu les incite à privilégier un retour à l'emploi direct et rapide sans tenir compte de l'état de santé ou de leurs intérêts professionnels. Ils s'orientent ainsi principalement vers des secteurs en tension tels que la restauration, l'entretien ou les services à domicile. L'urgence sociale ne leur laisse pas la possibilité de prendre le temps de réfléchir à un projet professionnel sur le long terme. Dans ces situations, les chargées d'insertion sont sollicitées dans un premier temps pour apporter une aide technique sur les outils de recherche d'emploi (CV, inscription Pôle emploi...)

**Le risque d'inaptitude** représente alors un point de vigilance pour la chargée d'insertion qui doit porter une attention particulière aux personnes occupant des postes contraignants physiquement. Ces choix d'orientation professionnelle conduisent fréquemment à des situations

où des aménagements de poste sont nécessaires pour ne pas détériorer l'état de santé de la personne et éviter un avis d'inaptitude.

Ces différentes questions sont récurrentes lors des entretiens individuels avec les chargées d'insertion professionnelle qui prennent le temps d'échanger sur les craintes et doutes des personnes puis de les informer sur leurs droits, les possibilités d'aménagement et le rôle du médecin du travail, notamment.

**Une méconnaissance des dispositifs et services d'accompagnement vers l'emploi et la formation** est souvent constatée. Les personnes reçues dans le SAVS étant principalement d'origine étrangère et arrivées récemment en France doivent se familiariser avec les différents services tels que Pôle emploi et Cap emploi, les techniques de recherche d'emploi, le fonctionnement de la formation continue, le droit du travail... Au-delà des entretiens individuels, les chargées d'insertion proposent, avec la chargée de vie sociale et collective, des ateliers permettant d'échanger sur ces thématiques. Un mois de l'emploi a été ainsi organisé au cours du quels les usagers ont pu participer à des ateliers sur le CV, la lettre de motivation, l'analyse d'une offre d'emploi et sur les dispositifs d'accès à l'emploi et la formation.

**Le manque d'expérience professionnelle et de formation** constitue également une difficulté pour accéder à un emploi et participe à leur choix d'orientation professionnelle précaire. Les structures d'insertion par l'activité économique peuvent être un moyen d'acquérir une expérience professionnelle significative.

**En 2015**, la chargée d'insertion et la chargée de vie sociale collective souhaitent développer les actions en groupe en proposant à nouveau des ateliers mais également des sorties pour découvrir des lieux telles que la Cité des métiers.

## **5. L'accompagnement à la vie sociale**

Le pôle « vie sociale » du SAVS, créé en 2013, réunit une offre d'accompagnement individuel et collectif. Il répond aux besoins de soutien à la vie quotidienne et dans les démarches administratives et de soins ainsi qu'à une demande des bénéficiaires, toujours plus prégnante, de socialisation et de rencontre avec l'autre. Ce pôle vise, en complémentarité des autres types d'accompagnements proposés par le SAVS, à développer ou renforcer les compétences des personnes accompagnées pour qu'elle puisse accéder à davantage d'autonomie. Il mobilise des ressources internes et externes au SAVS en proposant des accompagnements individuels physiques, des temps d'élaboration de projets personnels et des ateliers collectifs favorisant l'accès à la culture et aux loisirs mais également renforçant les compétences des bénéficiaires les plus fragiles.

Le contenu du poste d'auxiliaire de vie a été redéfini pour devenir un poste de chargée de vie sociale individuelle (CVSI), tandis que le poste de coordinatrice d'ateliers s'est enrichi de compétences en éducation thérapeutique du patient pour devenir un poste de chargée de vie sociale collective (CVSC).

L'objectif commun des 2 chargées de vie sociale est d'accompagner les bénéficiaires dans leur accès à l'autonomie. Les accompagnements individuels et collectifs s'articulent donc pour donner les moyens aux personnes d'acquérir plus d'autonomie dans leur démarches administratives et de santé, mais également pour les soutenir dans leur socialisation au sein du SAVS et à l'extérieur, en les mettant en relation avec des infrastructures publiques (médiathèques, centres sociaux...), culturelles (théâtres, musées...), et des associations communautaires ou sportives, propices à la socialisation et au renforcement des liens sociaux.

**Au total en 2014, 45% des bénéficiaires du SAVS ont bénéficié de l'accompagnement du pôle vie sociale. Le nombre de participations aux ateliers ou sorties s'élève à 178 et 83 accompagnements physiques individuels ou visites à domiciles ont été proposés.**

#### » **Articuler des interventions individuelles et collectives pour soutenir l'autonomie et la socialisation des bénéficiaires les plus vulnérables**

Depuis la création du pôle « vie sociale », et plus encore depuis 2014 avec la consolidation du binôme de professionnelles composant ce pôle, **les interventions individuelles et collectives sont pensées conjointement, de sorte qu'elles s'articulent et se complètent.** Ainsi, si chacune des chargées de vie sociale a la responsabilité d'un des deux types d'interventions proposés par le pôle, elles interagissent et élaborent le contenu de leurs interventions à partir des constats observés et besoins identifiés lors des accompagnements individuels et collectifs.

Les personnes accompagnées par le pôle vie sociale rencontrent pour la plupart des difficultés similaires. On constate notamment **un fort isolement social** mais également des troubles psychologiques chez certains usagers (dépression, anxiété, addiction, etc.) altérant leurs capacités d'entrer en relation avec autrui. Ces personnes nécessitent une attention particulière et sont en demande de rompre avec leur isolement. Cependant la démarche d'intégrer un groupe, d'aller vers l'autre, de tisser du lien nécessite également de **gagner en confiance, en estime de soi**. C'est notamment à cet endroit qu'intervient l'accompagnement de la chargée de vie sociale individuelle.

En accompagnant individuellement les bénéficiaires qui en expriment le besoin vers les administrations, l'hôpital ou différents services extérieurs au SAVS, la CVSI participe à développer ou renforcer leurs compétences : appréhender les démarches administratives en se rendant dans une administration, un service ou une institution, c'est aussi être en capacité de faire falloir ses droits, d'explicitier sa situation et de formuler une demande. L'objectif de la CVSI

est d'amener les personnes les plus fragilisées à acquérir davantage d'autonomie pour réaliser seules, ou accompagnées, une partie de leurs démarches. Ce gain d'autonomie participe à renforcer l'estime de soi, essentielle pour aller à la rencontre de l'autre.

Ainsi l'accompagnement individuel proposé permet souvent, après quelques semaines ou quelques mois, d'orienter le bénéficiaire vers les ateliers collectifs du SAVS.

Les ateliers, seuls espaces collectifs du SAVS, sont effectivement **le lieu de la rencontre avec les autres bénéficiaires et intervenants extérieurs**. Ils sont organisés dans les locaux du SAVS mais également dans des équipements publics comme la bibliothèque de quartier, ou dans les locaux de partenaires comme la maison relais « Terre neuve » de l'association Habitat et Soins. Ils prennent aussi la forme de sorties culturelles ou de loisirs, permettant aux bénéficiaires de découvrir de nouveaux lieux et d'appréhender le territoire parisien.

La rencontre avec les autres bénéficiaires donne régulièrement lieu à de nouvelles amitiés, permettant ainsi de rompre avec l'isolement. Outre les ateliers, les bénéficiaires sont incités à se rendre en groupe hors du SAVS et sans la présence de la CVSC. Ainsi les bénéficiaires inscrits aux activités sportives se rendent ensemble aux cours de natation et de pratiques sportives qui se déroulent en dehors des locaux d'Arcat et sans la CVSC.

**Les initiatives individuelles** nées dans le cadre des ateliers peuvent également être accompagnées par la CVSI. Ainsi, des bénéficiaires créant des liens d'amitiés peuvent initier des projets de loisirs (restaurant, cinéma, théâtre, séjour de vacances) en petit groupes. Ces initiatives peuvent être soutenues par la CVSI, comme l'accompagnement à la préparation et l'organisation d'un séjour de vacances autonomes réunissant 2 ou 3 bénéficiaires en dehors des activités prévues du SAVS.

**La motivation et l'expérience des participants** aux ateliers s'avère logiquement le meilleur outil de promotion des activités proposées par le SAVS. **Le bouche à oreille** entre bénéficiaires est en effet souvent à l'origine d'une participation plus importante des personnes aux ateliers. Pour exemple, les cours de gym douce et de Feldenkrais seront proposés régulièrement à raison de deux fois par mois durant le premier semestre 2015, le taux de participation ayant considérablement augmenté en fin d'année 2014, après que les usagers en aient fait un retour d'expérience positif lors des réunions mensuelles de présentation des ateliers.

Ces ateliers et sorties sont un **lieu de repérage et d'identification de besoins collectifs mais aussi individuels** : collectifs car c'est souvent à l'occasion d'un atelier que des besoins et demandes collectives sont exprimées, permettant à la CVSC de penser par la suite une activité ou un atelier répondant à ce besoin ou cette demande ; individuels car lors des ateliers peuvent être exprimés par les participants des besoins d'accompagnement individuel. Les ateliers sont donc étroitement articulés avec l'ensemble de l'activité du SAVS et sont le lieu de réorientation vers les autres professionnels de l'équipe, et notamment la CVSI.

## » La vie sociale individuelle

La chargée de vie sociale individuelle propose des accompagnements individualisés à partir des besoins formulés par la personne ou identifiés par l'équipe pluridisciplinaire. Tous les accompagnements proposés, *a fortiori* ceux dont l'équipe du SAVS est à l'initiative, impliquent que la CVSI recueille l'accord du bénéficiaire. Les modalités d'intervention sont donc définies en amont avec les usagers afin qu'ils restent acteurs de l'évolution de leur situation et dans l'objectif de promouvoir leur autonomie.

En 2014, 20 personnes ont eu recours aux services de la chargée de vie sociale individuelle : 13 femmes, 3 hommes et 4 transidentitaires. 83 interventions ont été réalisées dont 18 accompagnement en administration, 13 accompagnement à l'hôpital, 48 visites à domicile, et 4 rendez-vous dans les locaux du SAVS.

- Promouvoir l'autonomie et assurer l'interface entre le SAVS et la ville

Les interventions de la chargée de vie sociale individuelle visent à soutenir et renforcer l'autonomie des personnes accompagnées tout en assurant une présence rassurante à des moments clés de l'accompagnement par le SAVS, comme lors RDV à la préfecture pour le renouvellement des titres de séjour ou de consultations hospitalières, parfois sources d'inquiétude.

Ce type d'accompagnements physiques implique un temps de préparation en amont pour aider la personne à identifier les enjeux du rendez-vous ou de la consultation, et l'aider à formuler ses demandes ou ses questions. Ils sont également suivis d'un temps d'échange permettant au bénéficiaire de livrer ses impressions, et à la CVSI de s'assurer de sa bonne compréhension et de recueillir l'accord de la personne sur les informations qui pourront être transmises au reste de l'équipe dans son intérêt.

A de nombreuses reprises, la CVSI a assuré le lien entre la personne, le SAVS et les intervenants extérieurs comme les chargés de tutelles ou curatelle, les bailleurs sociaux, les professionnels de santé intervenant au domicile, ...

- Les visites à domicile

La CVSI intervient régulièrement au domicile des personnes les plus isolées, en fonction de leur situation et de leurs besoins, seule ou accompagnée d'un travailleur social. Des visites à domicile peuvent être mises en place pour maintenir un cadre de vie serein et entreprendre des démarches techniques au sein de l'habitat. C'est notamment dans le cadre de ces visites à domicile que des inadaptations du logement au regard de la situation de santé ont pu être identifiées. De plus, la CVSI est amenée à faire des accompagnements entre le logement et

l'hôpital dans le cadre de parcours de soins intensifs requérant une observance optimale de l'utilisateur.

La visite à domicile est un moment privilégié pour appréhender et apprécier l'environnement particulier des personnes. Un retour régulier est fait en réunion d'équipe afin d'apporter un éclairage à l'ensemble des professionnels, ce qui permet la mise en place d'actions réfléchies et concertées en faveur de la personne concernée, toujours à sa demande et avec son accord.

- Les accompagnements extérieurs

Dans les administrations

Invités par les assistantes sociales ou la conseillère juridique à se rendre dans les services administratifs afin de maintenir et de faire valoir leurs droits, les usagers les plus fragilisés ressentent souvent le besoin d'être accompagnés. Lors de ces accompagnements, la CVSI assure un rôle de médiateur entre la personne et le personnel de l'administration. Ce travail de médiation est particulièrement important avec les personnes maîtrisant mal le français ou vivant en France depuis peu de temps et n'ayant une bonne connaissance du fonctionnement des administrations et de leur articulation.

En préfecture

Le travail de collaboration avec la conseillère juridique d'Arcat se concrétise par des accompagnements physiques en préfecture pour permettre le renouvellement du droit au séjour de l'utilisateur. La professionnelle est sollicitée pour accompagner les personnes au sein des préfectures afin de soutenir et porter avec eux la démarche.

A l'hôpital

A plusieurs reprises dans le courant de l'année 2014, la CVSI, à la demande de la personne et en accord avec son médecin, a proposé des accompagnements à l'hôpital. Là encore c'est un travail de médiation qui a été assuré pour aider la personne à formuler ses demandes et questions auprès de son médecin, et pour articuler la prise en charge au SAVS avec la prise en charge hospitalière.

Ainsi, la CVSI a été amenée à accompagner régulièrement une bénéficiaire maîtrisant mal le français lors de consultations avec son médecin spécialiste. La présence de la CVSI a permis d'informer l'équipe du SAVS des différentes étapes franchies dans la prise en charge médicale et d'un projet de greffe à court terme nécessitant à la fois un accompagnement spécifique dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient et une attention particulière de la conseillère juridique et du travailleur social référent en ce qui concerne le séjour et le maintien des droits à l'assurance maladie, pour qu'aucun élément d'ordre administratif ne vienne faire obstacle à ce projet de soins.

- Des rendez-vous individuels dans les locaux du SAVS

Outre les accompagnements physiques et les visites à domicile, la CVSI peut être amenée à proposer des rendez-vous individuels dans les locaux d'Arcat pour aider la personne à rédiger un courrier. Ainsi, en lien avec les chargées d'insertion, la CVSI peut accompagner un usager dans la rédaction d'un CV ou d'une lettre de motivation, en l'aidant notamment à organiser ses idées et à mettre en forme le courrier. De la même manière, dans le cadre de demandes d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique, les travailleurs sociaux proposent à l'utilisateur l'aide de la CVSI pour la rédaction de la lettre de motivation à joindre au dossier.

Un accompagnement peut également être proposé pour rechercher des activités extra-scolaires pour les enfants, préparer un séjour de vacances ou de ressourcement dans un centre de convalescence, rechercher un médecin ou un centre de santé dans son quartier... toute action en lien avec la vie quotidienne permettant de renforcer l'autonomie de la personne et son insertion sociale dans son environnement.

### » La vie sociale collective

En 2014, **178 interventions collectives** ont été programmées réunissant **33 bénéficiaires du SAVS** et 79 personnes accompagnées par ARCAT dans le cadre de son accueil bas seuil. Au total, **250 participations aux activités collectives** ont concerné des personnes accompagnées dans le cadre du SAVS

Parmi les personnes accompagnées par le SAVS s'inscrivant dans les ateliers collectifs animés par la CVSC, nous pouvons distinguer deux groupes de personnes :

- **un premier groupe de bénéficiaires dont la situation médico-sociale est stabilisée** depuis quelques mois voire années (droits sociaux ouverts, logement pérenne, situation médicale stabilisée). Ces personnes, plutôt bien insérées socialement, dans leur quartier ou au sein de leur communauté, recherchent à travers la vie collective à ARCAT des espaces bienveillants et sécurisants où retrouver ponctuellement leurs pairs afin de parler librement de leur santé, mais aussi de la difficulté d'être éloigné de ses proches.

- **un deuxième groupe de bénéficiaires plus fragilisés**, en situation de précarité marquée par une instabilité concernant les ressources, le logement, et souvent isolé socialement pour lequel le collectif à Arcat semble être l'un des moyens permettant de développer leurs liens sociaux. Ces personnes, particulièrement vulnérables recherchent à travers le collectif des moments où elles peuvent se poser et sortir quelques heures de leur isolement en mettant de côté leurs préoccupations. Elles y trouvent aussi souvent des liens de solidarité qui leur font défaut dans leur vie quotidienne.

La rencontre de ces deux groupes de bénéficiaires lors des ateliers favorise l'échange d'expérience, les personnes ayant un plus long parcours en France apportant leurs compétences

et leur soutien à celles arrivées plus récemment. La bienveillance constatée dans les différents ateliers se traduit par une forme de parrainage entre les bénéficiaires de longue date du SAVS et ceux accompagnés depuis moins longtemps. A travers le collectif, c'est donc **le lien social qui est renforcé**, se traduisant par une forme de **solidarité entre les participants**, et d'**empowerment** à travers l'échange d'expérience, la transmission d'information, de conseils et finalement de compétence venant **renforcer l'autonomie des plus fragilisés**.

- Les sorties : rompre l'isolement et s'approprier la vie dans la cité

40 sorties « vie culturelle et sociale », soit un peu plus de 3 par mois, ont été programmées en 2014, et 55 participations de bénéficiaires du SAVS.

Les groupes ont pu visiter des musées nationaux (Musée d'art moderne et contemporain Georges Pompidou, Musée du Quai Branly, ...), des expositions temporaires (Great Black Music, Henri Cartier-Bresson, Marcel Duchamp, Tatoueurs Tatoués, etc.), des lieux originaux (Musée du Parfum, Musée du Chocolat, Mosquée de Paris, Opéra Garnier, ces coulisses du Grand Rex, etc.), et assister à 2 séances de cinéma et 4 représentations théâtrales (au théâtre du Tarmac). 3 journées singulières ont également été organisées : une journée à Dieppe, une autre au château de Versailles, et une troisième au moment des fêtes de Noël au cirque Pinder.

L'organisation de ces sorties culturelles ou de loisirs nécessite de tenir compte de l'état de santé des participants et d'adapter les modalités de déplacement et de visites aux personnes inscrites.

Ces sorties sont aussi l'occasion d'**associer les proches des participants**, et notamment les enfants. Ainsi, lors de la représentation au cirque Pinder plusieurs bénéficiaires sont venus en famille, permettant ainsi aux enfants et conjoints de se rencontrer. Elles ont également été le moyen pour quelques bénéficiaires de renouer avec leurs enfants dont ils n'ont pas la garde, où avec lesquels ils ont peu de contacts. C'est notamment le cas pour l'une des participantes qui s'est saisie à plusieurs reprises des offres de sorties culturelles pour y associer sa fille, jeune adulte, avec laquelle elle tente de renouer les liens.

- Les ateliers : créer le lien social et renforcer l'estime de soi

Au cours de l'année 2014, 138 sessions d'ateliers, articulées autour de 14 activités différentes, ont été proposées, représentant 187 participations de bénéficiaires. A cela s'ajoute la participation directe des bénéficiaires aux plages réservées de natation, proposées librement et sans inscription à raison d'une fois par semaine.

Pour favoriser la construction du lien social au sein du SAVS, plusieurs ateliers au long cours ont été initiés ou se sont poursuivis au cours de l'année 2014, comme l'atelier cuisine et nutrition, l'atelier chant, la gym douce ou le Feldenkreis.

Ces ateliers sont programmés régulièrement, à la fréquence d'une fois par mois minimum. Outre l'objectif de l'activité en elle-même visant au renforcement de compétences, les ateliers

favorisent, à travers la construction d'un groupe fort, **la socialisation des participants entre pairs**. Les dynamiques de groupe obtenues dans le cadre de ces activités et les principes de bienveillance, de respect et d'écoute formulés au moment de la constitution du groupe, permettent à chacun de s'investir pleinement dans ces espaces, sans craindre le regard de l'autre.

La CVSC s'attache, que ce soit en tant qu'animatrice de l'atelier ou coordinatrice des intervenants extérieurs assurant une prestation (diététicienne, professeure de chant, intervenante gym douce, ...) à **valoriser les compétences individuelles** et à les faire reconnaître au sein du groupe. Ainsi, dans le cadre de l'atelier cuisine et nutrition, chaque session est placée sous la responsabilité d'un « chef de cuisine », participant désigné par le groupe lors de la session précédente. Le rôle du chef est de faire partager sa spécialité culinaire, où celle de sa région d'origine. Il est amené pour cela à indiquer en amont les ingrédients nécessaires pour la réalisation du plat et est invité à expliquer au groupe l'histoire de ce plat, et la culture dans laquelle il s'inscrit. La diététicienne intervient en soutien et s'attache à constituer un menu équilibré à partir de ce plat traditionnel. Cette forme d'animation de l'atelier permet à chacun d'apporter ses connaissances culinaires, d'en faire profiter le groupe et de **transmettre son savoir-faire**. Chacun peut ainsi être valorisé et reconnu par le groupe à travers ses compétences.

- Des ateliers spécifiques dédiés au bien-être et la santé globale

Si les ateliers collectifs proposés par Arcat présentent une belle diversité d'activités, ils possèdent néanmoins tous le même fil rouge : favoriser le bien être et la santé globale des personnes accompagnées.

Au total, en 2014, 67 ateliers traitant de santé globale ont été menés à Arcat, pour 115 participations au total.

Ainsi, les ateliers cuisine et nutrition, les activités physiques adaptées (gymnastique douce, Feldenkrais, piscine), les ateliers de socio-esthétique ont pour objectif d'amener les bénéficiaires à prendre soin de soi. Le bien être tel qu'il est défini ne se limite pas à l'absence de douleur, ou de maladies. Il est associé à la notion de plaisir, et la rencontre avec l'autre, les ateliers davantage dédiés aux loisirs ou à la culture intègrent également cette notion de bien-être.

A travers la diversité des ateliers proposés, les objectifs de la vie sociale collective sont bien évidemment de renforcer les compétences individuelles pour prendre soin de sa santé, mais la notion de bonne santé est envisagée de manière globale, à laquelle l'estime de soi, le lien social et la rupture de l'isolement participent.

Le choix d'aborder la santé, de manière globale et en filigrane, et non seulement sous l'angle strict de la pathologie chronique, correspond au souhait des personnes : les personnes atteintes

de pathologies chroniques, et notamment d'infection par le VIH, ressentent fréquemment le besoin de se décentrer de cette maladie ; elles rencontrent, en outre, de multiples autres problèmes de santé qui nuisent parfois davantage à leur qualité de vie que la pathologie en elle-même ou les traitements antirétroviraux.

Tout au long de l'année 2014, les ateliers mis en œuvre dans le cadre de la vie sociale collective ont été articulés en lien avec le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à destination des personnes accompagnées, initié fin 2013.

La démarche d'ETP vient enrichir le travail mené par le SAVS. Le dispositif imaginé par Arcat possède l'originalité de s'adresser à des personnes autonomes, mais cumulant des difficultés liées à leur précarité sociale. Dans leur grande majorité, ces personnes n'ont jamais accédé à une offre d'ETP à l'hôpital.

**Le programme d'ETP d'Arcat a été initié par un binôme de professionnels composé de la responsable du Pôle Santé Ressources (PSR) d'Arcat (docteur en pharmacie) et de la chargée de vie sociale collective.**

Il repose sur l'articulation d'entretiens individuels et d'ateliers collectifs. Les personnes sont vues en entretien individuel de bilan initial par la responsable du Pôle Santé Ressources. A la suite de ce bilan, et selon les besoins exprimés par la personne, celle-ci peut-être orientée vers les ateliers collectifs mis en œuvre dans le cadre du SAVS.

