



L'Association Ville Hôpital

Réseau d'accès aux soins de Marne-La-Vallée

Rapport d'activité 2017

Association loi 1901

1, place de l'église – 77200 Torcy
Tél./Répond. : 01 64 80 49 10 – Fax : 01 64 80 19 75
Courriel : contact@lavih.org
Site Web: www.lavih.org

TABLE DES MATIÈRES

I.	<u>L'association Ville-hôpital : principaux repères</u>	6
A.	<u>Repères historiques</u>	7
B.	<u>Objectif de santé publique</u>	7
C.	<u>Public-cible</u>	8
D.	<u>Quels acteurs ?</u>	8
E.	<u>Principales actions</u>	9
F.	<u>Informations pratiques</u>	10
1.	<u>Le territoire d'intervention</u>	10
2.	<u>Plages d'ouverture au public</u>	10
3.	<u>Financements du réseau</u>	10
II.	<u>Bilan organisationnel</u>	11
A.	<u>La vie associative</u>	11
1.	<u>Le Conseil d'Administration</u>	11
2.	<u>Groupe de travail</u>	11
3.	<u>Le Bureau</u>	11
4.	<u>L'Assemblée Générale</u>	12
5.	<u>Adhérents</u>	12
6.	<u>Outil informatique</u>	12
B.	<u>L'équipe de coordination</u>	13
1.	<u>Composition</u>	13
2.	<u>Staffs internes</u>	13
III.	<u>La prise en charge coordonnée des Usagers</u>	15
A.	<u>Modalités</u>	15
B.	<u>Caractéristiques des personnes prises en charge</u>	16
1.	<u>File active</u>	16
2.	<u>Caractéristiques des usagers de la file active</u>	17
3.	<u>Les sorties</u>	20
C.	<u>Les rendez-vous</u>	22
1.	<u>PASS (Permanence d'Accès Aux Soins de Santé) Ambulatoire</u>	28
2.	<u>Permanence sociale à la MSPU de Torcy</u>	36
3.	<u>Accompagnement psychologique dans l'accès aux soins</u>	41

IV.	<u>Actions collectives</u>	44
A.	<u>Accès aux soins des résidents du CADANord 77</u>	44
1.	<u>Origine du projet</u>	44
2.	<u>Déroulement en 2017</u>	44
B.	<u>Actions en direction des populations hébergées en hôtel</u>	49
1.	<u>Origine du projet</u>	49
2.	<u>Bilan des actions menées sur l'hôtel Mister Bed</u>	52
3.	<u>Bilan « autres hôtels – lieux d'hébergement »</u>	59
4.	<u>Eclairage</u>	61
C.	<u>Bidonvilles</u>	62
D.	<u>Autres actions de prévention</u>	68
1.	<u>Après d'un public scolaire</u>	68
2.	<u>Après d'un public migrant</u>	68
3.	<u>Après d'un public vivant en bidonville</u>	69
4.	<u>Après du grand public</u>	69
E.	<u>Dépistages des IST</u>	71
V.	<u>La formation des professionnels</u>	73
A.	<u>Les formations organisées par L'AVIH</u>	73
B.	<u>Les formations Co-organisées PSTI-L'AVIH</u>	74
C.	<u>Rencontre des professionnels du territoire</u>	74
VI.	<u>Bilans et perspectives</u>	75
VII.	<u>Annexes</u>	76

I. L'Association Ville-hôpital : principaux repères

A. Repères historiques

L'Association Ville-Hôpital a été créée sur le Nord de la Seine et Marne en 1996 par des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes), des travailleurs sociaux et des associations à partir du constat qu'il existait des problèmes dans la prise en charge des personnes touchées par le VIH.

Son objectif initial était d'améliorer la prise en charge des patients infectés par le VIH. Il s'est rapidement élargi aux patients toxicomanes et à ceux porteurs du virus de l'hépatite C (1997). Comme cela a été le cas pour de nombreux réseaux « VIH », l'amélioration des thérapeutiques disponibles et de l'accès au traitement a conduit le réseau à repositionner ses actions sur le thème des personnes en situation complexe médico-psycho-sociale et sur l'accès aux soins et aux droits élémentaires : se nourrir et se loger, bénéficier de la protection sociale et d'un suivi médical adapté. En effet, les professionnels de terrain se sont aperçus, à partir de leur expérience dans le champ du VIH et des hépatites virales, que la dimension médico-psycho-sociale était un facteur clef dans la prise en charge de nombreuses autres pathologies chroniques, lorsqu'elles étaient associées à des situations de vulnérabilité. C'est sur la base de ce constat que le réseau a fait le choix, en 2001, d'étendre son champ d'action au domaine de l'accès aux soins en général, et plus spécifiquement pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique lourde.

A compter de 2002, le réseau va être financé en majorité par un fonds dédié aux réseaux de santé (porté par la MRS puis à partir de 2010 par l'ARS IDF).