Ainsi en 2014, ce sont 18 personnes, accompagnées par le SAVS qui ont intégré les ateliers axés sur la dimension santé globale, dans le cadre du programme d'ETP.

- Les partenaires des activités collectives

La vie sociale collective est un espace où prend forme la transversalité avec les autres professionnels de l'association et les partenaires extérieurs. La recherche de nouveaux partenaires et la collaboration avec des professionnels en interne ou en externe sont essentiels à la mise en œuvre d'ateliers thématiques répondant aux attentes et besoins des participants. Ainsi, à titre d'exemple, « le mois de l'emploi » a été l'occasion de travailler directement avec une chargée d'insertion professionnelle du SAVS ; un cycle autour de la santé sexuelle a été monté en partenariat avec la CVSI et le pôle santé ressources ; les cours de FLE ont cette année encore donné lieu à un partenariat avec le CHRS Buzenval (Habitat et Soins) ; ...

- La communication

La communication est un des aspects majeurs de l'activité de la chargée de vie sociale collective, non seulement pour informer mais également pour mobiliser les usagers. Pour cela, une affiche est créée et éditée tous les mois, présentant les activités du mois suivant.

**La Rencontre du Mois** est également un moment de mobilisation des usagers. Si elle ne touche pas autant de personnes que les flyers et affiches relayés par l'ensemble des membres de l'équipe, elle permet de susciter l'intérêt des participants aux différents ateliers proposés et de répondre aux questions des usagers concernant les activités.

En outre, la mobilisation du public repose sur l'ensemble des membres de l'équipe. Lorsqu'une personne est intéressée par les activités, les professionnels en informe la chargée de vie sociale et celle-ci prend un moment avec la personne concernée pour lui présenter le fonctionnement de la vie collective à ARCAT. Enfin, le téléphone est un allié indispensable puisque la professionnelle est en contact régulier avec les personnes par ce biais. Selon les préférences de chacun, un SMS est envoyé ou un appel est passé à chaque personne inscrite pendant la matinée qui précède une activité.

# L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTE : CONSEIL MEDICAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

La consultation de conseil médical est assurée 4 demi-journées par semaine. Depuis la mise en place à ARCAT fin 2013 d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient<sup>6</sup>, la consultation de conseil médical intègre la proposition d'entretiens ETP après un diagnostic des besoins de la personne, les deux offres étant à la fois complémentaires et articulées entre elles.

## I. CONSEIL MEDICAL

### 1. Les occasions et raisons de solliciter le conseil médical

Les entretiens de conseil médical répondent à des besoins d'information médicale identifiés initialement par la personne elle-même ou les professionnels du Point Solidarité, d'intervenants du SAVS d'ARCAT (**32 personnes vues lors de 60 entretiens par le médecin en 2014**) ou du Pôle Prévention migrants (19 personnes), du médecin d'ARCAT elle-même lors des entretiens de premier accueil réalisés en binôme au Point Solidarité (18 entretiens en 2014) et de partenaires extérieurs à l'association.

Les personnes demandent un entretien de conseil médical à Arcat à des occasions diverses :

- entre deux consultations hospitalières pour avoir des explications complémentaires
- lors de la survenue d'évènements anxiogènes dans le parcours de soin (tels que changement de médecin, rendez vous médical oublié, résultats d'examen jugés inquiétants, interventions chirurgicales ou examens d'investigation programmés, effets indésirables récemment altérant la qualité de vie, changement de traitement ou une mise sous ARV en perspective)
- quand elles ont déjà trouvé des réponses à des urgences sociales ou juridiques et que la santé redevient une priorité.

Le public reçu en conseil médical trouve un espace de parole et d'écoute privilégié par rapport à leur santé : *« ici on a le temps de s'exprimer, poser des questions et d'avoir des explications » rapportent plusieurs usagers ».*

---

<sup>6</sup> Recommandation du rapport Morlat 2013 et 2014 : « toute PVVIH doit se voir proposer l'accès à un programme d'ETP »

Les questions abordées par les personnes peuvent être liées directement aux pathologies (évolution de l'infection, modes de transmission, prévention, suivi médical, observance des traitements ainsi que leurs effets indésirables). Mais il peut s'agir aussi de projets envisagés (projet de travail, de formation, de retour au pays, projet d'annonce de la maladie à des partenaires ou proches, désir d'enfants, de désir de venir en aide à des membres de leur famille restée au pays et qui rencontre des problèmes de santé, ...). L'actualité internationale en santé peut également générer des inquiétudes qui s'expriment dans les consultations : ainsi, 2014 a été l'année de la première épidémie d'Ebola de portée internationale et plusieurs personnes originaires d'Afrique de l'Ouest ont abordé cette question car elles avaient des proches en Guinée.

Un premier diagnostic des besoins du consultant est réalisé à la fin de l'entretien, et une proposition de renforcer ses compétences en santé est faite à l'utilisateur, avec en pratique proposition d'être contactée par la référente du programme ETP. **En 2014, 52 personnes ont accepté d'intégrer le programme d'ETP à ARCAT.**

Cette consultation offre ainsi un espace individuel d'écoute et de dialogue sur la santé, bien identifié par les personnes vivant avec le VIH en situation de précarité. Elle est d'autant plus singulière dans le paysage associatif francilien qu'elle constitue également une porte d'entrée d'un parcours ETP hors de l'hôpital et de fait, une ressource complémentaire à leur parcours de soin ville/hôpital, un maillon de leur prise en charge sans équivalent.

## 2. Les objectifs de la consultation de conseil médical

Ils s'articulent autour de l'écoute et du dialogue, de la délivrance d'une information médicale adaptée, du soutien à la prise en charge de la santé.

### » Ecoute et dialogue

La fonction première de la consultation de conseil médical est **d'apporter des réponses adaptées aux difficultés et aux interrogations des personnes dans le domaine de la santé, d'être attentif à leurs attentes par rapport à l'entretien**. Il est fréquent que ces demandes émergent au fil de l'entretien et ne soient pas exprimées au premier abord. Le rôle de l'entretien est donc aussi de **repérer des incompréhensions, des croyances et de déconstruire des représentations** qui peuvent aller à l'encontre des recommandations données par le médecin prescripteur (ainsi une personne prenait des médicaments en dehors des repas alors que la prescription mentionnait le contraire, et se plaignait d'effets indésirables), ou générer de l'anxiété,

(ainsi des douleurs liées à un ulcère d'estomac, une réduction de la mobilité due à de l'arthrose étaient attribués à tort à une aggravation de l'infection à VIH). Il est également de **susciter des questions ou des réflexions sur des sujets tels que l'annonce de la maladie au partenaire**, le dialogue avec les enfants sur la santé, la prévention, la gestion des effets indésirables, des oublis de prise. Les entretiens consistent alors en une écoute active des difficultés des personnes, et à donner des informations actualisées et étayées afin d'aider la personne à trouver les solutions qui lui conviennent le mieux avec le moins de risque pour sa santé : il s'agit du conseil médical au sens du **counselling**. Le conseil médical permet **d'aider la personne à prioriser objectivement ses préoccupations de santé** et à **améliorer la compréhension de la maladie et des traitements**.

#### » Délivrance d'une information adaptée

Alors que le public reçu en conseil médical est à 84% migrant, avec un niveau de scolarisation souvent peu élevé dans le pays d'origine (quelques personnes ne savent ni lire ni écrire le français) **les explications médicales** doivent être **accessibles à la personne** qui consulte (ex : reformulation des termes techniques médicaux, des examens prescrits, des prescriptions de médicaments si nécessaires...) sans préjuger de ses connaissances (les questions ouvertes sont ainsi privilégiées plutôt que des questions fermées). Il a été nécessaire de recourir à l'interprétariat (par la médiatrice de santé d'ARCAT) pour 2 personnes d'origine chinoise.

**Différents outils sont utilisés pour relayer les informations données oralement** (dessins, fiches donnant des explications simples sur les éléments des analyses biologiques, conseils sur les vaccinations, brochures imagées donnant des conseils diététiques, schémas sur les modes d'action des médicaments) et inciter à discuter de certains sujets ou susciter des réflexions (exemple : Témoigner des succès des traitements ARV, de l'amélioration de la qualité de vie, de l'espérance de vie, de la manière dont des PPVIH connues du médecin conseil ont pu franchir des obstacles est également un outil souvent utilisé pour faciliter l'expression et l'envie de lutter contre la maladie. L'orientation vers des ateliers collectifs thématiques d'ARCAT est aussi préconisée

#### » Soutien pour prendre soin de sa santé

**Chaque entretien inclut systématiquement un temps dédié au suivi médical, aux traitements et à l'observance**. Sont évoqués les différents intervenants médicaux de la personne, l'existence ou non d'un suivi psychologique, les difficultés éventuelles rencontrées dans le suivi ou les soins. Exemples : relation compliquée avec un professionnel de santé et souhait d'en changer, interruption de suivi médical, importance et impact des effets indésirables des traitements, oublis de rendez-vous ou de prise de médicaments, réactions face à un oubli de

prise .Face à ces diverses situations, le dialogue avec le ou les médecins référents est encouragé, le médecin d'Arcat jouant un rôle d'intermédiaire entre le patient et ses soignants ; ainsi, un contact téléphonique ou un courrier d'appui exposant les difficultés à l'attention du confrère concerné est proposé et presque toujours accepté avec soulagement par le patient.

**Le conseiller médical joue un rôle de relais entre la personne infectée et les différents professionnels de santé et sociaux, ou autres intervenants.** L'entretien de conseil médical permet à la personne d'exprimer ses projets de vie qui peuvent induire des conseils sur le plan médical et/ou une orientation vers un spécialiste ou un service adapté.

**Deux exemples illustrant le rôle de relais :**

1) un homme originaire d'Afrique subsaharienne exprimait son grand isolement, sa peur de parler de sa séropositivité, le sentiment qu'il ne pourrait avoir des projets : après lui avoir parlé de l'association La Résilience (un contact téléphonique lui a été proposé pendant la consultation avec le responsable de l'association). Depuis, il a pu rompre son isolement en se rendant auprès de cette association communautaire pour y partager des repas, assister à des groupes de parole. Il s'est également inscrit à des ateliers collectifs organisés par ARCAT où il renforce ses connaissances sur le VIH et prend davantage soin de lui.

2) Une personne transidentitaire équatorienne n'avait plus de suivi psychologique dans sa langue maternelle depuis un an alors qu'elle le nécessitait, mais avait des réticences à aller vers un professionnel qu'elle n'avait pas encore rencontré : comme précédemment, il lui a été proposé un contact téléphonique durant l'entretien, cette fois avec un psychologue hispanophone. Cette mise en relation immédiate l'a rassurée et elle est allée au rendez vous proposé.

**Des conseils pratiques sont donnés** pour aidés à mieux réagir à une situation : face à un oubli de prise par exemple, ou mieux s'organiser quand on part quelques jours, etc.... Les informations/conseils donnés peuvent être consolidés lorsque la personne intègre un parcours ETP qui est proposé en fin d'entretien.

**C'est aussi une occasion, trop rare dans le parcours de soin des patients, d'aborder la prévention de façon individualisée** et de leur délivrer des informations actualisées permettant à chacun de faire les choix qui lui conviennent. Cette dimension est d'autant plus importante que l'actualité scientifique et médicale en matière de prévention est complexe à appréhender et à s'approprier dans le cadre d'une stratégie de prévention individuelle et combinée.

» L'actualité scientifique vue de la consultation de conseil médical d'Arcat

Depuis les recommandations du rapport du Pr Morlat en 2013, il convient de proposer un traitement antirétroviral (ARV) efficace à toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris précocement après la contamination et/ou quand le nombre de CD4 reste > 500/mm<sup>3</sup>. Non seulement le traitement est le facteur essentiel pour limiter la dissémination du VIH dans les

réservoirs du corps humain, et il a donc un bénéfice en termes de morbi-mortalité, mais il constitue un moyen capital de prévention de la transmission sexuelle entre deux individus

En 2014, les résultats de la cohorte internationale Partner présentés à la CROI sont venus conforter l'efficacité préventive du TASP prouvée déjà par les résultats de l'essai HPTN 052, puis d'autres études : L'étude Partner porte sur 1100 couples sérodifférents hétérosexuels ou gays, suivis pendant 2 ans, ayant des pénétrations vaginales ou anales sans préservatif alors que le partenaire prend un traitement et a une charge virale inférieure à 200 copies/ml). Sur plus de 44 500 relations sexuelles sans préservatif, aucune transmission n'était liée à leur partenaire stable. Malgré la présence d'IST chez certaines personnes, aucune transmission du VIH n'a été observée à partir d'un partenaire traité, ce qui va dans le sens d'études montrant qu'en cas de traitement antirétroviral efficace, les IST ne faisaient pas augmenter significativement la charge virale, dans le sperme, ni le rectum.

En 2014, sur une cinquantaine de personnes interrogées oralement sur l'intérêt du traitement antirétroviral, la plupart ont répondu positivement par rapport au bénéfice individuel que celui-ci apportait, mais la réduction du risque de transmission était très peu citée parmi les personnes migrantes. L'entretien de conseil médical est l'occasion de témoigner des résultats dans une logique d'amélioration de la qualité de vie des personnes : en diminuant leur peur de transmettre l'infection et en offrant aux couples qui le souhaitent une alternative possible à l'utilisation du préservatif sur la durée, sous conditions. Ces informations rassurent, cependant, malgré une moindre crainte de transmettre le VIH avec le traitement, les représentations, les préjugés, l'insuffisance de connaissances sur l'infection à VIH dans la communauté participent à la peur d'être rejeté, comme le montre cette remarque « même si je pense que je ne risque pas de transmettre, mon partenaire aura toujours peur de moi ».

Il reste indispensable de rappeler la place du préservatif comme l'outil de base dans toutes les relations avec des nouveaux partenaires et dans un couple, son efficacité pour la prévention des IST et des grossesses. Concernant le traitement, il est nécessaire d'insister sur le fait qu'il ne protège ni des infections sexuellement transmissibles, ni d'une infection par le VHC.

2 personnes reçues bénéficiaient des nouvelles anti-intégrases (TIVICAY, dolutégravir) et elvitégravir ( contenue dans STRIBILD) commercialisées en 2014.

Les recommandations concernant le suivi des PVVIH transgenres restent inchangées en 2014 : elles doivent être prises en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Pour les transgenres MtF, réassignées ou non, un suivi urologique pour une surveillance prostatique et un suivi proctologique pour le dépistage des cancers du canal anal, sont également indispensables

En pratique, concernant la prise en charge, sur les 12 personnes transgenres MtF suivies, seules 2 n'avaient pas de suivi endocrinologique régulier, 2 avaient délaissé le suivi annuel proctologique que leur médecin avait pourtant recommandé, 1 est venue consulter pour avoir des informations sur le parcours de réassignation, la moitié d'entre elles souffraient de douleurs ou d'œdèmes dues à des injections anciennes de silicone dans les membres inférieurs, 1 s'était injecté de la silicone dans les joues au pays alors qu'elle présentait une lipodystrophie au niveau du visage. Sur le plan psychologique, 3 présentaient un syndrome dépressif mais avaient interrompu leur suivi psychologique, et 1 autre avait été orientée vers un psychologue par le médecin de maladies infectieuses mais n'y était pas allée et n'osait plus lui en parler. Ces 4 personnes consommaient beaucoup d'anxiolytiques. L'entretien a permis de revenir sur l'importance de suivis réguliers spécialisés, de reprendre un rendez vous chez le proctologue pour l'une d'elles, et d'orienter 3 personnes vers un psychologue hispanophone du réseau santé paris nord. Malheureusement cette possibilité d'orientation n'existe plus depuis septembre 2014, ce réseau ayant suspendu les accompagnements psychologiques pour cause de difficultés financières.

### 3. Contenu et déroulé des consultations

D'une durée moyenne de 45 minutes, les entretiens individuels de *counseling* ou de conseil s'adressent aux personnes touchées par les pathologies ainsi qu'à leur entourage.

Aux entretiens physiques s'ajoutent quelques **entretiens téléphoniques** : ces derniers ont concerné, en 2014, 10 patients suivis par ARCAT souhaitant avoir une écoute par rapport à leurs difficultés de santé alors qu'ils avaient du mal à se déplacer, mais aussi, suite à un cas suspect de coqueluche signalé à ARCAT en mars, le médecin a téléphoné à plusieurs femmes enceintes suivies pour les informer, leur conseiller de consulter leur médecin et les rassurer. 4 entretiens supplémentaires ont eu lieu avant le début des prestations d'insertion professionnelles, pour des personnes touchées par des pathologies chroniques autres que le VIH/hépatites (épilepsie, diabète, maladies cardiaques) et ayant déjà présenté un malaise dans les mois précédents, afin de pouvoir rapidement faire le lien avec leurs médecins en cas de problème éventuel pendant la formation. Ces consultations ont permis de rassurer les personnes.

Une part importante de l'activité du médecin, au sein mais aussi en-dehors du temps de consultation, consiste à assurer la coordination de la prise en charge médicale des personnes par la rédaction de courriers, appels téléphoniques, adressés aux médecins référents ou à des professionnels de santé. Lors du premier accueil en binôme, il est rare que les personnes pensent à apporter des documents médicaux. Par ailleurs, les personnes sans domicile fixe ou

hébergées chez des tiers, de peur que l'entourage ne découvre leur séropositivité, préfèrent que leurs analyses et les comptes rendus de consultation soient directement envoyés et conservés par leur médecin plutôt que de les conserver chez elles. De nombreuses personnes étrangères viennent ainsi aux entretiens de conseil médical en apportant relativement peu d'éléments médicaux écrits (en général les ordonnances et les feuilles de rendez vous). Contrairement aux personnes françaises reçues qui nomment assez précisément leurs antécédents médicaux ou chirurgicaux et connaissent les principaux résultats de leurs analyses, la plupart des migrants originaires d'Afrique, d'Amérique latine ou d'Asie parlent davantage des problèmes ou de symptômes qu'ils ont présentés dans leur passé médical, parfois récent, sans donner le diagnostic (alors que celui-ci s'avère posé) et se souviennent rarement de leurs résultats immuno-virologiques. La recherche d'informations complémentaires et la médiation auprès des différents intervenants médicaux en ville ou à l'hôpital sont donc nécessaires. Par ailleurs, à la demande des personnes qui souhaitent avoir une documentation plus détaillée sur certains sujets, des informations adaptées sont collectées et leur sont remises à l'occasion d'une consultation de conseil médical ultérieure, ou avec un autre référent du pôle accompagnement.

#### **4. Données d'activité 2014**

**197 entretiens** (dont 10 téléphoniques) ont été réalisés auprès de **119 personnes**. Parmi elles, **41% de nouveaux suivis**.

**20 orientations** ont été réalisées vers des médecins hospitaliers ou médecins de ville, des psychologues de langue espagnole, et en interne.

**52 personnes ont accepté la proposition d'intégrer un programme ETP.**

L'augmentation du nombre de personnes reçues par rapport à d'autres années (l'année 2013 était particulière du fait de l'absence du médecin pendant 4 mois) s'explique à la fois par des orientations en interne et des premiers accueils en binôme plus fréquents.

On estime à 12 heures hebdomadaires le temps dédié au conseil médical (hors réunions de staff). **81 aides aux démarches** (42 courriers et 39 appels téléphoniques) ont été réalisées en 2014.

**Parmi les 119 personnes reçues :**

- **111 vivent avec le VIH** dont 8 personnes coinfectées VIH-VHB et 4 personnes coinfectées VIH-VHC
- **8 personnes sont mono-infectées par une hépatite virale** : 3 VHB, 5 VHC

- **110 personnes étaient sous traitement ARV** (dont 1 personne allait être mise sous traitement dans les mois à venir et 4 avaient initié récemment un traitement).
- **2 personnes étaient en attente de traitement VHC** (une des personnes n'était pas suivie par un hépatologue et a été orientée vers un spécialiste)

Notons que 10 personnes suivies vivaient avec le VIH depuis plus de 20 ans, dont 2 depuis 25 ans. Parmi ces personnes, 4 avaient des antécédents cardiovasculaires lourds (accident vasculaire cérébral, infarctus nécessitant pose de stent), et 2 d'entre elles avaient néanmoins conservé une activité professionnelle à temps partiel.

23 PVVIH souffraient des pathologies associées : spondylartrite ankylosante (1), lithiases rénales nécessitant hospitalisations répétées (1), diabète (5), hypertension (8), arthrose invalidante (4), polyneuropathies (3), antécédent récent de cancer de la gorge (1).

## 5. Analyse des principaux thèmes abordés en 2014

Le recueil de ces thèmes est réalisé à partir d'une base de données (pour chaque personne vue en entretien, sont cochées d'une part les thèmes abordés, d'autre part les aides aux démarches effectuées).

### Les principaux thèmes abordés en conseil médical sont :

- **le suivi médical et/ou psychologique** : les différents médecins, le suivi psychologique ou psychiatrique, le rythme de suivi, les difficultés rencontrées, les personnes au courant de la pathologie.
- les antécédents médicaux, l'histoire de la maladie dans le parcours migratoire
- la place de la santé parmi les autres priorités actuelles
- **les traitements** (ARV et autres), le recours éventuel à d'autres médecines.
- les facteurs pouvant aggraver l'état de santé : tabagisme, alcool, drogues...
- **l'observance** des traitements (antirétroviraux et autres). Si le défaut d'observance est, de fait, plus souvent repéré par des questions posées lors de l'entretien qu'évoqué spontanément par les personnes, ce thème émerge plus aisément suite à la question de la place, estimée prioritaire ou non, de la santé parmi les autres problèmes, ou lorsque les patients ont conscience d'avoir de moins bons résultats immunovirologiques qu'auparavant et font part de leur inquiétude. Parmi les personnes étrangères reçues, la conduite à tenir en cas d'oubli de prise n'est pas encore bien comprise mais les raisons le plus souvent exprimées des difficultés d'observance sont liées au manque de stabilité

d'hébergement d'une part et d'autre part au fait de privations alimentaires du fait de la grande précarité.

- **La prévention secondaire** : ce volet a été détaillé dans l'actualité médicale.
- **Les effets indésirables des traitements** et la prise en compte de ces effets par le médecin. Ils concernent non seulement les traitements antirétroviraux, mais d'autres médicaments pour diverses pathologies (diabète, hypertension, maladies psychiatriques, cardiaques, maladies rhumatologiques....) ayant un impact sur la qualité de vie des personnes. La fatigue, les difficultés d'attention ou de mémoire, les douleurs sont souvent évoquées sans pour autant qu'elles soient nécessairement reliés aux traitements. Ces symptômes sont souvent considérés insuffisamment pris en compte par les soignants.
- **les pathologies, leur évolution, les examens médicaux (les résultats immuno virologiques, les autres examens), les modes de transmission et de non transmission** : Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne arrivée depuis moins d'un an en France, les notions de base sur la maladie, d'évolution favorable avec une bonne prise en charge ont nécessité d'être longuement expliquées et rappelées, notamment pour les migrants peu scolarisés dans leur pays d'origine, et qui pensent encore qu'on ne peut vivre longtemps avec une infection VIH ou qu'il n'est pas envisageable d'avoir des enfants.
- **l'annonce de la séropositivité** : la peur du rejet, le poids du secret dans la vie affective et sexuelle. Plusieurs femmes ont évoqué le poids du secret par rapport à leurs enfants.
- **Les questions liées à l'autonomie** : mobilité, station debout pénible, difficultés à monter les escaliers, dans les actes quotidiens (troubles de mémoire, etc..)
- **les co-morbidités et d'autres pathologies** sans rapport direct avec l'infection à VIH, les questions liées au vieillissement (ménopause, problèmes cardiovasculaires, diabète..). Plusieurs personnes ont du mal à faire la part des symptômes liés ou non au VIH, et s'inquiètent en pensant qu'il s'agit d'une aggravation de la maladie, sans vraiment en discuter avec leurs médecins.
- **Les projets** :  
**le travail, l'insertion professionnelle** : beaucoup de personnes abordent ce sujet, même quand elles en ont discuté avec d'autres intervenants car pour elles c'est un projet qui ouvre la voie à bien d'autres ; parmi les personnes ayant trouvé un emploi, la plupart n'ont pas trouvé encore un travail adapté à leur état de santé L'entretien de conseil médical permet d'apporter (avec un courrier d'accompagnement) ou de réunir des éléments complémentaires au certificat médical de la MDPH, tels que les effets secondaires des traitements, les pathologies associées, les difficultés d'ordre psychologique ou social, l'autonomie de la personne. La démarche du dossier MDPH

présente un autre intérêt : elle offre l'occasion de discuter souvent longuement de sa santé même pour les consultants qui n'avaient pas a priori de questions à ce sujet. En 2014, **29 dossiers MDPH** ont été envoyés, qu'ils s'agisse de première demande, de renouvellement, ou de recours concernant l'obtention de l'AAH. Notons que l'intérêt du dispositif RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) pour l'insertion professionnelle est insuffisamment connu des médecins alors qu'il favorise le maintien ou le retour à l'emploi. Des contacts téléphoniques auprès de 2 médecins qui estimaient inutiles de constituer un dossier MDPH au vu de l'état de santé jugé satisfaisant ont permis de les informer à ce sujet. Les délais de réponse de la MDPH sont en moyenne toujours longs, de plus de 6 mois.

- **Le désir d'enfant** . C'est une question posée par les femmes et les hommes, parfois dès le premier entretien, mais pas seulement par rapport au VIH, également par rapport à l'âge. « Pourrais je encore avoir un enfant » a demandé une femme de 39 ans?, le fait de savoir que l'allaitement maternel sera déconseillé est assez souvent vécu comme une très grande déception par les femmes africaines.
- **Le voyage au pays pour revoir sa famille** : des conseils pratiques sont donnés pour préparer son voyage (vaccinations à vérifier avec le médecin traitant et infectiologue, médicaments à prévoir en quantité suffisante, prévention contre le paludisme pour les pays tropicaux, adresses utiles....).

➤ **En 2014, les points positifs observés sont :**

- Le fait que 52 personnes aient intégré un programme ETP depuis sa mise en place à ARCAT fin 2013.
- Une simplification thérapeutique fréquemment préconisée par les infectiologues et qui facilite l'observance et des changements de traitement plus souvent effectués qu'en 2013 afin de minimiser les effets secondaires.
- Les bons résultats immunovirologiques observés chez la majorité des personnes (CD4>600/mm<sup>3</sup> et charge virale indétectable). Cependant, 4 patients (dont 2 avaient eu une hospitalisation récente) avaient des taux de CD4 autour de 250 malgré une charge virale indétectable.
- Aucune des PVVIH reçue en conseil médical n'était en échec thérapeutique.

➤ **En 2014, les points préoccupants observés sont :**

**Des comorbidités qui pèsent fortement sur l'état de santé des personnes.** La prise en charge médicale de polyopathologies, plus fréquentes avec le vieillissement de la population

devient aussi plus complexe. Le rôle de coordination du médecin traitant, et la prise en charge pluridisciplinaire sont donc particulièrement importants. Plusieurs femmes originaires d'Afrique présentaient une surcharge pondérale très importante à l'origine de l'aggravation de douleurs articulaires, ou dorsales, mais aussi avec les risques cardiovasculaires que cela comporte. Des conseils diététiques, la lutte contre la sédentarité, sont à encourager.

Des comorbidités qui conduisent souvent à des prescriptions de nombreux médicaments rendant les prises plus complexes pour les personnes.

**La consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sans pour autant accompagnée de suivi psychologique/psychiatrique** (plusieurs personnes, notamment des personnes transgenres, avaient abandonné leur suivi psychologique alors qu'il s'avérait nécessaire)

**La difficulté rencontrée par un certain nombre de personnes pour trouver un emploi adapté** et le sentiment de solitude et de manque de confiance en elles qui s'en trouve accrue. A cela s'ajoute les craintes de stigmatisation pour les personnes transgenres.

**La grande précarité**, et notamment l'absence d'hébergement stable et des problèmes psychologiques, associés ou non à la situation sociale, ont été à l'origine des ruptures de suivi médical et des observances défectueuses. Ainsi, 3 patients étaient en rupture de suivi médical depuis plusieurs semaines et ne prenaient plus leurs traitements antirétroviraux, 6 patients n'étaient pas complètement observants. Si le fait n'est pas nouveau, il reste néanmoins une réalité d'où l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire face à des personnes confrontées à des difficultés sociales majeures, mais aussi l'identification d'Arcat par des intervenants sociaux extérieurs et les personnes elles-mêmes, comme une association pouvant leur venir en aide, comme un maillon clé de leurs parcours de soin en ville et à l'hôpital.

### » **Le rôle transversal du médecin à Arcat**

Le médecin a animé **12 ateliers sur le thème « santé et travail »** dans le cadre des prestations d'insertion professionnelle :

les objectifs sont :

De renforcer des connaissances sur : les principales avancées et axes de la loi de 2005 sur le handicap (définition du handicap, dispositif MDPH, le droit à compensation, les ressources, l'obligation d'emploi, de l'accessibilité, ..), sur le rôle des différents médecins dans le parcours de soins, sur les dispositifs tels que les temps partiels thérapeutiques, sur les pathologies chroniques et les affections longue durée (définition, fréquence), leur impact potentiel au niveau du travail selon leur évolution mais aussi la manière dont il est possible de gérer au travail certaines difficultés rencontrées (ex :le dire ou pas, et si oui à qui ?, et quel regard sur leur handicap?

De discuter des différentes sources d'information des informations sur la santé (médecin, internet, les associations de patients....), des différentes difficultés rencontrées par rapport à la

santé sur le milieu du travail ou des craintes par rapport aux questions qui pourraient leur être éventuellement posées sur leur maladie sur le milieu du travail et de partager les expériences des participants, d'expliquer des notions mal comprises repérées préalablement par les chargées d'insertion professionnelle.

La méthodologie est participative : utilisation d'un support powerpoint, jeu questions réponses). Des documents sont distribués à la fin des ateliers : Un guide (« maladies chroniques et emploi, témoignages et expériences ») élaboré par le collectif « Les chroniques Associés » ( associations de malades touchées par des maladies chroniques), ainsi que des adresses de sites utiles (HAS), et d'associations auxquelles ils peuvent s'adresser (CISS).

### » **Articulation avec la consultation de soutien psychologique**

Le médecin assurant la consultation de conseil médical travaille en étroite collaboration avec la psychologue clinicienne de l'association.

En 2014, 38 personnes accompagnées par le point solidarité ont bénéficié d'un soutien psychologique.

La consultation de soutien psychologique propose des entretiens aux personnes concernées par le VIH/SIDA, le VHB, le VHC, ainsi qu'à leur entourage. Ces entretiens cliniques peuvent prendre trois formes :

- des entretiens de soutien psychologique qui peuvent être ponctuels ou réguliers.
- des accompagnements de type prise en charge psychothérapeutique.
- des entretiens d'évaluation qui permettent d'orienter la personne vers la structure la plus adaptée à sa problématique.

Les personnes qui viennent en consultation souffrent pour la plupart d'un syndrome anxio-dépressif, de stress post-traumatiques, de souffrances psychiques dues aux exils, aux ruptures, à l'isolement....

Une majorité des personnes qui demandent à consulter sont des migrants et la plupart des femmes qui ont été reçues ont vécu des parcours migratoire très éprouvants. Les motifs de l'exil et les conditions du voyage supposent un vécu traumatique, et sur le sol français ces femmes ne bénéficient que très rarement d'un entourage familial ou amical leur permettant d'être hébergée de façon stable. Elles doivent vivre dans des hébergements précaires, des hôtels sociaux du 115. Tout ceci constitue des traumatismes qui se cumulent et se répètent ; faisant écho aux angoisses de mort qu'elles vivent en tant que PVVIH ou PVBHB/VHC.

Bien souvent plusieurs sentiments se mêlent à ces vécus psychiques traumatiques :

- Un sentiment de culpabilité car certaines ont des enfants dans le pays d'origine, qu'elles ont du confier à la famille
- Un sentiment de rejet qu'elles ont pu ressentir de la part de leurs proches à l'annonce de la séropositivité

Pour la majorité des personnes dont nous parlons, il ne s'agit pas de demande d'asile à proprement parlé. Pourtant ce que les personnes veulent trouver en venant en France et notamment les femmes dont il est question ici, c'est bien un asile dans le sens d'un lieu de refuge, de sûreté et de protection. Un lieu d'abri psychique et physique.

Il est indispensable dans le cadre de la consultation de soutien psychologique de pouvoir reconnaître la dimension traumatique de leurs parcours. Lorsque l'on écoute ces histoires, ces trajectoires de vie, nous devenons en quelque sorte témoins de leurs existences. Cette reconnaissance symbolique est impérative dans le soutien aux démarches administratives, juridiques et plus encore de soin.

## II. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

### 1. Présentation du programme « Education thérapeutique du patient (ETP) » d'Arcat

Fin 2013, l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France (IDF) a accordé à Arcat l'autorisation de mettre en place un programme expérimental d'éducation thérapeutique du patient (ETP), construit sur la base du cahier des charges de la Haute autorité de santé (HAS). Ce programme est ouvert à toute personne vivant avec le VIH accompagnée par Arcat ou par des structures partenaires. Porté par le Pôle santé ressources (PSR) mais de nature fondamentalement transversale à l'association (implication du Pôle vie sociale, du médecin d'Arcat notamment), ce programme a pour objectifs de :

- prévenir et pallier les ruptures d'adhésion aux soins,
- contribuer à améliorer la qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec le VIH.

Axé sur la santé selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce programme vise à travailler avec les personnes les compétences suivantes :

- l'appropriation et la coordination de son parcours de soins,
- la prévention et la gestion des co-morbidités associées au VIH, notamment par un travail sur l'alimentation et l'activité physique,
- le respect de soi en tant que personne vivant avec le VIH, le développement et / ou le maintien de l'estime de soi,

- la capacité à mettre en œuvre une prévention de la transmission adaptée et à s'accorder le droit à une vie affective et/ ou sexuelle la plus épanouissante possible.

Pour ce faire, le programme comporte des entretiens individuels et des ateliers collectifs réguliers.

## » Organisation du parcours des personnes au sein du programme

Le programme s'articule de la manière suivante :

- Etape 1 : lors d'un entretien de conseil médical, le médecin conseil d'Arcat propose le programme ETP. Cette étape est apparue importante après quelques semaines de fonctionnement : le médecin, par sa formation, par les sujets abordés en entretien avec les personnes, est idéalement placé pour percevoir l'intérêt de l'ETP pour une personne donnée et en expliquer les principes. Pour les personnes intéressées, le médecin établit donc un bilan initial, qui donne lieu à une fiche de transmission remise à la coordinatrice du programme ETP.
- Etape 2 : la coordinatrice ETP rappelle la personne et convient d'un rendez-vous. Lors de cet entretien individuel, le bilan initial peut, selon les cas, être complété. Puis la personne décide de la suite de son programme personnel : entretiens individuels en ETP, participation à des ateliers collectifs correspondant à des problématiques personnelles, orientations vers d'autres professionnels ou structures, accompagnements physiques lors de certains rendez-vous médicaux... Il n'existe pas de « parcours-standard », mais une diversité de parcours répondant au choix des personnes.
- Etape 3 : après un certain nombre d'entretiens individuels ETP et/ou d'ateliers collectifs, des évaluations sont proposées : nouvelle évaluation des besoins (actualisation du diagnostic initial), évaluation des compétences acquises et de la satisfaction de la personne par rapport au programme.

Après environ un an de programme, il convient de préciser que le bilan initial est rarement réalisé au cours d'un seul entretien. Le plus souvent, la personne l'alimente et le renouvelle progressivement au fil du suivi, au fur et à mesure que la confiance s'installe. Comme nous le verrons ci-dessous, ce programme ETP peut parfois constituer un épisode bref du parcours des personnes, permettant l'acquisition de compétences précises et bien identifiées ; mais il peut également être investi comme un suivi au long cours par d'autres personnes cumulant des difficultés liées à la précarité et à la santé bien au-delà du VIH.

## » Le parti pris de la proximité

Le programme ETP a été pensé comme un soutien de proximité pour les personnes incluses. Ainsi, les entretiens individuels peuvent se faire au domicile des personnes, ce qui est utile pour :

- les personnes fatiguées et/ ou présentant des difficultés à marcher, à prendre les transports en commun,
- les personnes ayant des emplois du temps compliqués (ex : personnes ayant des emplois de type ménages dans des structures dispersées sur le territoire parisien...),
- les personnes ayant des difficultés à « aller vers », soit pour des raisons de peur de la stigmatisation (se rendre dans une « association VIH » est difficile pour certaines personnes), soit par « démotivation »,
- les personnes très isolées, qui n'ont pas l'habitude d'accueillir chez elles et qui peuvent, de ce fait, se sentir marginalisées...

Se rendre au domicile permet également de travailler l'acquisition de compétences sur la base du réel de la personne. Quelques exemples :

- pour les troubles du sommeil, prendre en compte le lieu « où l'on dort » : les petits appartements ne comportent le plus souvent pas de chambre pour tous les habitants, les installations (rideaux, séparations...) sont minimales et mal faites (télévision collée au lit...),
- pour une alimentation équilibrée, prendre en compte les contraintes du cadre de vie : pas de table de cuisine, plaques de cuisson peu performantes, pas d'espace de stockage des aliments...
- pour certains risques de complications, prendre en compte les habitudes des personnes (personnes diabétiques et risque de plaies aux pieds en marchant pieds nus à domicile sur un sol peu entretenu ; hygiène alimentaire et risques associés, cohabitations avec de gros fumeurs...).

Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive. Dans l'optique d'une approche centrée sur la personne qui est le propre de l'ETP, nous pensons – après quelques mois de pratique – que la visite à domicile accroît la pertinence et l'efficacité des interventions pour toutes les personnes, qu'elles soient en situation de handicap important ou non. Ces interventions prennent cependant beaucoup de temps et peuvent être difficiles en cas de « cohabitation » avec des personnes non informées de la séropositivité. Elles ont concerné 8 personnes en 2014, pour l'équivalent de 26 interventions.

L'autre moyen de proximité utilisé est le téléphone : certaines personnes ont exprimé le besoin d'être épaulées au quotidien, notamment lors de la mise en place de nouveaux traitements (premiers jours d'antirétroviraux, injections d'insuline et/ ou surveillances de glycémie suite à un diagnostic de diabète, changements de traitements psychiatriques, nouveaux antalgiques...). Des entretiens téléphoniques réguliers ont permis de soutenir la personne dans cette démarche entre les rendez-vous de visu. Les consultations médicales, trop espacées, trop brèves également, ne répondent pas à ce besoin ; l'ETP à l'hôpital ne propose pas non plus un suivi suffisamment resserré dans ces situations.

## » Soutien de Sidaction

La mission Qualité de vie Qualité des soins de Sidaction soutient le programme ETP d'Arcat sur les aspects plus spécifiques de la qualité de vie liée à la santé. Nous souhaitons en effet utiliser ce programme pour évaluer, autant que faire se peut, la qualité de vie liée à la santé perçue par les personnes accompagnées par Arcat ayant intégré le programme.

## 2. Mise en place et déroulement en 2014

Le programme ETP a été progressivement mis en place en 2014. Des ateliers collectifs ont été rapidement proposés grâce à la mobilisation de la responsable du pôle Vie sociale. Les intervenants extérieurs sollicités ont été, si besoin, « sensibilisés » à l'ETP, et incités à systématiser les retours individuels concernant les participants aux ateliers. Après une phase de test avec des usagers volontaires fin 2013, les entretiens individuels ont été proposés dès le mois de janvier, et ont connu au fil du temps, une fréquentation croissante (3 entretiens en janvier, contre 11 et 9 respectivement en novembre et décembre). Notons que, si les ateliers collectifs existent depuis longtemps à Arcat sous différentes formes, les entretiens individuels ETP constituent une nouveauté qui a dû trouver sa place dans l'accompagnement proposé.

## » Nombre de personnes incluses

Les schémas ci-dessous résument l'activité ETP en 2014. 58 personnes ont bénéficié du programme entre janvier et décembre 2014, mais 5 personnes ne sont pas considérées comme

incluses dans le programme car elles sont touchées par une hépatite virale mais ne vivent pas avec le VIH. 53 bilans initiaux ont donc été réalisés.

### » Diversité du collectif

Au niveau du collectif, 70 ateliers ont été proposés dans le cadre du programme :

- 30 ateliers de sport adapté et de Feldenkrais,
- 5 ateliers de socioesthétique,
- 12 ateliers de nutrition/ savoir-faire en cuisine,
- 3 ateliers autour des soins de la peau avec un dermatologue,
- 4 ateliers de sophrologie,
- 16 ateliers dits « ateliers santé », animés par le Pôle santé ressources, sur des thèmes variés en lien avec les besoins de santé identifiés par les personnes accompagnées par Arcat (ménopause, fatigue, santé sexuelle, etc.).

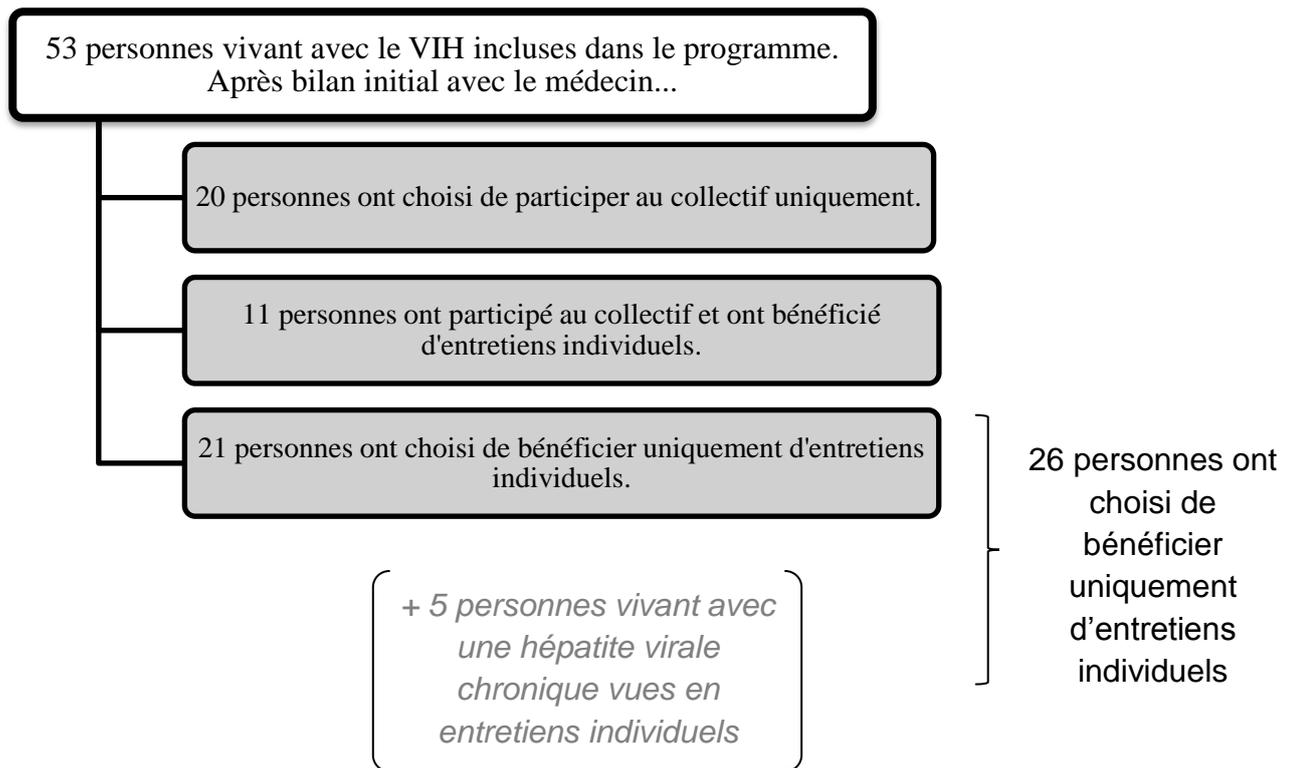
Le détail de ces ateliers, les intervenants mobilisés, ainsi que le niveau de participation figurent dans le chapitre de ce rapport consacré au Pôle vie **sociale du SAVS (p)**. Nous ne développerons donc pas ici davantage.

L'ensemble des partenariats mis en place autour des ateliers collectifs fait appel à des professionnels qualifiés. Au cours de l'année 2014, nous avons ainsi accentué nos liens avec le programme ETP de l'hôpital Avicenne en faisant appel aux professionnels qui y sont impliqués : la diététicienne Anne-Valérie Constant et la sophrologue Gabrielle Guérard.

### » Suivi individuel

Après bilan initial, 21 personnes vivant avec le VIH et 5 personnes vivant avec une hépatite virale ont souhaité entamer un suivi individuel avec la coordinatrice ETP, représentant sur l'année 98 entretiens soit une moyenne de 3 à 4 entretiens par personne, avec des extrêmes allant de 1 à 20. Sur ces 98 entretiens, 26 ont été menés au domicile des personnes. Les entretiens individuels sont longs, durant entre 1 h et 1 h 30. Les entretiens à domicile durent généralement 1 h 30, transports non compris.

Le schéma suivant montre la répartition des personnes vivant avec le VIH selon les trois grandes manières de se saisir du programme : participer au collectif uniquement, s'impliquer en individuel, et participer au collectif en s'impliquant en parallèle dans des entretiens individuels.