Ce financement permet de renforcer les actions de L'Association Ville-Hôpital, tant envers les usagers qu'envers les professionnels. Pour répondre à ces nouvelles missions, l'équipe s'étoffe peu à peu, passant de trois salariés en 2002 à cinq en 2006, à sept en 2010, puis à huit en 2013, enfin à neuf en 2017 (correspondant à 7,4 ETP).

Le développement depuis 2008 des actions de prévention et promotion de la santé, en direction des publics les plus vulnérables de son territoire est soutenu, initialement par la DDASS 77 puis par L'ARS (fonds Prévention – promotion de la santé) à partir de 2010.

Depuis 2011, le réseau expérimente un projet permettant l'accès aux soins « en ville » pour les personnes sans droit ouverts à la protection sociale. Conçue dans un premier temps sous forme de permanence en libre accès, la « Consultation précarité », cette action a évolué en 2013 en consultation en cabinets de médecine libérale, sur rendez-vous. Dans ce cadre, L'AVIH a répondu à l'appel à projet de l'ARSIF pour porter une expérimentation de « PASS Ambulatoire » sur son territoire. Cette expérimentation a débuté en janvier 2014, pour une durée de trois ans.

B. Objectif de santé publique

L'objectif de santé publique de L'Association Ville Hôpital est le suivant :

« Améliorer, sur son territoire d'intervention, la prise en charge globale (médicale, sociale et psychologique) des personnes en situation de vulnérabilité, notamment celles atteintes d'une maladie chronique »

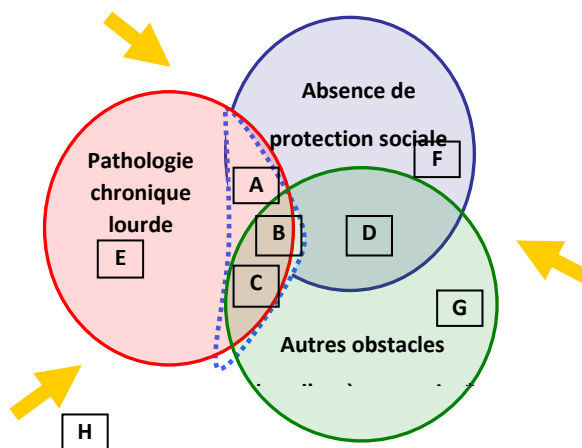
Le réseau d'accès aux soins L'AVIH vise à réduire les inégalités sociales de santé. Il s'adresse à des personnes en situation de vulnérabilité qui n'ont pas accès au système de soins pour des raisons diverses (défaut de couverture sociale ou avec une couverture sociale partielle et des moyens financiers insuffisants pour se faire soigner).

En effet, l'état de santé d'un individu est largement dépendant des conditions sociales dans lesquelles il vit, mais aussi des droits sociaux dont il dispose. L'absence de couverture sociale est un frein au recours aux soins et, de surcroît, à la prévention.

Il s'agit donc de faire bénéficier ces populations d'une prise en charge globale sanitaire, sociale et psychologique adaptée à leurs besoins, sans discrimination. Les patients bénéficient ainsi d'une prise en charge notamment médicale des pathologies en cours, mais également d'une évaluation de leurs facteurs de risques dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé. Une prise en charge psychologique des patients en souffrance psychique peut être nécessaire du fait d'une pathologie chronique ou de conditions de vie difficile.

C. Public-cible

La population concernée par les actions du réseau peut être décrite à l'aide du schéma suivant :



Les personnes appartenant aux catégories **A/B/C/D** constituent le cœur de cible du réseau : elles souffrent d'une pathologie chronique lourde, associée à une absence de protection sociale et/ou un autre obstacle dans l'accès aux soins. Ce sont les usagers inclus dans le réseau.

Les personnes appartenant aux catégories **E/F/G** constituent la zone élargie : il s'agit de personnes en situation de fragilité socio-économique. L'équipe de coordination apporte plusieurs niveaux de réponse au cas par cas (inclusion, prise en charge temporaire, orientation, informations...)

La zone H représente la population à risque pouvant bénéficier des actions de prévention initiées par le réseau.

* Les principaux obstacles que nous avons identifiés pour un accès aux soins satisfaisant sont :

- ☞ des obstacles liés à l'absence de protection sociale, ou une protection sociale insuffisante
- ☞ des obstacles d'ordre économique : faibles ressources, insuffisantes pour des soins coûteux
- ☞ des obstacles liés aux conditions d'habitation : habitat précaire, inadapté, collectif, sans domicile

- ☞ des obstacles liés à la communication : mauvaise maîtrise de la langue, handicap linguistique
- ☞ des obstacles liés à la situation administrative : sans titre de séjour ou avec des conditions de séjour précaires
- ☞ des obstacles d'ordre psychologique : dépression, conduites à risque...

D. Quels acteurs ?

Les personnes suivies par le réseau ville-hôpital sont en butte à de nombreux facteurs de fragilisation (couverture sociale défaillante ou insuffisante, logement inadapté, ressources insuffisantes, isolement, situation administrative précaire...), lesquels cumulés entre eux et à une pathologie, chronique ou aiguë, représentent autant d'obstacles dans leur accès aux droits et aux soins.