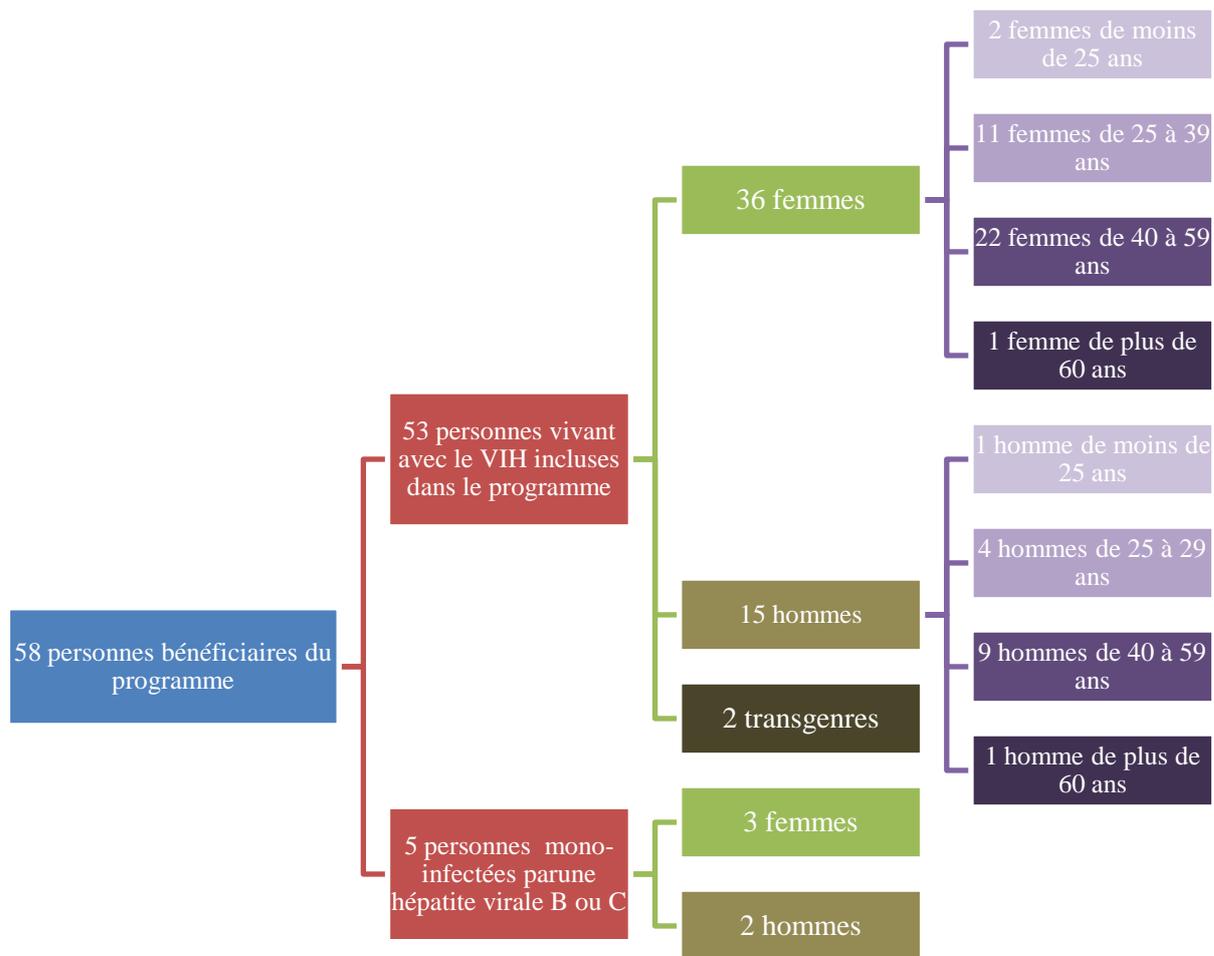


### 3. Analyse du profil des personnes suivies

Les personnes incluses dans le programme sont très majoritairement des personnes accompagnées par Arcat, à 3 exceptions près (2 personnes vivant avec le VIH, 1 personne vivant avec une hépatite C chronique). Ces 3 exceptions ont connu Arcat par le site Internet ou par des associations partenaires.

Les femmes sont majoritaires dans le programme, et très majoritaires dans le recours au suivi individuel : sur 98 entretiens, les femmes représentent 91 entretiens. Seuls 6 hommes ont eu recours à des entretiens individuels en 2014, pour des interventions très ponctuelles (1 ou 2 entretiens) concernant dans 5 cas sur 6 des initiations ou changements de traitement antirétroviral. Aucune personne transgenre n'a entamé de suivi individuel en ETP avec la coordinatrice ETP, mais deux personnes transgenres ont effectué un bilan initial, suivi d'entretiens individuels, avec le médecin conseil, par ailleurs responsable du Pasaje latino.

Les origines géographiques des personnes incluses reflètent les proportions observées dans la file active du pôle accompagnement d'Arcat : 80 % des personnes sont d'origine migrante, avec une majorité de personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne (53 %).



Les personnes migrantes incluses dans le programme ont le plus souvent des droits ouverts :

- 22 personnes possèdent une carte de séjour temporaire (CST), 4 une carte de résident (CR) et 19 une carte nationale d'identité française (CNI) ou un passeport européen.
- 10 personnes étaient sans papier ou disposaient d'un simple récépissé à leur entrée dans le programme, 2 personnes avaient une autorisation provisoire de séjour (APS), 1 personne bénéficiait du statut de demandeur d'asile.
  - ⇒ Soit 45 personnes stabilisées du point de vue du séjour versus 13 en situation précaire.
- 5 personnes n'avaient aucune couverture santé, 4 personnes bénéficiaient de l'Aide médicale d'Etat (AME).
- 22 personnes bénéficiaient de la Couverture maladie universelle (CMU), 27 étaient bénéficiaires du régime général de la Sécurité sociale.
  - ⇒ Soit 49 personnes ayant accès à l'assurance-maladie, 9 personnes relevant de dispositifs d'accès aux soins d'urgence ou de l'AME.

### » **L'isolement et la faiblesse des moyens de subsistance**

Plus d'une personne incluse sur 4 est sans ressources, et il s'agit le plus souvent de femmes. Lorsque les personnes ont des ressources, celles-ci sont constituées de l'Allocation adulte handicapé (AAH) (à près de 53 %), éventuellement avec des compléments, et plus rarement de salaires (8 personnes, soit 13 %), du revenu de solidarité active RSA (5 % soit 3 personnes) ou de retraites (2 personnes).

80 % des personnes incluses vivent seules, et ne peuvent compter sur l'entourage ou sur la famille pour les soutenir matériellement. Bien au contraire : la faiblesse des revenus est fréquemment accentuée par l'envoi de sommes importantes aux enfants et à la famille restés au pays.

### » **Zoom sur les personnes suivies en individuel en ETP : données qualitatives**

La figure majoritaire (i.e. environ 50 % des personnes) du suivi individuel en ETP est une femme entre 40 et 59 ans, détentrice d'une CST, bénéficiaire de la CMU, de l'AAH, et vivant seule.

L'infection par le VIH n'est qu'un des problèmes que rencontrent ces personnes :

- sur le plan médical, des co-morbidités invalidantes altèrent le quotidien et la qualité de vie liée à la santé. Parmi les plus fréquentes, citons : le diabète, les troubles psychiatriques – dont la dépression en bonne place -, l'obésité, l'arthrose, les problèmes gynécologiques graves ou moins graves. A cela s'ajoutent des problèmes de santé non reconnus comme des pathologies en tant que telles : la fatigue, les troubles du sommeil, les douleurs ;
- sur le plan social, les personnes souffrent d'isolement du fait de la migration, de l'absence d'activité professionnelle, de la peur du rejet associé au VIH, mais aussi en lien avec leurs faibles ressources financières (peu de voyages au pays, peu de déplacements de manière générale).

Pour ces personnes, l'ETP permet d'aborder successivement les différentes pathologies rencontrées, de travailler sur la prévention de leurs complications, mais aussi de travailler des compétences de nature à améliorer leur santé globale. La condition pour tout cela est que l'ETP soit un suivi de long cours, tenant compte à la fois de la multiplicité des problèmes à travailler, mais aussi du rythme d'acquisition des compétences par la personne. Ce rythme, chez une personne non sensibilisée aux questions de santé, peu investie sur ces questions jusqu'à présent, peu à l'aise avec le français, fatiguée et régulièrement souffrante, est lent. En d'autres termes, trois à cinq séances individuelles ne suffisent pas.

#### 4. Sens de l'ETP à Arcat et compétences travaillées en individuel

Pour qu'une intervention telle que l'ETP trouve sa place auprès des personnes, elle doit nécessairement prendre en compte le contexte de vie de ces personnes, et le placer au cœur de son intervention. Progressivement, l'ETP peut devenir un lieu de synthèse entre le vécu des personnes, le suivi médical et l'accompagnement social ; il s'agit de faire converger tout ce qui peut faire avancer la personne, et soutenir sa motivation.

Les compétences travaillées au cours des entretiens individuels ETP comprennent des compétences associées à l'infection par le VIH et aux comorbidités dont souffrent les personnes, mais aussi à la précarité de leur situation de vie.

Selon les cas, les compétences travaillées peuvent être soit très centrées sur le VIH – notamment pour les personnes plus jeunes, récemment contaminées – soit très axées sur des problèmes de santé globale (surpoids, douleurs, coordination de soins, fatigue...), soit encore très adaptées aux difficultés spécifiques à la personne – personne ne lisant pas le français, personnes souffrant de troubles dépressifs impactant la motivation aux soins, etc. Nous donnons ci-dessous des exemples des compétences les plus fréquemment travaillées :

---

<b>Compétences associées au VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Savoir exprimer ses propres représentations associées au VIH et en comprendre l'impact sur sa personne</li><li>- Savoir identifier et gérer les effets indésirables possibles des traitements antirétroviraux</li><li>- Savoir révéler sa séropositivité à un partenaire</li><li>- Savoir protéger ses relations sexuelles et prendre soin de sa santé sexuelle</li></ul>
-------------------------------------	---

<b>Compétences associées aux comorbidités et problèmes nuisant à la santé des personnes au quotidien (santé globale)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Savoir adapter son alimentation pour prévenir un diabète de type 2</li><li>- Savoir adapter sa dose d'insuline à sa glycémie et à son alimentation</li><li>- Savoir exprimer des douleurs non soulagées par les antalgiques aux professionnels de santé et se faire entendre comme acteur de sa santé</li><li>- Savoir adapter son lieu et son mode de vie pour améliorer son sommeil</li><li>- Comprendre et mettre en œuvre une décision</li></ul>
--	--

importante concernant sa santé (réalisation d'une hystérectomie, recours à des produits de comblement, changement de médecin...)

- Savoir organiser la prise de nombreux traitements en prenant en compte ses contraintes de vie
- Savoir évaluer sa fatigue, et tenter de la gérer au mieux au quotidien

**Compétences en lien avec la précarité de la situation de vie**

- Savoir adapter son alimentation aux contraintes de son lieu de vie et de son budget
- Savoir se donner des moyens de maîtriser sa santé malgré la méconnaissance de la langue française
- Savoir trouver des lieux de soins adaptés, accessibles et gratuits avec l'AME ou la CMU
- Savoir s'accorder du « répit » dans des situations où s'accumulent les problèmes
- Savoir identifier des facteurs de motivation aux soins malgré les situations difficiles
- Restaurer l'estime de soi, fortement dégradée par la situation de vie et la découverte de la séropositivité

Pourquoi un travail sur les représentations en premier lieu des compétences travaillées ? Les représentations liées au VIH, très fortes, très stigmatisantes, très liées aux images de sida et de mort associées à l'Afrique subsaharienne, font comme écran à toute volonté d'empowerment en tant que personne séropositive actrice de sa santé, mais aussi plus largement actrice de son quotidien, et sont parfois renforcées par le manque de temps et de considération de certains professionnels de santé.

De manière générale, les personnes suivies en individuel ne montrent pas spontanément une soif de connaissances sur l'infection par le VIH. Elles ne conservent d'ailleurs parfois aucun document médical au domicile, et ne connaissent pas toujours leur charge virale, leur taux de CD4 ou le nom de leur traitement, comme s'il était possible de cantonner le VIH hors de sa vie quotidienne. Les consultations médicales sont pour elles des moments courts, peu clairs, d'où elles ressortent avec des informations simples mais peu explicites (« ça va », « il faut faire attention à.. », « vous prendrez ça... »). Rentrées chez elles, il n'est pas rare qu'elles ne se rappellent plus ce qui s'y est dit ; elles notent toutes, en revanche, l'attitude bienveillante ou désagréable du médecin, ce qui valide les études montrant l'importance – pour l'efficacité du soin

et l'adhésion aux soins – de la relation patient-médecin. Elles demeurent dans le flou quant à leur santé et quant à la maîtrise des événements de soins qui les concernent.

Travailler sur les représentations associées est comme un travail préalable à toute acquisition de compétences en lien avec la maîtrise de sa santé pour un certain nombre de personnes séropositives. Il apparaît comme un prérequis à tout travail autour des motivations aux soins et de la prévention des ruptures d'adhésion aux soins.

## **5. Perspectives 2015**

Nous souhaitons poursuivre ce programme en 2015, produire des données d'évaluation des compétences acquises, et contribuer par cette expérience à la réflexion autour d'une ETP qui serait adaptée à des publics particulièrement vulnérables. Nous souhaitons porter cette réflexion au-delà d'Arcat, avec d'autres acteurs investis dans des actions d'ETP destinées à des publics similaires. Il nous semble en effet intéressant de capitaliser les expériences de chacun, afin de produire des outils adaptés et de modéliser une ETP véritablement pertinente au regard de la situation des plus vulnérables. En définitive, notre objectif est de contribuer au développement d'une ETP qui répondrait à l'enjeu de la lutte contre les inégalités aiguës de santé, dans le droit fil des actions menées par Arcat depuis de nombreuses années.

# L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

## I. PRESENTATION DES PRESTATIONS D'ARCAT

### SITUATION DE HANDICAP A ARCAT

Dans le cadre d'un conventionnement avec l'Agefiph en Île-de-France, l'association Arcat propose, via un dispositif régional, des prestations ponctuelles spécifiques visant à favoriser l'insertion professionnelle des personnes touchées par une pathologie évolutive à pronostic incertain (V.I.H./hépatites et autres pathologies).

Les prestations ponctuelles spécifiques (PPS) sont définies selon le principe de complémentarité avec les services rendus par les opérateurs d'insertion, en particulier les Cap Emploi et Pôle Emploi.

Elles sont sollicitées ponctuellement, au regard du besoin identifié, par les opérateurs en charge de l'accompagnement ou du suivi des personnes concernées, Arcat n'ayant pas vocation à accompagner la personne au plan professionnel dans la durée. L'association, agréée organisme de formation, propose le cadre, les outils et les professionnels pour une remobilisation, un accompagnement au projet professionnel ou un retour à l'emploi, en tenant compte des contraintes sociales et thérapeutiques

#### **Bénéficiaires concernés :**

Les bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 – article L 5212-13 du Code du travail :

- titulaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la CDAPH (hors orientation en milieu protégé), d'une pension d'invalidité 1ère ou 2ème catégorie, d'une rente Accident du Travail pour une IPP> ou = à 10%, d'une carte d'invalidité ou bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé,
- à la recherche d'un emploi,
- dans une démarche active d'accès, de retour ou de maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travail,
- suivis par des opérateurs en charge de l'accompagnement vers l'emploi,
- présentant des situations complexes, du fait de leur pathologie, qui requièrent les compétences d'un prestataire spécifique.

## CHIFFRES 2014

**94 prestations réalisées (87 en 2013) : 57 PPS1 et 37 PPS2.  
90 bénéficiaires différents (81 en 2013) dont 4 ont suivi à la fois une prestation 1 et une prestation 2 au cours de l'année 2014.**

**7 sessions de prestations 1 et 5 sessions de prestations 2**

Concernant les personnes orientées qui n'ont finalement pas intégré de prestation au cours de l'année :

- 30% n'ont pas donné suite à la proposition de prestation ;
- 17% ont été réorientées par les chargées d'insertion d'ARCAT vers leur conseiller d'insertion, la prestation proposée n'étant pas adaptée à leur situation médico-sociale (problématique psychiatrique, d'addiction, sociale, absence de PCE, ...), ou ne répondant pas à leurs besoins ;
- 12% n'ont pas souhaité intégrer une prestation car elle ne leur semblait pas répondre à leurs besoins ou attentes ;
- 11% n'étaient pas disponibles aux dates de la prestation ;
- 6% se sont désistées ;
- 4% n'ont pu intégrer la prestation au regard de leur état de santé (hospitalisation programmée, rendez-vous médicaux réguliers, trop grande fatigabilité...);
- Le nombre de personnes n'ayant pas intégré de prestation à cause des délais et de l'attente du retour d'information de la part des prescripteurs est passé de 8 à 18%. Cette augmentation significative s'explique principalement par l'interruption de la réception des fiches de liaison au mois de septembre, au regard d'une liste d'attente particulièrement importante. Ce constat nous a amenés à repenser notre process de traitement des fiches de liaisons pour l'année 2015. Ainsi à compter du 1<sup>er</sup> janvier, la réception de fiches de liaison s'effectuera en continu et les conseillers Cap Emploi et Pôle Emploi, ainsi que les partenaires des Sameth, seront informés régulièrement des places disponibles en prestation et des délais d'attente pour intégrer une session.

### » La prestation 1 : évaluation des capacités et remobilisation de la personne

Chaque session de prestation ponctuelle spécifique (PPS) 1, « Évaluation des capacités dans le cadre du projet professionnel et remobilisation », se déroule sur 1 mois. **En 2014, 7 sessions de PPS1 ont été mises en œuvre pour des groupes composés d'un maximum de 10 personnes pour favoriser la fluidité des échanges et la participation de chaque**

**bénéficiaire. Au total, 57 personnes ont bénéficié de cette prestation au cours de l'année 2014.**

La PPS1 a pour objectif principal d'aider les participants à identifier leurs capacités mobilisables et leurs freins, dans la perspective d'un retour à l'emploi. Les freins rencontrés par les participants sont principalement liés à la santé, à l'absence ou l'insuffisance de formation mais peuvent aussi être d'ordre social, psychologique, etc. Certains freins sont la conséquence directe de la pathologie ; la possibilité qu'ont les participants de partager librement leur vécu de la maladie dans un contexte bienveillant favorise les échanges d'expériences permettant de lever certains freins et difficultés spécifiques ou d'ajuster les projets d'insertion. L'objectif secondaire de la PPS1 est de permettre aux participants d'évaluer leur capacité à respecter un cadre professionnel contraint par des horaires fixes, une régularité de présence, des règles de fonctionnement, et ce afin de les aider à se projeter dans une éventuelle reprise d'emploi.

La PPS1 vise également à renforcer l'autonomie des personnes en les aidant à analyser leur propre situation pour identifier leurs besoins, et en leur donnant accès aux informations nécessaires et lieux ressources utiles pour qu'elles puissent être actrices de leur parcours d'insertion.

Le but de cette prestation de remobilisation est donc de permettre à la personne d'évaluer par elle-même, avec l'aide du conseiller, ses possibilités de retour à l'emploi, et d'identifier les différentes étapes nécessaires à l'élaboration de son projet d'insertion professionnelle.

## » **La prestation 2 : élaboration ou validation du projet professionnel**

L'objectif de la PPS 2, « Appui à l'élaboration ou la validation d'un projet professionnel », est d'aider les participants à élaborer ou valider un projet professionnel en tenant compte de la pathologie et des effets secondaires dus au traitement pour un retour à l'emploi pérenne.

**En 2014, 5 sessions ont été réalisées et 37 personnes ont ainsi pu élaborer ou valider un projet professionnel.**

Concernant la PPS 2, l'élaboration de projet permet à des personnes touchées par une pathologie chronique, et souhaitant (re)travailler, d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations, tout en prenant en compte les contre-indications médicales, leur niveau d'études et le marché de l'emploi. L'objectif global est de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation tenant compte de la pathologie et des effets secondaires dus au traitement.

Pour atteindre cet objectif global, la PPS 2 s'organise autour des axes de travail suivants :

- Une dynamisation psychologique, une meilleure estime de soi ;
- Une connaissance de soi et de sa santé ;
- Une meilleure présentation de ses compétences ;
- Une préparation à une formation ou à un emploi.

## II. ANALYSE DES PRESTATIONS REALISEES EN 2014

En préambule, l'année 2014 a été marquée par le départ d'une des deux conseillères d'insertion. Maud PAILLERET, membre de l'équipe depuis plus de 10 ans, a en effet concrétisé un projet de départ en région et a quitté l'association le 31 octobre 2014. Son remplacement a été effectif dès le 03 novembre 2014 avec le recrutement d'Aliénor DUMERGUE, sans que le poste n'ait connu de vacances.

### 1. En 2014, un partenariat renforcé avec les prescripteurs

**En 2014, 198 personnes ont été orientées pour une prestation via une fiche de liaison contre 169 personnes en 2013 (+ 17%) et 94 prestations (concernant 90 personnes) ont été réalisées contre 87 prestations en 2013 (concernant 81 personnes), soit une augmentation de 11%.**

**151 entretiens individuels préalables ont été nécessaires pour la réalisation de ces 94 prestations alors que 111 entretiens avaient dû être conduits en 2013 pour réaliser 87 prestations.** Pour rappel, les orientations qui ne donnent pas lieu à un entretien préalable (orientations inadaptées, personnes injoignables malgré relance courrier, personne ne se présentant pas à l'entretien, annulation de l'orientation...) font l'objet d'un retour écrit systématique et motivé aux prescripteurs. Cette augmentation du nombre d'orientations en 2014 s'explique par une meilleure communication en direction des prestataires et une meilleure identification de nos prestations par les partenaires Cap Emploi, Pôle Emploi ainsi que les Sameth (extension de la convention depuis le mois d'août 2014). Nous avons ainsi pu intégrer le premier salarié orienté par le Sameth 94 lors de la PPS2 d'octobre 2014

En début d'année 2015, l'équipe insertion d'Arcat se rapprochera des interlocuteurs des Sameth d'Ile-de-France afin d'identifier les aménagements spécifiques à mettre en œuvre pour favoriser l'intégration de salariés en maintien dans l'emploi en prestation 2.

A la demande de l'Agefiph, et comme stipulé dans nos obligations conventionnelles, deux réunions d'échanges avec les prescripteurs ont été organisées à ARCAT en juin et décembre 2014, permettant de mieux faire connaître les prestations réalisées par l'association.

Nous avons également procédé comme en 2013, en positionnant davantage de personnes pour chaque session permettant de mieux compenser les abandons *in extremis*.

Chaque refus d'inscription en prestation a fait l'objet d'une réponse systématique écrite et motivée avec proposition d'une autre orientation.

Concernant la répartition géographique des orientations, il est à noter que les prescripteurs les plus éloignés de l'association (Caps emploi des départements franciliens hors Paris) sont toujours majoritaires en termes de nombre d'orientations. Ainsi, **84% des personnes orientées vers une prestation d'ARCAT l'ont été par des Caps emploi hors Paris (85% en 2013)**. A titre d'exemple, les Cap emploi 93 et 94 sont chacun à l'origine de 28% des orientations en 2014.

## 2. Profils des bénéficiaires : éléments notables

ARCAT est dorénavant clairement identifiée en tant que prestataire dans l'accompagnement des personnes touchées par une pathologie chronique évolutive, comme le montre la répartition selon la pathologie des personnes reçues. Même si les bénéficiaires restent davantage concernés par une maladie infectieuse telle que le VIH ou les hépatites virales (25,5%), part qui semble se stabiliser, nous avons pu accompagner des personnes touchées par des cancers (26%), des maladies cardiaques (15%), des maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaque (13,8%) mais aussi des personnes touchées par le diabète, des maladies rhumatismales, l'insuffisance rénale...

Cette **prise en charge croissante de pathologies diverses et complexes appelle à adapter le cadre d'intervention et renforcer le travail partenarial et interdisciplinaire**. La présence et l'intervention de notre médecin conseil dans le cadre des prestations facilitent cette prise en charge de personnes non séropositives au VIH ou hépatites, les chargées d'insertion professionnelle disposant au sein même de l'association d'une personne ressource pour ces

accompagnements. La psychologue d'ARCAT a également pu être consultée en amont d'une prestation pour rencontrer un bénéficiaire. L'intervention de ces professionnels a également pu être sollicitée durant une prise en charge. Les travailleurs sociaux de l'association, dans les cas d'urgences sociales constatées par les chargées d'insertion pour des bénéficiaires vivant avec le VIH ou une pathologie associée, ont pu prendre en relais les accompagnements et mettre en place des interventions.

**Concernant la répartition du public par genre, les femmes ont cette année et pour la première fois été majoritaires puisqu'elles représentent 61% des personnes reçues contre 50% les années précédentes.**

Concernant la répartition par âge, cette année a été marquée par une stabilisation de la part de **personnes de moins de 40 ans qui représentent 42,5%** des personnes ayant participé à une prestation (40% en 2013).

Les personnes reçues dans le cadre de ces prestations restent majoritairement en situation de précarité :

- 83% sont bénéficiaires de minimas sociaux ou sans ressources ;
- 40% sont hébergées chez un tiers, en structure d'hébergement, ou sont dépourvues de solution d'hébergement ;
- 43% souffrent d'isolement.

Ces situations de précarité cumulées à un niveau de formation inférieur à la Troisième pour 42% des bénéficiaires entravent la réflexion sur l'élaboration d'un projet d'insertion professionnelle.

En effet, au regard de certaines situation d'urgence, les personnes sont amenées à réduire leur projet à un accès au travail « à tout prix » sans tenir compte de leur problématique de santé. Or leur niveau de formation réduit significativement les débouchés et ne permet souvent pas l'accès à un emploi compatible avec l'état de santé. Un parcours de formation s'avère donc en règle générale nécessaire pour que l'emploi soit adapté à l'état de santé, mais est bien souvent incompatible avec les situations de précarité vécues.

L'état de santé contribue sans conteste à éloigner les bénéficiaires du marché de l'emploi de façon durable, puisque 59% des personnes reçues sont sans emploi depuis plus de 2 ans, et fréquemment depuis 4 ou 5 ans, période régulièrement précédée d'un arrêt maladie longue durée, augmentant ainsi encore le temps d'inactivité professionnelle.

Les personnes reçues dans le cadre de ces prestations cumulent un nombre particulièrement grand de « freins » d'accès à l'emploi qui augmentera d'autant le temps nécessaire à préparer le retour à l'emploi.

### **3. Difficultés rencontrées par les bénéficiaires**

Les personnes accompagnées dans le cadre des prestations peuvent faire face à plusieurs difficultés liées à des fragilités psychologiques, à un état de santé fragilisé, à un éloignement de l'emploi du fait d'expériences professionnelles inexistantes, non significatives ou de ruptures brutales, au cumul de freins (faible niveau de qualification, expérience dans des métiers manuels, âge) ou à une situation de précarité sociale.

#### **» Fragilités psychologiques**

L'annonce de la maladie (et l'effet psychologique de sidération et d'angoisse de mort) et la difficulté d'intégrer cette maladie expliquent la grande fragilité psychologique des personnes accueillies en prestation.

Par rapport à 2013, nous avons reçu un plus grand nombre de personnes jeunes (entre 25 et 40 ans) en situation d'inaptitude et donc de reconversion professionnelle avec des trajectoires interrompues prématurément par l'apparition ou l'évolution de la maladie. Dans ces situations, le deuil de l'ancien métier est une étape délicate et le besoin de reprise de confiance en soi est prégnant. La maladie oblige à un repositionnement personnel, familial et professionnel.

L'acceptation du handicap, les représentations négatives et discriminatoires de l'entreprise, la peur du rejet, une tendance à l'auto-exclusion et à l'isolement, peuvent être des freins à l'élaboration même d'un projet professionnel.

#### **» Un état de santé fragilisé**

Être atteint d'une pathologie lourde et avoir le statut de travailleur handicapé rendent plus difficile la recherche d'un emploi ou une démarche de réinsertion/reconversion professionnelle. Les dispositifs existants sont souvent mal adaptés et majoritairement inconnus par les bénéficiaires qui expriment une sollicitude face à leur maladie : méconnaissance même des pathologies pour

des personnes atteintes tardivement, absence de contact avec les associations spécialisées, absence d'échanges avec des pairs concernés par une pathologie chronique évolutive etc.

De plus, les personnes atteintes d'une pathologie évolutive connaissent des parcours de santé contraignants, parfois incompatibles avec un emploi ou difficiles à articuler avec une prestation : consultations médicales en journée, hospitalisations plus ou moins longues et fréquentes, prises de traitements contraignantes, effets secondaires, maladies associées... Les contre-indications sont variables d'une pathologie à l'autre et d'une personne à l'autre. Les stations debout prolongées, le port de charges lourdes, la fatigabilité, l'évitement des efforts soutenus sont les contre-indications rencontrées habituellement. Le cumul de pathologies et de contre-indications est également à prendre en compte. Ainsi de nombreux bénéficiaires, travailleurs manuels, ne peuvent plus exercer physiquement leur activité.

Ainsi, les freins médicaux sont tels en PPS que les préconisations reposent souvent sur la reprise d'un emploi à temps partiel. La difficulté d'accompagner vers l'emploi des personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives tient pour l'essentiel au caractère évolutif de la pathologie et des troubles associés, principalement psychologiques, qui rend complexe et incertaine la mise en œuvre d'un projet professionnel à court, moyen et long terme.

### » **Freins professionnels et liés à l'apprentissage**

Fréquemment des personnes suivies en PPS ont un faible niveau de formation et/ou un diplôme à l'étranger non reconnu en France. Une remise à niveau est souvent préconisée mais l'âge est un facteur important à prendre en compte. Les capacités d'apprentissage et d'adaptabilité sont en effet souvent moins grandes avec l'avancée en âge. De plus, malgré le plan sénior, les publics de plus de 50 ans sont régulièrement freinés dans leurs projets de formation et de reconversion professionnelle.

La réorientation professionnelle est particulièrement complexe à élaborer pour des personnes concernées par des pathologies chroniques évolutives et sans formation car rares sont les métiers peu qualifiés ne nécessitant pas de bonnes capacités physiques. De plus, il est difficile de trouver des formations à temps partiel, y compris en centre de rééducation professionnelle (CRP).

De la même façon, on trouve encore peu d'offres d'emploi à temps partiel adaptées et les aménagements tels que le télétravail restent exceptionnels bien que pouvant considérablement améliorer les conditions d'accès à l'emploi ou de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

## » Freins sociaux et administratifs

Les situations de précarité sociale demeurent cette année encore prégnantes : près de 10% des bénéficiaires n'ont aucune ressource, et plus de la moitié vit avec des niveaux de ressources très faibles comme l'ASS (5,4%) ou l'AAH (39%). Certains participants pourraient bénéficier d'une pension d'invalidité, mais aucune information ne leur a été communiquée pour ouvrir leur droit faute d'accompagnement social.

La précarité des hébergements fragilise l'état de santé des personnes qui rencontrent des difficultés pour se soigner et ne bénéficient pas des conditions de vie nécessaires à leur stabilisation. En effet, les personnes hébergées chez des tiers rencontrent régulièrement des difficultés pour se nourrir régulièrement, prendre leurs traitements ou simplement dormir dans de bonnes conditions. Ainsi, la recommandation du rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH<sup>7</sup> d'augmenter l'offre d'hébergement adapté peut s'étendre à la situation des personnes touchées par une pathologie chronique évolutive, particulièrement exposées à une précarisation de leur situation.

De la même manière, les chargées d'insertion se trouvent régulièrement confrontées au manque de relais sociaux spécialisés auxquels faire appel pour apporter un accompagnement global aux personnes touchées par une PCE en situation de précarité.

## » Freins liés à la notion de « Handicap »

Un frein majeur est lié à la reconnaissance même du handicap. De manière croissante, les bénéficiaires avancent les difficultés de relations avec les MDPH illustrées par des limitations d'accès au dispositif AAH (refus de première demande, non renouvellement, délais d'attente...) à mettre en parallèle avec le temps nécessaire à la reconversion professionnelle constatée (environ 2 ans) et les fréquentes absences de ressources.

Demeure l'étape de la demande de RQTH qui reste sensible, les personnes en prestation pouvant craindre de rendre visible un handicap invisible. Aussi, il est important de prendre le temps de les informer sur les dispositifs d'accès à l'emploi, sur la formation et l'emploi en milieu ordinaire et protégé. La question d'informer ou non l'employeur de la RQTH, comment s'en

---

<sup>7</sup> *Prise en charge médicale de personnes vivant avec le VIH. Recommandations du Groupe d'experts. Rapport 2013 – sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. La documentation française, 2013.*

servir, parler ou non de la pathologie dans le milieu du travail, est au cœur de la problématique du retour à l'emploi des personnes atteintes d'une pathologie chronique évolutive.

Le rôle du chargé d'insertion et des différents animateurs d'atelier est de permettre l'expression de toutes les questions liées au secret médical. C'est notamment le cas lors de l'atelier « *Santé et Travail* » animé par le médecin conseil, qui amène les bénéficiaires à anticiper les réactions de l'entourage professionnel s'ils choisissent de parler de leur handicap ou de leurs problématiques de santé.

### » **Impacts sur les prestations**

Compte tenu de ces différents freins, souvent cumulés, les difficultés de mobilisation des participants se retrouvent à toutes les étapes des prestations : avant la prestation (difficultés à honorer l'entretien préliminaire, difficultés d'adhésion au projet...) et pendant la prestation (prévenir l'absentéisme, les retards...). Tout l'enjeu est de rendre les participants acteurs dans l'élaboration de leur projet professionnel en identifiant clairement les freins et les moyens de les lever.

Malgré les difficultés rencontrées les participants retirent des bénéfices des prestations qui dépassent leurs objectifs professionnels, notamment en termes d'estime de soi, de confiance en soi et de capacité à se projeter vers l'avenir.

# LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

## I. PREVENTION ET ACCES AUX SOINS AUPRES DES MIGRANTS HISPANOPHONES

### 1. Eléments de contexte épidémiologique et données de littérature

#### » En Amérique Latine

**Prévalence élevée du VIH/SIDA chez les HSH, et forte stigmatisation.**

Dans cette région, l'épidémie de VIH se concentre en grande partie dans les réseaux **d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** et autour de ces réseaux. Toutefois, en raison de la **stigmatisation**, l'épidémie parmi les HSH reste **cachée et non reconnue**. Dans de nombreux pays en effet, la communauté gay affronte le rejet d'une société profondément conservatrice ancrée dans ses traditions où l'homosexualité reste taboue. Les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe ainsi que leurs clients sont aussi très touchés (source ONUSIDA 2013) Selon les rapports de situation nationaux pour 2013, la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est bien plus élevée que parmi la population générale dans ces pays ; Ainsi, l'Argentine et le Mexique ont signalé une prévalence parmi les HSH de plus de 15%.(source ONUSIDA 2013). Des enquêtes réalisées antérieurement (source ONUSIDA 2010) dans des groupes de HSH vivant en zone urbaine ont révélé une prévalence du VIH d'au moins 10% dans 12 pays de la région. Une incidence du VIH de 3,5% parmi les HSH fréquentant des dispensaires de santé publique a été relevée à Lima (Pérou). Deux études de 2011, l'une réalisée en Argentine\*, l'autre au Pérou, montrent une prévalence VIH chez les Trans TS, respectivement de 34% et de 30%.

Sources :

\*Ramos Farias/Avila (IJID) : étude en Argentine dans 7 villes sur des personnes dépistées pour les IST/VIH : 114 Hommes Travailleurs du sexe (TS) et 73 Trans TS : prévalence VIH 11% versus 34%, incidence estimée : 2% versus 11%.

\*Silva-Santisteban (AIDS Behaviour). Etude à Lima (Pérou) sur 450 Trans M to F, dont 60% TS, taux de prévalence VIH: 30%

#### » En France

**Grande vulnérabilité de la population prostituée face aux maladies.**

Il existe **peu de statistiques sur les populations transgenres** et transsexuelles en France, du

fait notamment de la diversité des situations et des parcours de vie. Le rapport Morlat sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH 2013 souligne la **fréquence des IST** dans la population transgenre.

Une étude portant sur une cohorte de personnes transgenres essentiellement à 94% latino-américaines, et à 97% travailleurs du sexe (TS) ou ayant un passé de TS, suivie en CHU à Paris, montre des taux élevés d'infections dans cette population : 60% ont eu un ou plusieurs épisodes de syphilis, 50% (26/52) des personnes non infectées par le VIH et 64% (64/101) des PVVIH ont une infection HPV, 5,5% (10/183) ont une infection VHB (Ag HBS+), 5,5% (10/187) une infection VHC (Elisa VHC+), et 139 personnes sur 191 sont séropositives VIH, dont 43% au stade Sida.

Un rapport récent du Sénat en 2013\*, ainsi qu'une autre étude de la FNARS Pro Santé présentée en 2012 par l'InVS soulignent également leur grande vulnérabilité face aux maladies et préconise dans les recommandations faites aux associations qui les accueillent de se rapprocher des structures médicales. Par ailleurs, l'étude du Dr Florence Michard et du Dr J.D Pommier sur « les particularités de prise en charge médicale des personnes transgenres », réalisée auprès de 100 personnes transgenres (dont 96 latino-américaines), travailleuses du sexe et en grande précarité suivies à Bichat (*source : documents de formation sur le site du Réseau de santé Paris Nord, mars 2012*), révélait non seulement que 51% des personnes étaient infectées par la syphilis mais aussi que 87% d'entre elles ressentent des discriminations dans tous les domaines de la vie quotidienne (travail, hôpital, recherche de logement), qu'elles subissent davantage de violences physiques/sexuelles que d'autres personnes précarisées, et que plus de la moitié des personnes interrogées a recours aux associations, dont ARCAT ; les médecins auteurs de l'étude préconisent au plan social d'orienter les personnes transgenres vers les associations habituées à accueillir ce public.

Sources :

\*Cohorte de personnes transgenres MtF, prévalence des infections à VHB, VHC, syphilis, VIH ; A. Freire Maresca, D. Costagliola, J Leporier, C Dupont, E. Gault, N. Bonin, C. Cabral, I. Bourgault-Villada, E. Rouveix, AFRAVIH (2012)

\*Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard, rapport d'information de M. Jean-Pierre GODEFROY et Mme Chantal JOUANNO, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 46 (2013-2014) - 8 octobre 2013  
[http://www.senat.fr/commission/soc/mission\\_sur\\_la\\_situation\\_sociale\\_des\\_personnes\\_prostituees](http://www.senat.fr/commission/soc/mission_sur_la_situation_sociale_des_personnes_prostituees)

## » Contexte migratoire

Les personnes hispanophones bénéficiaires des actions d'ARCAT viennent **essentiellement de la région andine de l'Amérique du Sud** (surtout Colombie, Pérou, Equateur), région où la

prévalence du VIH est élevée chez les HSH, et où la stigmatisation des HSH est forte (se référer au chapitre traitant du contexte).

Depuis le milieu des années 1980, comme l'explique Olga Gonzales\*, on observe une intensification des flux de migrants en provenance de la région andine et particulièrement des trois pays suivants : la Colombie, le Pérou et l'Equateur. Des facteurs économiques, sociaux, et politiques contribuent à expliquer la migration des ressortissants vers l'Europe, y compris vers la France ». Les migrants actuels, souvent maçons ou femmes de ménages, arrivés par leurs propres moyens, n'ont très fréquemment pas de permis de travail ni de résidence fixe. L'auteur de l'étude relève « l'invisibilité de ces migrants dans la société française », ainsi qu'un **accès limité de ces personnes aux droits sociaux**.

*\*Source : étude d'Olga Gonzales sur la migration latino-américaine en France, parue dans le numéro « migrations latino-américaines » de la revue Hommes et migrations 2007)*

## 2. Objectifs du programme

### » Objectif général du programme

Depuis 2001, des intervenants hispanophones du secteur prévention d'ARCAT mènent, auprès des migrants latino-américains d'Ile-de-France, des actions d'information/prévention plusieurs jours par semaine, tout au long de l'année, afin de **réduire les risques individuels de contamination par les IST, et de promouvoir le recours au dépistage ainsi que l'inscription dans le système de soin**.

Grâce au réseau, renforcé au fil des années, de professionnels de santé hispanophones exerçant en ville, à l'hôpital, ou dans des structures médico-sociales, ils peuvent orienter le public (l'accompagner si nécessaire) pour une prise en charge. Par ailleurs, ARCAT a une expertise reconnue dans le domaine des spécificités liées aux personnes transgenres qu'elle met à profit auprès d'elles pour les amener à bénéficier d'une surveillance médicale globale et pluridisciplinaire.

Les migrants latino-américains, principalement travailleurs/ses du sexe et transgenres font partie des publics prioritaires identifiés par les autorités publiques de santé, tant en matière de réduction des inégalités sociales de santé que de lutte contre le VIH/sida, les hépatites et autres IST. Ils présentent de nombreuses vulnérabilités par rapport à ces pathologies et plus largement par rapport à une détérioration de leur état de santé : ils cumulent en effet des facteurs de risque liés au parcours migratoire source de précarité, isolement, mais aussi à l'activité prostitutionnelle ainsi qu'aux discriminations/stigmatisations.

### › Objectifs opérationnels des activités

- Faciliter l'accès à des informations et à des outils de prévention, en intégrant la prévention (primaire et secondaire) du VIH/SIDA et des IST dans une approche globale de la santé.
- Aider les personnes à prendre davantage soin de leur santé en tenant compte de leurs difficultés.
- Promouvoir l'accès aux droits sociaux et aux soins et orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun.
- Promouvoir le dépistage.
- Renforcer les connaissances et compétences en santé pour aider les personnes à se prémunir et gagner en autonomie dans leur parcours de santé en Ile-de-France.

### › Public touché, principaux sites des actions

L'essentiel des actions se déroulent dans un lieu de proximité (« Pasaje Latino 17 ») où est accueilli, en langue espagnole, le public latino-américain en situation de grande précarité, dont en majorité le public travailleur du sexe et des personnes transgenres. Ce lieu ressource pour la communauté est complété par les actions de proximité sur les lieux d'exercice du travail du sexe, en particulier les tournées avec l'Association des Amis du Bus des Femmes dans la forêt de St Germain en Laye.

D'autres actions ont lieu à des périodes particulières de l'année et touchent un public plus large, en contact avec les associations latino-américaines lors d'évènements festifs en Ile de France.

## 3. Le Pasaje latino

Situé dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement, il est proche des lieux de vie et de travail de beaucoup de personnes latino-américaines demeurant à Paris.

Depuis le 15 septembre 2014, ce petit local est ouvert trois jours et demi par semaine (au lieu de deux jours auparavant) de 9h à 13h et de 14h à 18h sans rendez-vous : une demi-journée supplémentaire (le mercredi après-midi) est en effet dédiée au dépistage rapide dans le cadre de la recherche Cube.

Il est par ailleurs ouvert depuis fin octobre une demie journée de plus dans le cadre d'une nouvelle permanence pour la communauté chinoise en partenariat avec le Lotus Bus

Le Pasaje est animé par 2 intervenantes complémentaires : les spécificités de la prise en charge des personnes transgenres et les représentations de la santé du public latino-américain sont

particulièrement bien connues de l'animatrice de prévention communautaire; les entretiens individuels sont essentiellement menés par l'intervenante sociale en prévention (éducatrice spécialisée). Les ateliers collectifs sont animés par les 2 intervenantes, auxquelles se joint le médecin coordinateur de l'équipe prévention sur certaines séances. Un médecin hispanophone a été recruté en 2014 pour effectuer les TROD et la vaccination VHB dans le cadre de la recherche CUBE. Notons le départ d'ARCAT, en octobre 2014, de l'animatrice de prévention qui travaillait auprès de la communauté hispanophone depuis 8 ans.

Le Pasaje latino, est bien identifié par la communauté hispanophone (venue essentiellement par « le bouche à oreille », mais aussi grâce aux contacts avec l'Union des associations latino-américaines dont ARCAT est membre fondateur) et par les partenaires, **comme un lieu « ressource » pour les usagers**, avec un accueil en langue espagnole paritaire non communautaire et communautaire, sans jugement quant à l'exercice de la prostitution, quant à l'absence de droits, au statut de migrant, quant à l'identité de genre. **Ces deux publics viennent donc s'informer dans ce lieu non « étiqueté » « prostitution » ou « transgenre ».**

**L'accent est mis à l'accueil sur la convivialité, l'espace individuel ou collectif trouvé par les usagers permet d'exprimer librement leurs besoins en matière de droits sociaux et en matière de santé, et d'avoir des informations adaptées à leur situation.**

Type d'accueil au pasaje	Type de public	Types d'actions	Matériel/outils de prévention mis à disposition	Mode de distribution des outils
Communautaire et non communautaire sans rendez vous	Public hispanophone en situation de grande précarité, surtout travailleurs du sexe, transgenres	-Entretiens individuels (sociaux et de prévention primaire et secondaire), orientations et accompagnement physique si besoin. -Ateliers collectifs -TROD VIH VHB VHC avec proposition de vaccination VHB	-Dépliants en espagnol -Préservatifs (masculins et féminins) et gels. -Utilisation du « manège » pour la démonstration mode emploi du préservatif masculin.	-Dépliants en espagnol en libre-service au local -Préservatifs et gels : sur demande et proposés.

En prévention primaire : les informations concernent le VIH/IST mais aussi d'autres pathologies (tuberculose, les hépatites en général), l'intérêt du dépistage du VIH et des IST, les lieux où les faire (CDAG, TROD), le traitement post exposition.

En prévention secondaire : de nombreuses sujets sont abordées comme la conduite à tenir en cas d'oubli de prise, la nécessité du suivi médical régulier (avec les particularités pour les transgenres déjà abordées dans le chapitre précédent), de l'observance des traitements, plusieurs personnes sont orientées vers le médecin d'ARCAT pour des informations supplémentaires.

### » Recueil des données

Il existe une base de données d'activité du Pasaje latino, inchangée depuis 2013, ainsi que des fiches de premier entretien social dans lesquelles sont recueillies les informations suivantes : type de demande, origine de l'orientation, couverture sociale, âge, nombre d'années de présence en France, médecin traitant déclaré ou non, orientation éventuelle, besoins d'accompagnements éventuels.

Concernant les ateliers, des comptes rendus sont réalisés et les questionnaires de satisfaction distribués aux participants sont dépouillés.

Il existe une base de données spécifique à la recherche ANRS CUBE.

*En 2014, au Pasaje Latino :*

**143 jours de permanences** (114 en 2013) ont permis d'accueillir, lors de **3348 passages** (2881 passages en 2013) soit 23 personnes/j de permanence en moyenne. **259 passages** (soit 7,7% du total) **ont concerné des travailleuses du sexe chinoises.**

**Sur le total des passages, 14% concernaient de nouvelles personnes.**

**891 personnes différentes** (585 en 2013) : **288** (217 en 2013) **Trans (32,32%), 330 F (37,03%** - 183 en 201), **273 H ( 30,6% - 185 en 2013).**

**1251** (1043 en 2013) **entretiens individuels** ont été menés ainsi que **6 ateliers collectifs** (s'y ajoutent **50** séances de démonstration collective (34 en 2013) de l'utilisation du préservatif.

*Commentaires :* le nombre de jours d'ouverture a été supérieur à l'an dernier, avec pour conséquence un nombre de passages et d'entretiens supérieurs. Un nombre de personnes important qu'il faut cependant pondérer malgré un grand nombre de passages personnes chinoises. En effet, le nombre de TS chinoises différentes est sans doute surévalué du fait de la

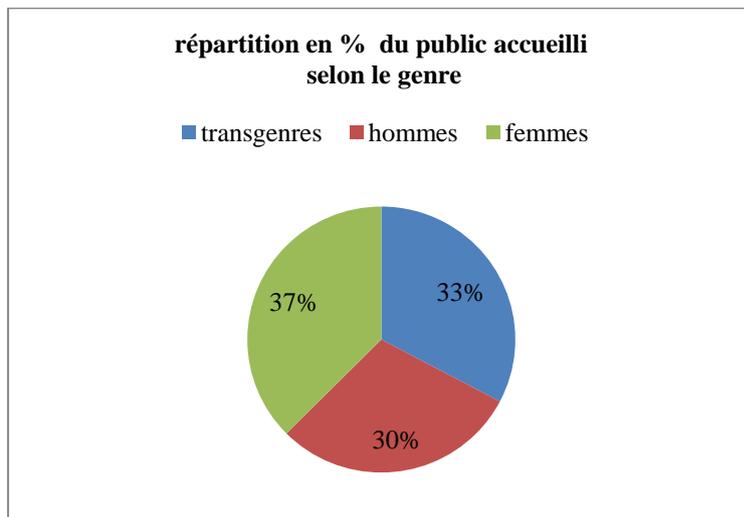
difficulté de communication et de recueil des noms (115 personnes différentes chinoises sont comptabilisées dans la base de données).

Il y a eu 259 passages de TS chinoises entre le 18 août et fin octobre : suite à cela, démarrage le 31 octobre, dans le local, d'une permanence en mandarin un jour différent de celui des permanences hispanophone (en partenariat avec le Lotus Bus). Si on excepte les personnes chinoises, la plupart des passages sont relatifs à des personnes déjà connues du local.

### » Profil des personnes reçues en 2014

Age : majoritairement entre 25 et 39 ans.

Lieu de résidence : 90 % des personnes sur Paris, les autres dans le 93, le 92, 94, 95.



Nombre de travailleurs du sexe : 60,7% (541) de l'ensemble des personnes (891) sont des travailleurs du sexe (TS) : dont 288T, 84H, 169F.

Exercice de la prostitution selon le genre : **100% des personnes transgenres**, 25,4% des hommes, 48,43% des femmes sont des TS.

*Commentaire* : comparé à 2013, une augmentation (du double) de la proportion de femmes expliquée par l'arrivée de TS chinoises.

Nationalité selon le genre (par ordre décroissant) :

Ensemble des personnes : Pérou 29,4%, Equateur 26,2%, Colombie 22,6%, Brésil 5,3%

En 2014 les Péruviens sont la population la plus représentée, elle constitue la plus grande partie des nouvelles personnes arrivées sur le local. Dans la population transgenre, de nombreuses nouvelles personnes viennent du Pérou, tendance déjà observée en 2013 mais qui s'est accentuée depuis. On note chez les hommes plusieurs personnes travailleuses du sexe de Roumanie et d'Algérie (ces derniers en couple avec trans ou voisins du local).

*Trans* : **Equateur** (94 personnes), **Pérou** (109), Algérie (14) **Argentine** (15), **Colombie** (29), **Brésil** (26), et moins de 4 pour chaque nationalité : France, Panama, Espagne, Puerto Rico, Venezuela.

*Hommes* : **Colombie** (58), **Equateur** (50), **Espagne** (19), **Brésil** (18), France 5, Algérie (16), Venezuela (8), Roumanie (2), Italie (1), Honduras (3), Argentine (4), Chili (1), Mexique (4) , Bolivie(3), République Dominicaine(1), Inde (3), 23 (Espagne), Bulgarie (3).

*Femmes* : **Colombie** (49 personnes), **Equateur** (47), **Pérou** (29), **Espagne** (24), **Venezuela** (6) Paraguay (26), France (5), Argentine (4), Mexique (2), République Dominicaine (1), Algérie (1), Savador.

Couverture sociale : **33% n'ont aucune couverture sociale**, 21,25% ont l' AME, 40% ont la CMU.

Parmi les 99 nouvelles personnes reçues en 2014 en entretien individuel, 9 avaient l'AME, 14 la CMU, 72 n'avaient aucune couverture santé.

Types de demande :

**Demandes pour l'accès aux soins** : information sur les droits sociaux, AME, CMU, courrier CPAM, ouverture droits sécurité sociale : ce sont de loin les demandes les plus fréquentes (48% des demandes). **En 2014, 79 dossiers faits (et aboutis) pour l'ouverture des droits sociaux.**

**Demandes médicales** : aide pour la prise de rendez-vous médical (c'est la demande la plus fréquente) orientations vers hôpitaux, centres de santé, professionnels de santé et psychologue, déclaration médecin traitant, les informations-prévention.

**Demandes relatives au logement** : informations sur les dispositifs, aide à la recherche d'un hébergement.

**Demandes relatives à l'emploi** : inscription pôle emploi, information sur RQTH.

**Demandes relatives à la CAF** : intervention suite à rupture de paiement, aide sociale.

**Demandes de domiciliation.**

## Les orientations : 96 orientations vers

- Le Consulat de Colombie
- Espace santé droits 93
- Pôle accompagnement d'Arcat
- Hôpitaux : notamment Permanences d'accès aux soins (PASS) et service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat, Lariboisière.
- Des centres de santé : Centre Volta Maire (soins dentaires, consultations de gynécologie), CMS Figuier, Centre médical Europe, CDAG.
- Psychologue hispanophone (réseau santé paris nord)
- Planning familial du 18ème
- Pôle Emploi
- CPAM
- Maison justice droit 14<sup>ème</sup>
- Mairie de paris (service social)
- Ecrivain public
- CAF
- Service RSA
- Des associations partenaires et d'autres structures : les Amis du Bus des femmes, l'Union nationale des associations latino-américaines qui assure aussi des cours de français, les centres médicaux et de soins dentaires du 17<sup>ème</sup> et du 9ème, le Kiosque Info Sida, Pari-T, PASST (juriste et social).

## » Les ateliers

Thèmes des ateliers	Dates	Nombre d'ateliers	Mode d'intervention	Nombre de participants	durée
(retour sur les ateliers précédents)	12 mars	1	Court exposé, discussions autour d'un repas .	<b>6 personnes</b> (3T, 2H, 1F)	2h
Le foie	21 mai	1	« brainstorming », discussions autour d'un repas	<b>6 personnes</b> (3T, 2H, 1F)	2h
Préservatif, utilisation, négociation	9 juillet	1	« brainstorming », discussions autour d'un repas	<b>7 personnes</b> (6 Trans, 1F)	2h
Retour au pays informations santé voyage	20 aout	1	idem	<b>4 personnes</b> (4T)	2h
Transformations	3 septembre	1	« brainstorming »,	<b>10 personnes</b>	2h

corporelles			discussions autour d'un repas	(7T,2H,1F)	
Dispositifs santé/médecin traitant	29octobre	1	« brainstorming », discussions autour d'un repas	<b>9 personnes</b> (6T,1F,2H)	2h
Séances de démonstration collective du mode d'emploi du préservatif	réalisées par l'animatrice de prévention, elles ont lieu quand un groupe de nouvelles personnes arrivent au Pasaje	18	Démonstration par l'animatrice après avoir demandé au préalable à la personne d'expliquer le mode d'emploi. Discussion	3 à 5 personnes à chaque séance	15 minutes chacune



#### En 2014,

Total des participants aux **6 ateliers** : **41** dont **27T, 5F, 9H**

Total des participants aux **50 séances** de démonstration collective du préservatif : **115**

L'évaluation des ateliers se fait à partir des observations des intervenantes et de questionnaires de satisfaction anonymes distribués à la fin de la séance.

Analyse de 38 questionnaires de satisfaction (note de 1 à 5) :

Contenu : 32 notent 5, 6 notent 4 ;

Organisation : 35 notent 5, 3 notent 4 ;

Bienveillance et respect des autres : 31 notent 5, 7 notent 4 ;

« L'atelier peut aider pour prendre soin de ma santé » : 31 notent 5, 7 notent 4.

**Aucune note en-dessous de 4 : donc taux de satisfaction élevé.**

Les points forts des ateliers :

- Ils sont reconnus par l'ensemble des personnes comme un lieu favorable à leur expression,
- Les nombreuses questions posées par les participants manifestant leur intérêt pour ces ateliers, les personnes sont d'ailleurs invitées à choisir des thèmes proposés et à en proposer elles-mêmes,
- Le repérage d'incompréhensions,
- Les démonstrations du mode d'emploi du préservatif sont souvent à l'origine de discussions autour des difficultés de négociation de son utilisation.

#### Les difficultés rencontrées :

- 2 ateliers ont été annulés faute de participants.
- Attirer de nouvelles personnes n'est pas aisé.

Le dépistage (TROD VIH, VHB, VHC) et proposition de vaccination VHB : 23 inclusions ont été réalisées depuis le 15 septembre, pas de séropositivité découverte.

#### **4. Les Tournées dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye (78)**

L'animatrice de prévention d'ARCAT intervient lors de tournées dans la forêt de Saint Germain en Laye avec les Amis du Bus des Femmes. Ce partenariat existe depuis 2004 où avait été constaté, suite à la loi de Sécurité Intérieure, un éloignement des personnes des lieux habituels de prostitution, et où la forêt de St Germain en Laye avait été identifiée comme un lieu d'exercice de nombreuses personnes latino-américaines, peu informées sur la prévention du VIH/IST.

En 2014, nous constatons une meilleure connaissance des CDAG (40% des personnes pouvaient en citer) et des dispositifs de prise en charge, de la prévention dans la forêt de St Germain en Laye, si bien qu'une organisation différente pour toucher d'autres personnes moins informées est à envisager en 2015 (réunion avec l'équipe du Bus).

Le trajet des tournées commence par la porte d'Asnières (où exercent notamment des femmes algériennes et marocaines), puis le bus sillonne la forêt de St Germain en Laye ; à partir de Maison Lafitte, Achères, Poissy, et du côté de Cergy pontoise, on retrouve principalement des femmes de nationalité Equatorienne, Camerounaise, Brésilienne et Roumaine. Le Bus passe par le bois de Boulogne.

Les données sont notées sur des fiches dans le bus, qui sont ensuite retranscrites sur une base de données.

**En 2014 : 27 tournées avec les Amis du Bus des femmes** (18 en 2013), **118 F, 81 T** ont permis de réaliser **1305 contacts/** entretiens pour **199 personnes différentes** (69 en 2013) : 118 femmes et 81 transgenres.

*Commentaires* : une activité en augmentation par rapport à 2013, et un nombre de transgenres supérieur (18 en 2013). Les personnes reconnaissent le bus et viennent chercher des préservatifs/gels, discuter un bref moment, le temps d'un café, avec l'animatrice de prévention qui descend aussi à la rencontre des personnes lorsqu'elles hésitent à entrer dans le bus. Les thèmes des discussions qui reviennent le plus souvent sont les agressions, les interpellations par la police, les droits à l'accès aux soins, la famille, le travail au quotidien.

## 5. Les autres actions en milieu latino-américain

### Animations de stands de prévention dans les lieux festifs :

En partenariat avec l'Union des associations latino-américaines, des stands sont animés par l'équipe de prévention lors de fêtes nationales (diffusion d'information et distribution de matériel de prévention). La revue Latinoamérica al Dia, très lue par la communauté, et distribuée gratuitement, relaie l'information.

Dates	Noms	Lieux	Nombre de personnes touchées
5 et 6 juillet 2014	Mundialito latino	Stade Marise Hisz porte de Montreuil	1900
19 juillet 2014	Fête de la Colombie	Stade de la Muette Paris 16ème	2000

Le 1<sup>er</sup> décembre, journée mondiale du SIDA : stand d'information à l'hôpital Bichat : 150 personnes environ.

Documents en langue espagnole (appui INPES) : La diffusion des documents a lieu lors des activités de terrain (entretiens, ateliers, tournées, stands lors des fêtes latino-américaines l'été, lors des actions autour du 1er décembre et auprès de nos partenaires.

Deux tournées de diffusion de documents (dépliants en espagnol sur la liste des CDAG, le VIH, les IST, les hépatites, tuberculose, affiches, traitement post exposition) ont eu lieu 2014

*Lieux de diffusion :*

- En avril auprès de 3 **consulats latino-américains à Paris** (consulats de l'Equateur, de Colombie, du Pérou) : 455 documents au niveau de chacun.
- En juillet auprès de 9 établissements de santé **hôpitaux** et de **CDAG** (Ambroise Paré, Bichat, Georges Pompidou, Tenon, Cochin, Pitié Salpêtrière, St Antoine, CDAG Fernand Widal, CDAG Belleville) : 1200 documents chacun, ainsi qu'au **cabinet d'un médecin généraliste** (240 documents).
- Diffusion en juin auprès de **l'association Pari-T** qui tenait un stand lors de **Solidays** : 1200 documents.
- 450 documents diffusés lors de la soirée **Inter-COREVIH Ile-de-France Nord et Ouest**.
- Le dépliant transgenre (en français) destiné aux soignants a été diffusé à la fois par le COREVIH nord auprès d'établissements de santé, et par ARCAT au niveau de **15 associations et CRIPS** soient 800 (diffusion ARCAT).

**Au total, 14 615 documents diffusés en 2014** : 1050 liste des CDAG, 1050 VIH, 1050 IST, 1050 syphilis 1050 hépatites, 1050 cartes prévention du VIH auprès des jeunes 1050 le traitement post exposition, 1050 syphilis, 1050 termes médicaux, 1050 tuberculose, 900 que faire en cas d'oubli de prise de médicaments, 1800 dépliants sur prise en charge des transgenres, 800 dépliants « si eres trans », affiches.

**Les documents sont également téléchargeables sur le site internet d'ARCAT.**

**Réunions, colloques** : Participation à la soirée Inter-COREVIH Ile-de-France Nord et Ouest qui s'est tenue le 21 mai 2014 à l'Espace Scipion sur le thème de « la prophylaxie préexposition (PrEP) et des travailleurs du sexe ». ARCAT a participé à l'étude (remise de questionnaires à des usagers du pasaje latino ainsi qu'au CDAG Fernand Widal, traduction en mandarin des questionnaires) présentée par le Dr Maresca ce jour-là (ref : diaporama sur le site du CoreVIH).

## **6. Principales observations issues des actions de terrain**

En 2014, comme en 2013, de nombreux migrants précarisés en provenance de pays de l'Union Européenne (essentiellement d'Espagne et d'Italie) du fait de la conjoncture économique, se sont adressés au Pasaje Latino en premier recours. D'origine colombienne, équatorienne,

péruvienne, ils disposaient d'un titre de séjour européen. Hébergé(e)s provisoirement chez des tiers de leur communauté, souvent isolé(e)s, ils ont été accueillis et orientés vers des structures de droit commun. Ces migrations intra-européennes concernent des personnes seules (travailleurs du sexe ou non) mais aussi des familles arrivant sur le territoire français, isolées. Ce mouvement migratoire, observé depuis un an et demi, s'est nettement accentué.

Sur les lieux de travail de la prostitution (bois de Boulogne, forêt de St germain en Laye), des agressions et violences continuent à être fréquemment relatées par les personnes.

Le constat que les personnes travailleuses du sexe dans la forêt de St germain en Laye semblent prendre mieux en charge leur santé. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : meilleure connaissance des dispositifs du fait de tournées de prévention du Bus des femmes avec ARCAT depuis des années sur un lieu où il y a peu de nouvelles personnes du fait que chacune préserve soigneusement son territoire, autres bus de prévention qui passent. **L'organisation des tournées sera rediscutée en 2015 avec l'équipe du Bus afin de répondre à des besoins d'autres travailleurs du sexe.**

Précarité accentuée des travailleur(s) du sexe, notamment des transgenres. De nombreux témoignages attestent de la baisse des revenus issus du travail du sexe, avec des difficultés accrues de négociation de l'usage du préservatif avec les clients entraînant des prises de risques. Les travailleurs/euses du sexe rencontré(e)s font part de leur précarité qui s'accroît car le revenu de leur travail est de plus en plus faible. La volonté de trouver un autre type d'emploi à la place ou en parallèle du travail sexuel s'avère forte chez plusieurs d'entre elles, néanmoins l'insertion professionnelle se heurte souvent à plusieurs obstacles : niveau faible de formation pour beaucoup, mais aussi du fait de discriminations/stigmatisation ressenties quant à l'identité de genre. Elles éprouvent donc de grandes difficultés à subvenir à leurs besoins fondamentaux, ce qui amène à solliciter des aides financières pour des situations d'urgence sociale.

Les personnes reçues en situation de grande précarité, et particulièrement les travailleurs du sexe et les transgenres présentent souvent une mobilité dans leur parcours, une crainte de stigmatisations ou de discriminations qui ont entraîné des ruptures de suivi médical. Elles sont confrontées à des difficultés sociales ou juridiques prioritaires aux dépens de la santé. Le local « Pasaje latino » constitue donc, encore à ce jour, un espace où les personnes trouvent des informations sur la santé, mais aussi des liens nécessaires à leur prise en charge médicale ou à la reprise d'un suivi médical qu'elles ont délaissé du fait de leurs difficultés notamment sociales et juridiques.

Une connaissance encore insuffisante des IST et de leur prévention, et notamment des risques liés à la fellation.

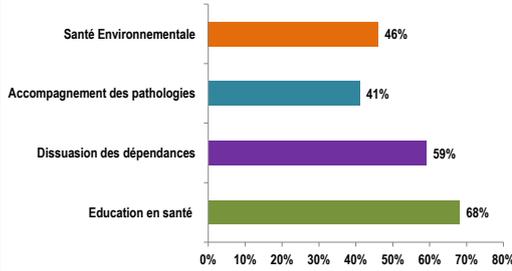
Enfin, signalons des démarches administratives plus complexes pour obtenir l'AME.

## 7. Partenariats et projets autour du programme

- En 2014, le « **Pasaje latino 17** » est l'un des trois lieux d'expérimentation de l'étude **ANRS-CUBE (offre de dépistage rapide du VIH, du VHB et du VHC, et offre de vaccination VHB)** portée par le Pr Gilles Pialoux du SMIT Tenon, l'UMRS 707 de l'Inserm, les associations Arcat, Le Kiosque Infos Sida, Prévention et soin des addictions et la Fédération SOS Hépatites. Les inclusions ont commencé dans ce lieu le 15 septembre 2014, à raison de 4h/semaine . 23 TROD réalisés.
  
- **Passage de nombreuses travailleuses du sexe chinoises** sur la permanence du local latino depuis le mois de septembre.
  
- **Départ de l'animatrice de prévention communautaire en octobre 2014** (recrutement d'une personne de profil similaire en janvier 2015).
  
- En 2014, **une sociologue a été recrutée afin de mener une recherche appuyée par le fond de dotation Gilead Sciences**, avec pour objectifs principaux **l'évaluation du dispositif du Pasaje** afin d'améliorer les outils d'évaluation et les indicateurs d'impact du programme. Les résultats de cette recherche sont attendus en **avril 2015**.
  
- En 2014, le **dépliant «Trans – Mieux connaître leurs spécificités, mieux les prendre en charge** » actualisé en 2013 en partenariat avec les **CoreVIH IDF Ouest et Nord** à destination des soignants a été largement diffusé.
  
- En 2014, (du 25 au 27 février et du 2 au 4 décembre) **ARCAT et Le Kiosque ont renouvelé l'expérience de travail en synergie sur les sites CPAM de Diderot et de Belleville lors des « comptoirs santé » initiés par la CPAM** en 2013, et dont un des thèmes santé était « préventionVIH/ Sida, IST, hépatites » pour informer, inciter au dépistage du VIH et IST, et orienter vers des CDAG. En partenariat avec Afrique Avenir, les intervenants en prévention (hispanophone et asiatique) d'ARCAT et ceux du Kiosque ont animé des stands sur ces deux sites majoritairement fréquentés par une population migrante asiatique et africaine. La mutualisation des compétences des structures sollicitées a été de nouveau un succès, comme l'illustrent les diapositives suivantes de l'assurance maladie reprenant certains indicateurs de performance (engagement client global et sur comptoir « PréventionVIH/ Sida, IST, hépatites », satisfaction client).

## Engagement client global

sur l'ensemble des thématiques



Le taux d'engagement client par thématique de santé permet d'ajuster à **N+1** les comptoirs santé, en fonction du ciblage de l'agence, de la typologie de la clientèle,...

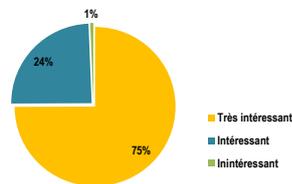
Cela permet d'intégrer les suggestions des clients en fonction de leurs besoins.

Le travail avec nos partenaires ANPAA, Le kiosque, Arcat, Afrique Avenir concoure à un fort engagement client sur la thématique « **Dissuasion des dépendances** » avec **59%** d'engagement client avec les comptoirs « Alcool, tabac et votre santé » et **68%** d'engagement client pour la thématique « **Education en santé** » avec notamment les comptoirs « Sensibilisation, VIH, sida, IST, hépatites ».

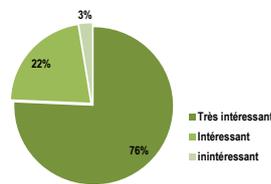
Engagement client global	Engagement client Comptoir	Coût moyen Thématiques	Coût au contact	Satisfaction client	Satisfaction lignes d'accueil
--------------------------	----------------------------	------------------------	-----------------	---------------------	-------------------------------

## Satisfaction client

Satisfaction client globale

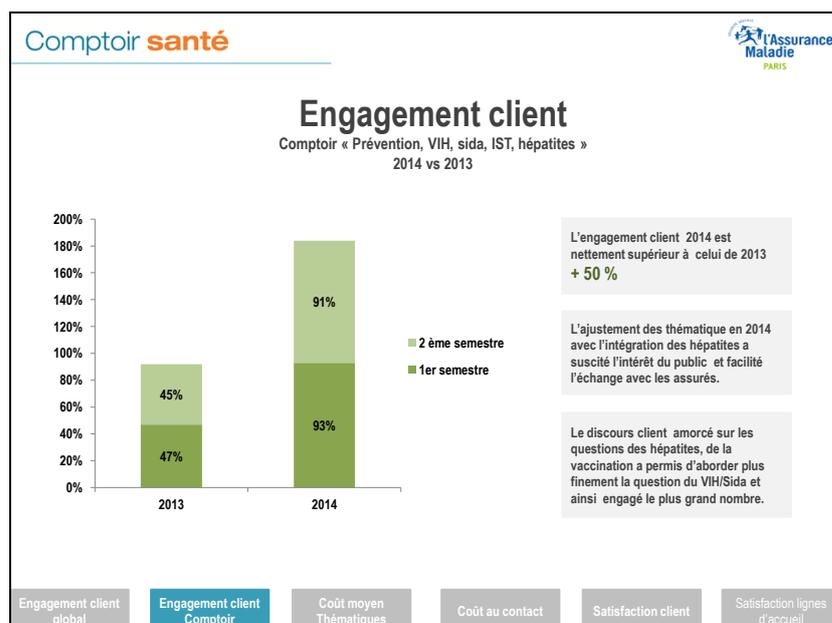


Satisfaction client « Prévention, VIH, sida, IST, hépatites »



La satisfaction client des comptoirs « Prévention VIH, sida, IST, hépatites » est très encourageante. **98 %** des clients ont manifesté un vif intérêt pour les dépistages, et les informations délivrées sur les maladies sexuellement transmissibles. **3%** des clients se sont désintéressés de ces sujets en raison de convictions religieuses. Cette thématique est très éducative et reprend des orientations de la stratégie nationale de santé.

Engagement client global	Engagement client Comptoir	Coût moyen Thématiques	Coût au contact	Satisfaction client	Satisfaction lignes d'accueil
--------------------------	----------------------------	------------------------	-----------------	---------------------	-------------------------------



## II. PREVENTION ET MEDIATION EN SANTE DANS LA COMMUNAUTE ASIATIQUE

### 1. Eléments de contexte épidémiologique et données de littérature

Les actions d'information/prévention d'Arcat auprès de la communauté asiatique touchent un **public chinois diversifié**, femmes surtout, mais aussi des hommes, présentant des vulnérabilités :

- la barrière de la langue, commune à beaucoup de migrants, est difficile à franchir pour la population chinoise. Pour les Chinois, arrivant avec une faible maîtrise des rudiments du français, consacrant leur temps à travailler pour leur lourde dette contractée pour le voyage illégal et économiser de l'argent (envoyé en grande partie dans leur pays), le choix de s'investir dans un processus d'apprentissage du français n'est pas aisé «Langue et vulnérabilité des migrations chinoises actuelles» dans la Revue européenne des migrations internationales (vol.23-n°3, 2007), Estelle Auguin et Florence Levy. Dans ce contexte migratoire, la santé n'est pas considérée comme une priorité au regard des autres problèmes. A l'instar d'autres migrants économiques, la migration est encore pour beaucoup un choix contraint, sans attache en France.
- ils arrivent avec un poids important de représentations sur le système de soins et la santé, sans, ou avec très peu d'informations sur des infections telles le VIH, **stigmatisant** fortement les personnes **en Chine**. Alors qu'en 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a appelé les

autorités du pays à mieux agir précisément contre cette maladie, force est de constater que de nombreux préjugés et discriminations contre les séropositifs persistent en Chine, malgré des progrès ces dernières années comme l'illustrent ces deux exemples :

*Exemple 1* (Source : <http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/01/16/le-sida-progresse-en-chine>) Des villageois de Shufangya, dans la province du Sichuan, ont signé une pétition exigeant l'expulsion d'un enfant orphelin de ses deux parents, et qui a contracté le virus auprès de sa mère à sa naissance en 2006, et les écoles des environs l'avaient rejeté. Révélée fin décembre 2014, cette histoire a provoqué une vive émotion en Chine, ce qui a amené les plus hautes autorités à réagir, s'engageant à fournir des soins médicaux, et promettant que le garçon bénéficierait d'une éducation.

*Exemple 2* (Source : <http://www.lemonde.fr/asi-pacifique/article/2014/08/15/chine-une-compagnie-aerienne-poursuivie-pour-discrimination-a-l-egard-de-seropositifs>) En août 2014, des séropositifs ont été refoulés à l'embarquement d'un vol d'une compagnie aérienne chinoise parce qu'ils s'étaient identifiés comme tels, cela pouvant être, selon la compagnie, un facteur déclenchant une panique parmi les autres passagers à bord de l'appareil. Pour la première fois cependant, la justice chinoise a examiné un dépôt de plainte pour discriminations présumées vis-à-vis des séropositifs.

Bernhard Schwartländer, représentant de l'OMS en Chine, écrit d'ailleurs dans une tribune publiée par le journal "China Daily" à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre 2014, cité par l'AFP. "Sans doute le plus important dans ce pays est d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les populations à risque comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs et travailleuses du sexe, et les personnes consommatrices de drogue".

Le système de santé en Chine, malgré de notables progrès accomplis, est régulièrement critiqué\* : il est observé en effet des **inégalités croissantes\*\*** d'accès de la population à des soins de qualité ainsi qu'un mécontentement de plus en plus explicite de la population, exprimé en particulier par les médias qui dénoncent régulièrement les défaillances du système, les dérives mercantiles des médecins, ou les problèmes de sécurité sanitaire.

\* Sources : propos de la Conseillère pour les Affaires sociales, et le service des Affaires sociales de l'Ambassade de France en Chine, août 2014.

<http://www.ambafrance-cn.org/La-reforme-du-systeme-de-sante-en-Chine>

\*\*« Les maux chroniques du système chinois »

<http://www.courrierinternational.com/article/2014/04/18/les-maux-chroniques-du-systeme-chinois>

**Les structures de droit commun sont de fait encore peu connues des Chinois ne parlant pas le français, et les observations montrent qu'ils s'y rendent souvent tardivement.**

### » **Lieux de vie des communautés chinoises en France \***

Sur 5,8 millions d'immigrés, la France compte 3% d'immigrés chinois (174000) dont 67% de femmes (source : Insee, enquête annuelle de recensement de 2013). Plus de 72% vivent en Ile de France. Parmi les Franciliens, 40% vivaient à Paris intra-muros. Paris compte plusieurs quartiers chinois : le 13ème arrondissement ([Triangle de Choisy](#)) est le plus connu, mais c'est aussi le moins chinois aujourd'hui (seuls 14% Chinois résident dans ce quartier selon une enquête). [Arts et Métiers](#) est le plus ancien encore existant, [Belleville](#) le plus chinois, ainsi que le Faubourg-Saint-Martin, la Chapelle, Crimée. La banlieue compte également une importante communauté chinoise, surtout dans le nord-est et l'est parisien: Pantin, Stains, Bobigny, Ivry, Villejuif, Kremlin-Bicêtre, Gennevilliers, etc.

*\*Source : Interview par Annabelle Laurent, journaliste à Slate.fr. Donatien Schramm, Président de l'Association Chinois de France-Français de Chine et spécialiste de la communauté chinoise de Belleville, et Pierre Picquart, docteur en géopolitique auteur d'une thèse sur les Chinois de Paris. « Chinois de France ne veut rien dire ».*

Il existe en fait plusieurs communautés : les Chaozhou (aussi appelés Teochiu), les Wenzhou et les Dongbei formés de migrants venus à différentes époques, et présentant des différences culturelles importantes. Par ailleurs, selon qu'ils viennent des grandes villes ou de régions rurales de la Chine, leur niveau d'éducation scolaire varie beaucoup.

### » **Contexte épidémiologique**

*En Asie et particulièrement en Chine :*

**Hépatite B** : L'Asie est une zone à **forte prévalence pour l'hépatite B** et la tuberculose. Les porteurs chroniques VHB représentent **5 à 10% de la population adulte** de ce continent (source : OMS : hépatites, juillet 2014).

**VIH/Sida** : L'année 2014 a vu le SIDA progresser de 14% en Chine. Le nombre d'un demi-million de séropositifs est jugé par de nombreux experts largement sous-évalué, dans un pays de plus de 1,3 milliard d'habitants. Déjà en 2011, l'ONUSIDA estimait que la Chine comptait 780 000 porteurs du VIH. Les caractéristiques de l'épidémie de VIH varient au sein de la Chine, et même à l'intérieur de chaque province. Une méta-analyse\*\* parue en 2013 menée sur 31 provinces de Chine, incluant 821 études, montrent **une épidémie concentrée dans trois populations** : les consommateurs d'UDIV (prévalence de 9,08% en moyenne), les femmes travailleuses du sexe (prévalence 0,12 à 0,71%) avec une prévalence plus élevée dans le sud ouest de la Chine, et les HSH (prévalence 4,43 à 8,18% en 2010). Les relations sexuelles entre hommes reste le mode

principal de transmission : à cause des **valeurs traditionnelles** et de l'attente des familles, on estime entre 17% et 35% le pourcentage d'HSH (estimé entre 3 et 6 millions en Chine) mariés, et à plus de 70% ceux qui se marieront au cours de leur vie - peu dévoilent leur homosexualité et ces personnes ne figurent donc pas dans les études. Le taux d'utilisation du préservatif est faible chez ces personnes.

\* *2012 China AIDS Response Progress Report. Beijing: Chinese Ministry of Health 2012.*  
[http://unaids.org/en/dataanalysis.knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_CN\\_Narrative\\_Report](http://unaids.org/en/dataanalysis.knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CN_Narrative_Report)

\*\*« *HIV prevalence in China : integration of surveillance data and a systematic review* » Lei Zhang, Eric PF Chow, Jun Jing, Xun Zhuang, Xiaoshan Li, and al , *Lancet Infectious Disease* 2013 ; 13-955-63

*En France :*

Hépatites : **Le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2013 souligne l'attention particulière à porter aux personnes originaires de pays à moyenne ou forte endémie.** Entre janvier 2008 et décembre 2009, 1 715 patients naïfs de traitement antiviral ont été nouvellement pris en charge dans les pôles de référence pour une hépatite B chronique. Parmi les 1 665 personnes dont le pays de naissance était connu, les trois-quarts étaient nées à l'étranger, dont 1 sur 6 en Asie. La **prise en charge après un diagnostic d'hépatite B chez les migrants nés en Asie est souvent tardive.**\* Les découvertes de séropositivité très tardives (au stade clinique de sida) concernaient, en 2009, 16% des migrants. Elle variait selon le sexe, le mode de contamination et selon le lieu de naissance. Ce pourcentage, atteignait 24% chez les migrants nés en Asie notamment.\*

\*Source BEH janvier 2012, *Santé et recours aux soins des migrants en France* chapitre « *Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B* ».

## **2. Objectifs du programme**

Les actions d'information/prévention menées depuis 1998 par Arcat ont pour objectifs principaux :

- de contribuer à diminuer le risque individuel de transmission du VIH et autres IST (notamment hépatites) dans des populations présentant des vulnérabilités par rapport à ces pathologies ;
- d'apporter des informations, leurs modes de transmission, leurs modes de prévention (notamment la vaccination pour l'hépatite B), en intégrant le problème des IST/VIH/SIDA

au sein de problèmes de santé globale tels que le recommande le PNLS VIH/SIDA/IST 2010-2014 : tuberculose, contraception et suivi gynécologique, prévention du cancer du col de l'utérus.....), et d'inciter au dépistage ;

- de promouvoir l'accès aux droits sociaux et aux soins et d'orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun.

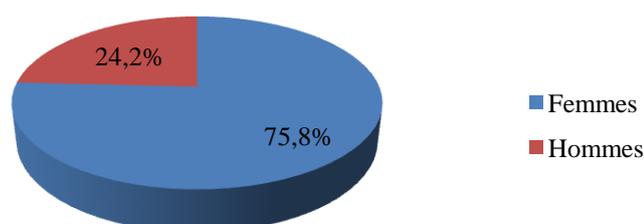
La chargée de prévention d'ARCAT, asiatique et infirmière de formation, parlant plusieurs dialectes, anime des **activités dans des lieux habituellement fréquentés par la communauté chinoise** (comme l'association franco-chinoise Pierre Ducerf dans le 3<sup>ème</sup> arrondissement), ou **dans des lieux de soins et/ou de dépistage proches de la communauté** (service IST de l'hôpital St Louis, centre médico-social Au Maire Volta) où elle est en quelque sorte une **médiatrice de santé**. Elle est également médiatrice entre des personnes et des professionnels de santé lors de rendez-vous médicaux (CDAG Fernand Widal, centre Figuiet, etc.). Depuis octobre 2014, elle anime conjointement au Lotus Bus une nouvelle permanence dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement.

Sa présence, à la fois à l'hôpital et dans les locaux des organismes partenaires permet de contribuer à créer un **circuit d'information sur la santé pour cette communauté** ayant beaucoup de réticences à aller dans les lieux de soins ou de dépistage sans avoir l'assurance d'avoir un interlocuteur en mandarin.

De surcroît, du fait des tabous de la communauté liés à la sexualité, de la peur d'avoir à décliner son identité, et de la connaissance (par le biais d'internet, le bouche à oreille) des services d'ARCAT par la communauté chinoise, elle répond à de **nombreux appels téléphoniques**.

### 3. Profil des personnes soutenues en 2014

**Ventilation par genre, en 2014, des sollicitations (tous modes confondus) auprès de la médiatrice santé**



En 2014, la médiatrice de santé a répondu à **1460** (1419 en 2013) **sollicitations** (appels téléphoniques, accompagnements, consultations de rendu de résultat de dépistage, interprétariat ou médiation lors d'une consultation médicale, réponses aux questions reçues via internet, etc.).

**613** (42%) concernaient des personnes qui contactaient pour la première fois l'association

**1092** (74,8%) provenaient de femmes

**348** provenaient d'hommes (24%)

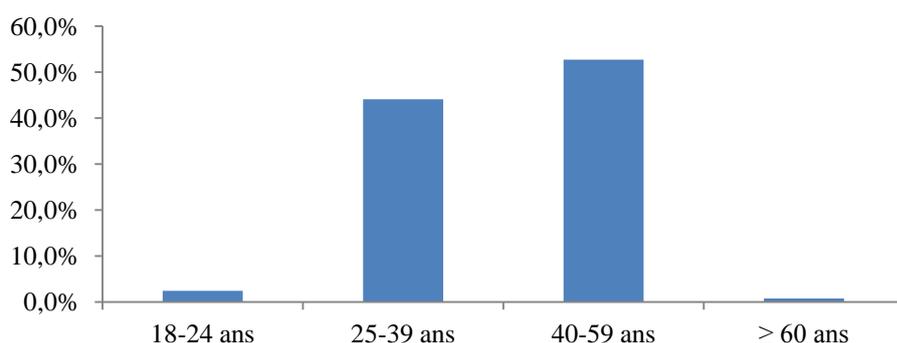
**1,2%** non précisé

*Commentaires :* On observe par rapport à 2013 une augmentation de la proportion de femmes (69% en 2013) et une légère diminution des nouveaux contacts (47,7% en 2013). ARCAT reste en IDF une des rares structures n'offrant pas de soins médicaux, à qui les hommes chinois s'adressent pour des questions de santé. Certains d'entre eux ont eu le contact d'ARCAT par des travailleuses du sexe qu'ils fréquentent, d'autres ont connu ARCAT notamment par les documents d'ARCAT et internet.

#### Profil des personnes rencontrées :

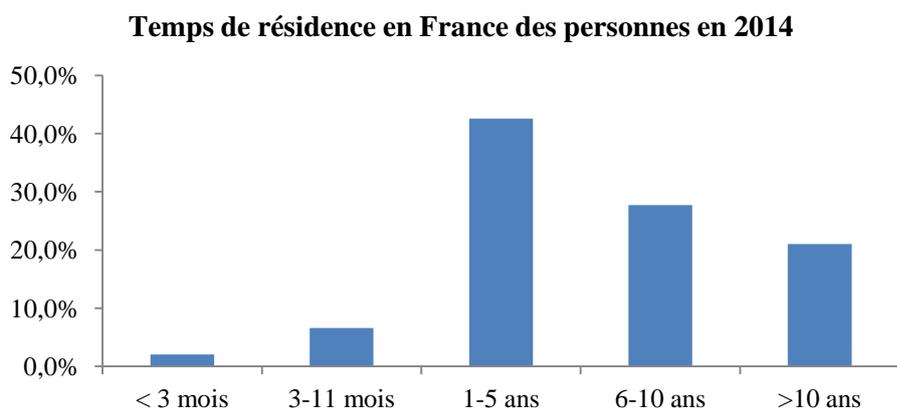
*Age :* **52,7%** (48,4% en 2013) **entre 40 et 59 ans**, **44,1%** **entre 25 et 39 ans**, 2,38% entre 18 et 24 ans, 0,7% de 60 ans et plus.

**Ventilation par âge des personnes ayant sollicité ARCAT en 2014**



*Situation familiale :* **61,5%** **mariés ou ayant une vie maritale** (61% en 2013), 19,6% célibataires, 17, 2% divorcés, 0,7% veuf(ve), 21,4% sans enfant, 21,8% enfant(s) en France, **56,8%** (46% en 2013) **ayant enfant(s) au pays**

Temps de résidence en France :



*Situation administrative* : **51,1% sans papier.**

Type de régularisation : **57% ont une carte de séjour temporaire d'un an, 21,83% un récépissé**, 7,7% une autorisation provisoire de séjour, 12,9% une carte de résident.

*Couverture sociale* : sur 933 « contacts » : **18,75% n'avaient aucune couverture sociale** (22% en 2013), 40,4% avaient l'AME ; 11,46% la CMU, 6,75% une prise en charge 100%.

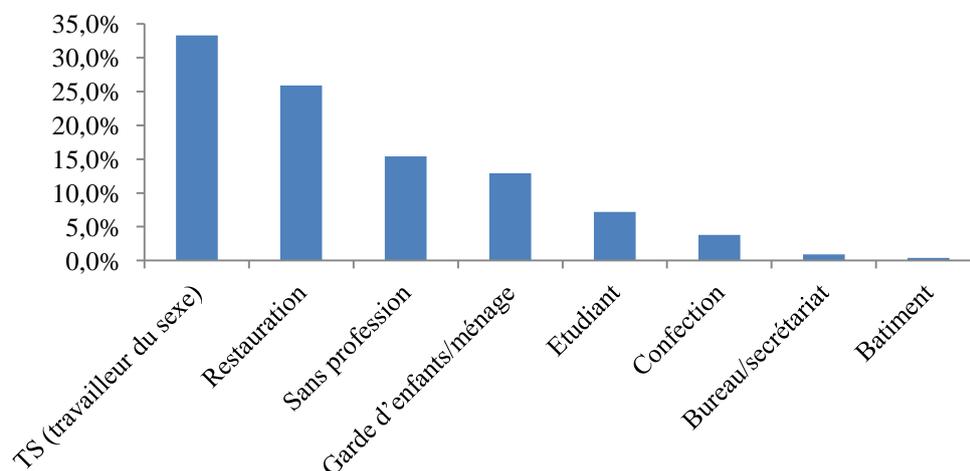
*Provenance géographique* : Les 2 régions géographiques les plus représentées sont celles de **Dongbei (50,11% en 2014, 33,4% en 2013)**, région de l'extrême nord est de la Chine qui a fait l'objet d'importantes restructurations industrielles, avec un taux de chômage très important, et de **Whenzhou (24,11% en 2014, 31,2% en 2013)**. Mais on note depuis 2011 de nouvelles migrations en provenance de Fujien 10,73% en 2014 par rapport à 2,2% en 2013 (couples essentiellement) et de Jian Xi 7,3% en 2014 par rapport à 9,8% en 2013 (surtout des femmes seules, moyenne d'âge 30-40 ans, exerçant souvent le travail du sexe). Les autres personnes sont originaires de Pékin (3,87%), Taiwan (1,6%) etc.

*Commentaires* : une proportion plus importante en 2014 de personnes en provenance de Dongbei par rapport à celle de Whenzhou. La migration en provenance de la région de Fujien s'est accentuée depuis un an.

*Métiers* : Les métiers les plus exercés parmi les personnes de la file active sont dans le domaine de la restauration, la garde d'enfants et les emplois de ménage. **33,32% des sollicitations sont en provenance de travailleuses du sexe (TS)**. 15,42% venaient de personnes sans profession.

*Commentaire* : par rapport à 2013, la proportion des sollicitations de la part de TS a augmenté d'un peu plus de 4%, ce qui peut s'expliquer par la nouvelle permanence dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement en 2014, il y a également un peu plus d'étudiants qu'en 2013.

**Ventilation des sollicitations à ARCAT en 2014  
par métier des bénéficiaires**



#### **4. Détail de l'activité 2014 par site d'intervention**

Nombre total d'entretiens en face à face : **712 en 2014** (644 en 2013)

Répartition de ces entretiens :

**A Arcat : 80 entretiens en 2014** (106 en 2013).

Ils ont concerné 20 nouvelles personnes (13F, 7H les hommes ayant connu ARCAT par les documents, le site huarenjie, Pierre Ducerf). 36 entretiens concernaient des hommes 44 des femmes. Le Kiosque Info Sida a orienté 2 HSH chinois ayant découvert leur séropositivité.

**A Pierre Ducerf : 134 entretiens en 2014** (155 entretiens en 2013).

*Présentation de Pierre Ducerf* : association franco chinoise créée en 1993, située au cœur du quartier des « Arts et Métiers », lieu de la première vague d'immigration chinoise des « whenzhou » arrivée dans les années 30. Son objectif est d'œuvrer à l'intégration en créant des passerelles et des liens entre la population chinoise et le milieu environnant français, elle propose notamment une permanence juridique gratuite vers laquelle ARCAT oriente de nombreuses personnes chinoises.

Lors de **21 permanences** (18 en 2013) (les 2èmes et 4èmes mardi du mois), **134 entretiens (95F, 39H)**.

*Profil du public* : en très grande majorité en provenance de la région de Wenzhou (près de 70%), dans une moindre proportion (19%) de Dongbei, ayant le plus souvent plusieurs années de présence en France, mariés, avec des enfants, travaillant essentiellement dans la restauration et gardes d'enfants ou ménage. Age : 58% entre 40 et 54 ans, 35% entre 24 et 39 ans. 42% des personnes sont sans papier, 10 sans aucune couverture sociale, 42 avait l'AME, 40 le régime général de la sécurité sociale, 19 la CMU, 8 personnes avaient une prise en charge à 100%, une minorité avait une couverture complémentaire.

**3 ateliers collectifs**, appelés groupes « espaces parents » (deux sur le thème des vaccinations en avril à l'occasion de la journée de mobilisation nationale, et un sur la présentation des activités d'ARCAT et des informations générales sur le VIH) ont été organisés par Pierre Ducerf à la maison des associations du 3<sup>ème</sup>, animées par la médiatrice d'ARCAT, pendant 2h. Ces séances ont touché **38 personnes** (5H et 35F).

**Au « Pasaje Latino » situé dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement : 41 entretiens en 2014**

La raison de mise en place de cette nouvelle permanence en partenariat avec le Lotus Bus a été expliquée précédemment dans le chapitre intitulé « Actualités et points notables de l'activité en 2014 ».

Depuis le 31 octobre 2014, **des permanences hebdomadaires d'une demi journée** ont eu lieu au «pasaje latino» (local d'ARCAT dédié les autres jours de la semaine à l'information/prévention du public hispanophone) les vendredis après-midi de 14h à 17h. Elles sont animées conjointement par la médiatrice de santé d'ARCAT et par l'animatrice de prévention et/ou les bénévoles du Lotus Bus. Des préservatifs et documents en mandarin sont à disposition.

*Chiffres d'activité de cette nouvelle permanence :*

**8 permanences** d'une demi-journée

**247 contacts/passages de travailleuses du sexe chinoises**

**51 personnes** dont 42 sont venues au moins trois reprises

**41 entretiens individuels** d'information/prévention

*Profil du public* : TDS chinoises (14TDS hispanophones sont venus chercher des préservatifs, voyant le local ouvert).

Age moyen : **48 ans** (de 27 ans à 63 ans)

Lieu d'origine : **64% viennent du nord-est de la Chine**, 36% des grandes villes du sud de la Chine :

Durée de présence en France : **une personne sur deux a moins d'un an de présence, 43,3% a moins de 3 mois**, 10% a entre 3 et 6 mois, 13,3% entre 6 et 12 mois, 3,3% entre 2 et 3 ans, 26,7% plus de 3 ans.

*Description de l'activité* : Les thèmes des séances d'information collective (les femmes arrivent souvent au local en groupes de 4-5) les plus abordés sont, par ordre décroissant : l'utilisation du préservatif féminin (24%), le traitement post exposition (20%), le dépistage (17%).

Dans les entretiens individuels ont été posées des questions médicales (problème gynécologique, dépistage), des questions socio juridiques (domiciliation, aide aux démarches administratives, à l'alphabétisation). Il s'agit aussi parfois uniquement d'écoute par rapport aux difficultés rencontrées par les personnes. 17 orientations ont été faites à partir de ces entretiens vers centres de santé, Cimade etc.

**Au centre IST de l'hôpital Saint Louis : 190 entretiens en 2014 (131 en 2013) dont 7 entretiens téléphoniques.**

Les entretiens ont eu lieu dans le centre des IST les jours de consultation de gynécologie (sur rendez-vous), souvent les mardis et les vendredis matins, en lien avec les médecins. La chargée de prévention est présente à l'accueil ou dans la salle d'attente où sont mis à disposition des documents en mandarin (sur la contraception, le traitement post exposition, les IST, les hépatites, le VIH), et où elle peut donner des informations générales aux personnes chinoises (par exemple se présenter, leur indiquer les lieux où ils peuvent avoir des informations sur la santé en mandarin, des orientations...). Elle assiste aux consultations médicales où elle traduit les propos du praticien en insistant sur les conseils donnés et la prévention.

*Les orientations proviennent par ordre décroissant* : du bouche à oreille (50), du Lotus Bus (51), cette structure partenaire orientant préférentiellement des personnes vers le centre les jours de présence de la médiatrice, du site huarenjie (41), des documents d'ARCAT(22), de médecins (17), d'internet (13). 35% étaient de nouveaux contacts.

*Profil du public* : 173 entretiens étaient pour des femmes, 24 pour des hommes. La moitié des entretiens (50,3%) concernaient des personnes travailleuses du sexe (TS) dont un homme (*une proportion de TS identique à 2013*). Les femmes TS sont, plus fréquemment que les autres années, originaires de Xian Ji et de Fujien, même si celles originaires de Dongbei sont

majoritaires ; elles sont venues, autant par l'intermédiaire du Lotus Bus que par le bouche à oreille, puis par Huarenjie et les documents d'ARCAT, les autres par des médecins et le site internet. 5 ont mentionné qu'elles exerçaient dans des salons de massages. 24 entretiens concernaient des hommes (*nombre identique à 2013*), âgés de 25 à 39 ans (2 personnes entre 18 et 24 ans). 3 ont connu le centre par le site internet, 6 par le site huarenjie, 5 par les documents d'ARCAT, 5 connaissaient déjà le centre IST.

*Origine géographique* : 97 Dong bei, 31 Jian Xi, 30 Whenzhou, 11 Fujien, 2 shanghai, 3 Pékin

*Tranches d'âge* : 112 de 40 à 59 ans, 79 de 25 à 39 ans, 6 de 18 à 24 ans

*Les pathologies découvertes ont fait l'objet* :

-Pour le VIH : de 4 entretiens,

-Pour les infections HPV : de 67 entretiens, (30 entretiens en 2013),

-Pour les infections à chlamydiae : 12 entretiens,

-Pour l'hépatite B : de 7 entretiens, pour la syphilis : de 13 entretiens, pour l'hépatite C : de 1 entretien, pour l'herpès de 7 entretiens.

#### **Au niveau d'autres services et hôpitaux : 45 entretiens en 2014**

Ces entretiens concernent des personnes (40F, 5H, 1 couple) déjà connues de la médiatrice pour la plupart (37/45), ayant demandé un accompagnement à l'hôpital pour des rendez-vous avec des professionnels de santé : 12 entretiens à St Louis (service de médecine), 9 à Lariboisière, 8 à la Pitié Salpêtrière, 7 à Tenon, 4 à St Antoine, 5 dans un lieu non mentionné.

*Commentaires* : 6 entretiens ont été particulièrement longs du fait de situations anxiogènes pour des patients (lors d'un changement de traitement ARV, de mise sous traitement ARV ou d'un rendu de résultat de dépistage). Ainsi, une femme co-infectée VIH/VHC était très angoissée, craignant que la découverte de sa séropositivité, notamment VIH, ne la conduise en prison ; elle se remémorait des discriminations particulièrement dures en Chine vis-à-vis des séropositifs. Elle a également demandé à la médiatrice de l'accompagner à la consultation d'addictologie, et sa présence lors des entretiens l'a beaucoup rassurée.

#### **Au niveau de centres médico-sociaux (CMS) :**

### » **Au centre Croix Rouge du Moulin Joly : 30 entretiens en 2014 (120 en 2013)**

*Présentation du centre* : situé à Belleville, dans le 11<sup>ème</sup>, il accueille un public en situation d'exclusion, dont des prostituées chinoises, des « marcheuses de Belleville ».

*Profil du public* : presque uniquement des femmes (1 seul homme) travailleuses du sexe, en provenance de Dongbei sauf pour une ( de Fujien), la grande majorité ayant entre 1 et 5 ans de présence en France, mariées, sans papiers, 25 d'entre elles avaient un enfant au pays, les questions les plus abordées portent sur les hépatites, les questions gynécologiques (contraception, IVG, frottis).

**30 entretiens ont été réalisés** lors de **5 permanences** (16 en 2013) qui se sont terminées fin juillet, les personnes étant orientée progressivement vers d'autres structures à partir de juin en raison des **difficultés du centre qui ont mené à sa fermeture.**

### » **Au centre au Maire Volta : 89 entretiens en 2014**

*Présentation du centre* : situé au cœur du 3<sup>ème</sup> arrondissement dans le quartier des Arts et Métiers, un quartier où sont implantés de nombreux chinois, il n'est pas très éloigné de l'association Pierre Ducerf. Les permanences d'ARCAT ont débuté en septembre 2012. Elles ont lieu le 3<sup>ème</sup> jeudi du mois toute la journée depuis octobre 2014 (elles étaient auparavant d'une demie journée par mois en 2013) .Un bureau est mis à disposition pour les entretiens individuels.

**89 entretiens individuels auxquels s'ajoutent 7 entretiens téléphoniques** (98 entretiens en 2013) y ont été menés lors de **14 permanences** concernant 16 H, 78 F originaires de Whenzhou (42) et de Dongbei (31) principalement, et minoritairement de Jian Xi (6), Fujien (4), Pékin (2), Guan Don (1). Pour la plupart mariées, avec enfant en France ou au pays, arrivées depuis plus d'un an.

Provenance des orientations (sur 97) : documents ARCAT(28) et « bouche à oreille » (27), 20 huarenjie (20), Pierre Ducerf(10), Lotus Bus (6) et médecin(6)

Dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination, le centre a organisé une journée dédiée, le 23 avril, ayant bénéficié de la présence de la médiatrice de santé d'ARCAT.

### » **Au centre Figuier** (situé dans le 4<sup>ème</sup> arrondissement) :

**30 entretiens** (17H, 23F) s'y sont déroulés pour des personnes chinoises ayant contacté la médiatrice d'ARCAT, orientées pour dépistage, vaccinations, demande de couverture sociale

Un étudiant, en France depuis plusieurs années, a appris sa séropositivité VIH à l'occasion du rendu de résultat du dépistage. L'entretien a duré plus d'une heure : très choqué par la nouvelle, le jeune homme a été orienté vers un psychologue. Il a eu par la suite plusieurs entretiens d'informations/prévention avec la médiatrice à ARCAT.

» **Au centre Belleville** (situé dans le 11ème arrondissement) :

**1 entretien** (interprétariat/médiation) pour une personne orientée en vue d' un dépistage de la tuberculose.

» **Au CDAG Fernand Vidal : 72 entretiens en 2014**

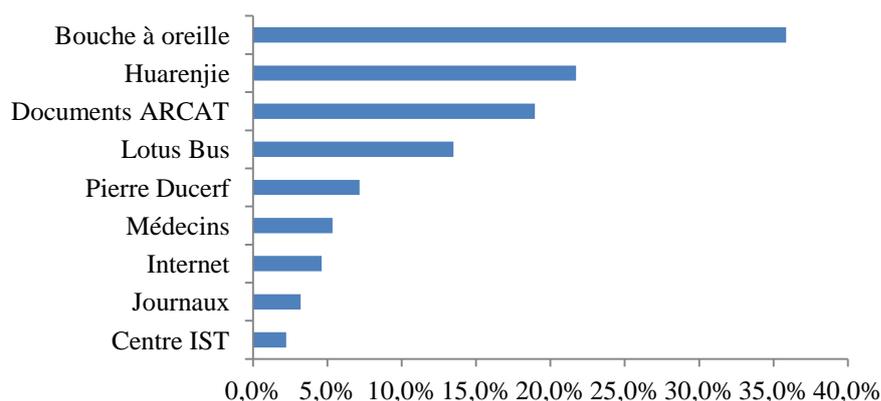
En partenariat avec le Lotus Bus qui mène des actions de dépistage hors les murs, la chargée de prévention d'ARCAT apporte des informations les jours où sont rendus les résultats de dépistage : elle assiste aux consultations du médecin, qu'elle traduit, mais prend aussi du temps pour orienter la personne (la plupart des orientations ont été réalisées vers un médecin hospitalier, le centre Volta Maire), et discuter avec elle pour repérer ce qui pourrait aller à l'encontre des conseils, la rassurer aussi car les craintes de discrimination par rapport aux hépatites et VIH sont très présentes.

Lors de 6 dates de rendu de résultats (12/3, 2/4, 28/05, 15/10, 05/11, 17/12), les entretiens ont concerné **72** femmes (42 originaires de Dongbei et 30 de Xian Ji), mariées le plus souvent, avec un enfant au pays.

Pathologies découvertes à l'occasion des rendus de résultats : hépatite C (1), hépatite B (3), syphilis (1).

**Provenances et orientations des personnes soutenues en 2014 :**

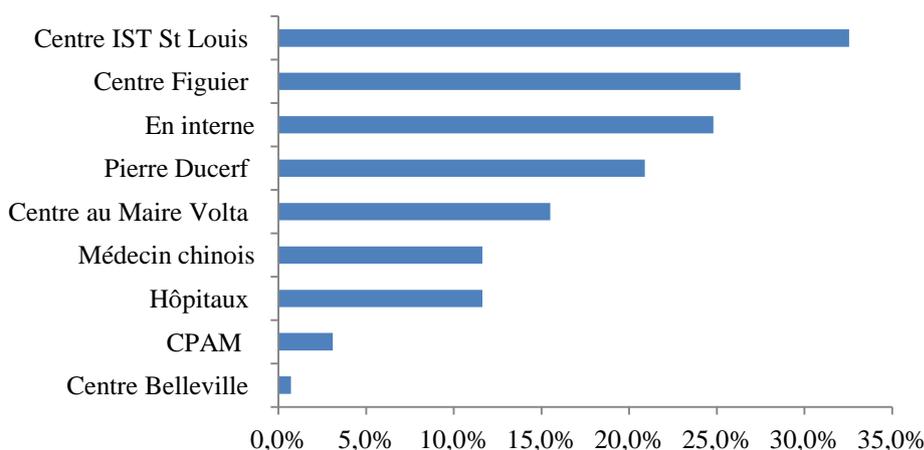
**Sources d'orientation pour les personnes ayant sollicité ARCAT en 2014**



*Commentaires* : les 3 premières sources d'information sont le bouche à oreille, le site Huarenjie, les documents élaborés par ARCAT en mandarin (édités avec l'appui de l'INPES). Comparé à 2013, les orientations à partir des documents ont augmenté (11% en 2013). Ces derniers sont donc **indispensables à nos actions**.

Les orientations à partir des entretiens : **129** (523 en 2013) **ont été réalisées**, et beaucoup en interne (surtout vers la conseillère juridique et l'assistante sociale). Les centres de santé représentent plus 42,6% (31% en 2013) des orientations Concernant les hôpitaux. Il s'agit du service de médecine de St Louis ( 5 orientations), Lariboisière (10), La Salpêtrière , St Antoine, Tenon, Cochin. Les services les plus concernées sont la gynécologie et la médecine interne et maladies infectieuses. Le centre IST cité est celui de l'hôpital St Louis.

**Orientations des personnes vues à ARCAT en 2014  
(plusieurs orientations possibles pour un même usager)**



*Commentaires* : De nombreuses orientations pour des consultations médicales et des TROD sont réalisées au centre Figuier en 2014. Les orientations vers des médecins généralistes chinois ont doublé par rapport à l'an dernier ainsi que pour Pierre Ducerf (en 2013, les 3 premières orientations étaient le centre Au maire Volta, en interne et le centre IST de l'hôpital St Louis).

*Accompagnements physiques* : (68 en 2013) accompagnements physiques ont été réalisés.

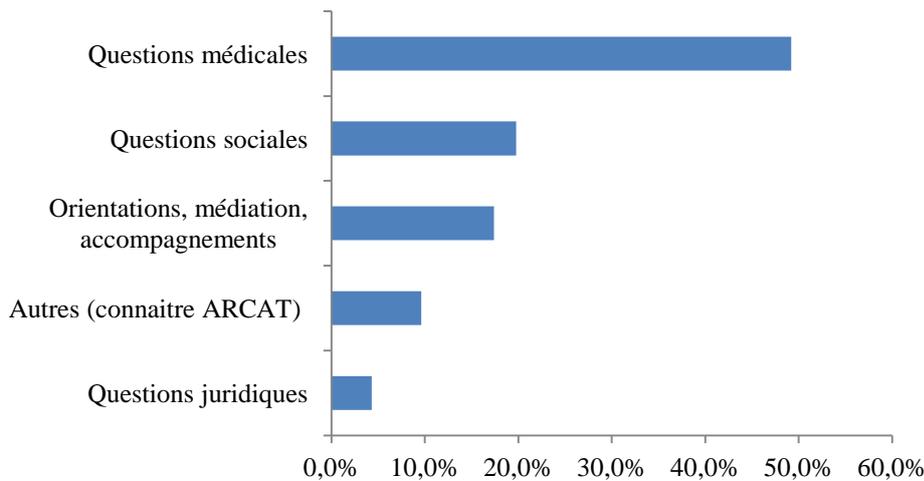
**Données relatives à la permanence téléphonique :**

La chargée de prévention a mené **586 entretiens** téléphoniques (594 en 2013).

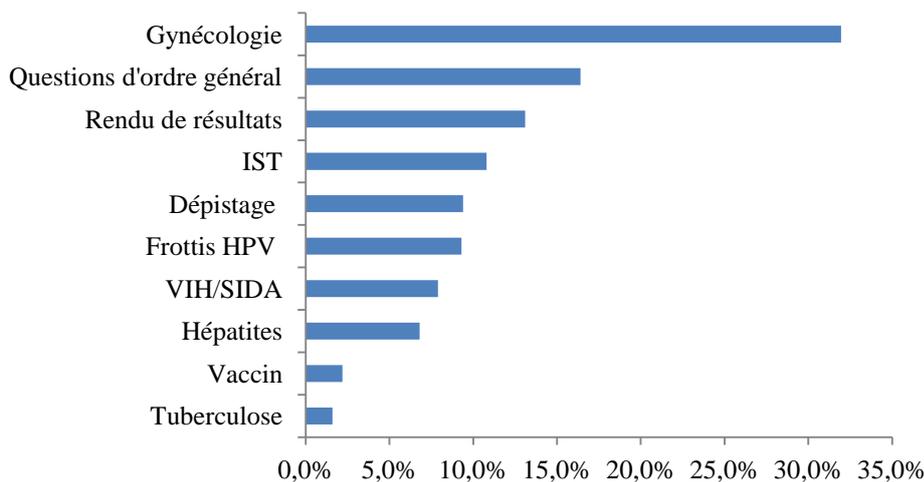
*Analyse des questions (sur 2264)*

*Commentaires* : Le tableau ci-dessous est proche de celui de 2013, les questions médicales devançant de beaucoup les autres questions. Concernant les thèmes des questions médicales (tableau ci-dessous) les questions gynécologiques prédominent largement, les questions sur les IST et le dépistage (VIH, IST, hépatites) sont plus fréquentes que l'an dernier. A cela plusieurs hypothèses : une information accrue sur ces thèmes en 2014, des sollicitations de la part de travailleuses du sexe plus nombreuses ainsi que le nombre d'entretiens au centre IST.

### Typologie des questions posées en 2014



### Thèmes des questions médicales posées



Les questions de santé, autres que le VIH, IST, hépatites, concernent des questions telles que la contraception, la grossesse, l'IVG, le déroulement des consultations médicales : c'est l'occasion de rappeler le secret professionnel qui n'est jamais une évidence pour les primo arrivants. En 2014, plusieurs questions ont été posées sur la qualité de vie possible avec une maladie telle que le VIH ou les hépatites et les risque de discrimination.

**Données relatives aux sites internet** : Une partie du public chinois (majoritairement des hommes et des jeunes) a accès aux nouvelles technologies d'information. Des informations sur la santé, l'accès aux soins, sont diffusées par ARCAT sur le réseau internet de 4 sites :

**Huarenjie** (large public chinois hommes et femmes), **Jieman** (étudiants taiwanais) , **Franco Taiwanais** (de nombreuses femmes en couple avec des français s'y connectent), **Xin Europe**

(jeunes, étudiants chinois surtout). Blog ARCAT sur les 4 sites (le blog Xin Europe a été bloqué récemment par l'administration du site).

*Les données ci-dessous concernent le nombre de connexions sur le site huarenjie sur des périodes précises :*

Le 11/04/2014 : information sur la vaccination (pour mobiliser lors de la journée nationale) : **546 connexions** le 25/04/2014

Le 16/04/2014 : informations sur le dépistage : le même jour, **454 connexions**

Le 5/05/2014 : informations sur les services (dépistage, consultations) des centres médico sociaux (CMS Figuier et CMS Belleville : **88 communications** de personnes (4970 connexions depuis sa première mise en ligne en 2011)

Le 16/05/2014 : informations sur les vaccinations au centre au Maire Volta : **225 connexions**

Le 7/07/2014: information sur l'IVG et le dépistage VIH : **638 contacts** le 15/12/2014.

Le 1/12/2014 : information sur la présence d'ARCAT sur le stand de la CPAM le 2 décembre, ainsi que sur l'AME: **1011 connexions** le 10/12/2014

Le 10/12/2014, sur la première page, et pour une durée d'un mois, la médiatrice d'ARCAT a mis un lien avec des informations sur le dépistage VIH, VHB, VHC, la prévention de ces maladies, le nombre de connexions dix jours après était de **1789**.

**Les autres actions de prévention en milieu asiatique** : Initiée en 2013, la collaboration avec une association implantée dans le 13ème, l'association Ateliers Pluriculturels, qui a pour objectif : de promouvoir les échanges et les connaissances entre différentes cultures, de dynamiser les rencontres culturelles du quartier; de faciliter la communication entre les habitants et leur accès aux différents services administratifs - s'est poursuivie : 3 séances d'information sur le VIH/SIDA ont eu lieu pour 29 personnes (25 F, 4 H) en 2014.

**Activités menées autour du 1<sup>er</sup> décembre** : Stand à l'hôpital St Louis dans le cadre de la journée mondiale du Sida : 150 personnes environ. L'information a été relayée par le journal de Huarenjie et leur site internet.

**Réunion** : La médiatrice de santé a assisté aux réunions de la DASES.

**Documents diffusés** : 16500 dépliants d'ARCAT en mandarin.

Ces documents ont été diffusés dans le cadre des permanences, activités décrites, ainsi que lors d'une tournée réalisée le 22 juillet permettant de déposer les documents au niveau de 5 CDAG.

**Actualités et points notables de l'activité en 2014 :**

- **Augmentation du temps de permanence au centre Au Maire Volta** (une journée mensuelle depuis le mois d'octobre au lieu d'une demi-journée en 2013).
- **Renforcement du partenariat d'ARCAT avec le Lotus Bus de Médecins du Monde**
- **Ouverture depuis fin octobre d'une nouvelle permanence hebdomadaire au Pasaje Latino** (local d'ARCAT dédié à l'information/prévention de la communauté hispanophone travailleur du sexe TS). Cette initiative commune ARCAT/Lotus Bus fait suite à plusieurs observations : fréquence accrue de travailleuses du sexe chinoises dans le quartier entre Place de Clichy et la Fourche, constatée lors d'une maraude le 28 juillet dans le 17ème arrondissement, passages quotidiens de TS chinoises au « pasaje latino » à partir du mois de septembre, ceci dans un contexte de fermeture en août de l'accueil du centre du Moulin Joly.
- Notons dans l'actualité de décembre 2014 qu'à Belleville, les prostituées chinoises se sont mobilisées suite à des échanges avec le Lotus Bus et ont créé leur premier collectif de travailleurs du sexe « Les Roses d'Acier ». L'information a été relayée lors de la permanence au pasaje latino
- Co-animation de permanences au CASO (centre d'Accueil de soins et d'Orientation) rue Parmentier dans le 11ème depuis le 26 juin, à raison d'une demi-journée/mois (5 en 2015) : 26 personnes.

**Chiffres d'activité** : Les données sont collectées au niveau d'une base de données d'activité, regroupant l'ensemble des actes et interventions réalisées. Cette base avait été améliorée en 2013, elle est la même en 2014.

## CONCLUSION

Le présent Rapport d'activité 2014 démontre combien l'activité de l'association ARCAT demeure intense et diversifiée, en constante évolution et adaptation aux besoins.

Ainsi avons-nous par exemple, en 2014 :

- Créé une offre innovante d'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire, complémentaire de dispositifs hospitaliers et adaptée à un développement dans le secteur médico-social ;
- Initié la recherche ANRS SHS154 CUBE au Pasaje latino ;
- Ouvert une nouvelle permanence d'accueil et de soutien en direction des femmes chinoises qui se prostituent à Paris, en partenariat avec nos amis du Lotus Bus de Médecins du Monde ;
- Diffusé largement nos analyses, expertise et savoir-faire au sein des plus importantes manifestations scientifiques nationales et en contribuant activement aux rapports d'experts de référence sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et les hépatites virales ;
- Continué à contribuer, par notre connaissance fine du terrain, au plaidoyer inter-associatif, notamment sur le front du prix des médicaments et de l'accès au séjour des étrangers malades.

Toujours en réflexion sur le sens de leur engagement dans la lutte contre le VIH et les pathologies associées, sur l'adéquation de notre offre aux besoins des personnes, sur nos limites et les moyens de les dépasser grâce notamment au partenariat inter-associatif et au plaidoyer, l'équipe d'Arcat réalise chaque jour un travail de qualité que je souhaite ici saluer et remercier.

En 2015, de nouveaux défis nous attendent encore : l'évolution des actions du pôle prévention migrants en partenariat avec les nouveaux Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), la création d'un groupe national de réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient en situation de précarité (en lien avec les travaux de la HAS sur les patients dits complexes), le développement de notre offre de formation et d'accompagnement en ingénierie sociale pour les professionnels du médico-social, ou encore le plaidoyer pour la création d'un nouveau dispositif de coordination du parcours de soins en ambulatoire hors hébergement et hors reconnaissance de handicap pour les personnes vivant avec des pathologies chroniques.

La lutte contre le VIH et les discriminations liées à la santé n'est pas terminée. L'histoire d'Arcat non plus.

Eve Plenel  
Directrice d'Arcat - 26/06/2015



**GROUPE SOS  
SOLIDARITÉS**

102C, rue Amelot

75011 Paris

Tél : 01 58 30 55 55

Fax : 01 58 30 56 30

Mail : [info@groupe-sos.org](mailto:info@groupe-sos.org)

[www.groupe-sos.org](http://www.groupe-sos.org)

## **ARCAT**

94-102 rue de Buzenval

75020 Paris

Tél : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 08

Mail : [info@arcat-sante.org](mailto:info@arcat-sante.org)

[www.arcat-sante.org](http://www.arcat-sante.org)