Pour ces populations qui cumulent les facteurs de risque et les occasions d'échapper aux soins, pour des raisons tant exogènes (perte de la couverture sociale, perte du logement...) qu'endogènes (découragement devant la lourdeur du traitement ou la longueur des temps administratifs), il faut une prise en charge coordonnée médicale, sociale et psychologique.

Cette multidisciplinarité de l'approche permet :

- d'avancer de front dans la résolution des problèmes et ainsi de viser un équilibre et une autonomie de la personne dans la gestion de son parcours de santé,
- d'éviter (ou de limiter) l'impact d'une défaillance dans l'un des domaines, qui viendrait alors mettre à mal tout le dispositif.

Cette prise en charge globale, autant préventive que curative, ne peut se faire sans une approche multidisciplinaire et coordonnée autour du patient, permettant d'impliquer des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux d'une part, et les professionnels en établissement et ceux de ville d'autre part. A cette fin et pour mieux s'insérer dans le tissu sanitaire et social local, le réseau développe de nombreux partenariats entre ces professionnels et les associations, notamment dans le champ social. Ces liens avec les partenaires locaux permettent de renforcer la coordination des actions autour du patient, dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

E. Principales actions

Actions développées en faveur des patients

- ↪ **Permanence d'information et d'orientation** : au cours de ces permanences, les personnes se présentant au réseau vont pouvoir bénéficier des services suivants :
 - Primo-évaluation des demandes et des besoins
 - Information sur les dispositifs existants
 - Orientation vers les structures locales

- ↪ **Prise en charge coordonnée** : pour les personnes dont la situation sanitaire, sociale et psychologique nécessite un accompagnement dans la durée, le réseau réalise les actions suivantes :
 - Evaluation des difficultés et facteurs de risque
 - Proposition d'un projet de prise en charge adapté
 - Identification des professionnels intervenants dans le suivi du patient
 - Coordination des actions menées par les différents intervenants
 - Accompagnement et aide aux démarches
 - Evaluation des conditions de vie au domicile
 - Etayage psychologique
 - Séance d'éducation pour la santé

- ↪ **PASS Ambulatoire** : dispositif permettant aux personnes sans droits ouverts à la protection sociale d'accéder, en fonction de leurs besoins et sans avance de frais :
 - A des consultations de médecine générale
 - A la délivrance des traitements via un réseau de pharmaciens partenaires
 - Aux examens complémentaires
 - A un accompagnement social à l'ouverture des droits

- ↪ **Actions de prévention à destination d'un public précaire ou vulnérable**
 - Organisation et participation à des actions de prévention et d'information
 - Organisation de dépistages auprès de populations précaires et vulnérables
 - Organisation de vaccinations auprès de populations précaires et vulnérables

- ↪ **Actions de repérage** à destination d'un public précaire ou vulnérable
 - Aller rencontrer les populations vulnérables pour identifier les problèmes qu'elles rencontrent
 - Réaliser un accompagnement vers la santé et le droit
 - Présenter les services du réseau et des acteurs du territoire

Actions développées en faveur des professionnels

- ↪ **Informer** :
 - Sur le parcours des usagers
 - Sur les réglementations et la législation relatives au public pris en charge

- ↪ **Favoriser les pratiques pluriprofessionnelles** :
 - Rencontres, confrontation des pratiques, réunions de concertation médico-psycho-sociales (synthèses) autour des situations les plus complexes
 - Possibilité de mener des entretiens en binôme avec l'un des coordinateurs du réseau (médecin, assistant social, psychologue)

- ↪ **Former** sur l'accès aux soins, les viroses, la prise en charge d'un public vulnérable

F. Informations pratiques

1. Le territoire d'intervention

Le territoire du réseau est celui du Centre Hospitalier de Marne la Vallée (GHeF).

Les personnes prises en charge par le réseau habitent et/ou sont suivies médicalement sur ce territoire.

2. Plages d'ouvertures au public

L'accueil téléphonique du réseau fonctionne du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30, hors plages de réunions internes (lundi et jeudi matins).

L'accueil physique est réalisé du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00.

Les deux coordinatrices sociales reçoivent les personnes sur une permanence sans rendez-vous le lundi de 14h00 à 16h00.

3. Financements du réseau

L'Association Ville-hôpital est une association loi 1901, à but non lucratif. Les services qu'elle propose, tant pour les usagers que pour les professionnels sont gratuits. Si elle peut mener à bien ses actions, c'est grâce aux financements de différents organismes (Etat, collectivités locales, fonds privés...).

En 2017, le réseau a été financé par l'ARS Ile-de-France, par le fonds FIR (Fonds d'Intervention Régional) « Réseau de Santé » et PPS (Prévention Promotion de la Santé dans le cadre d'un appel à projet annuel).

L'expérimentation de la PASS Ambulatoire est financée par le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) et le CGET (Commissariat Général pour l'Egalité des Territoires).

Le Conseil Départemental de la Seine et Marne a accordé un financement pour des actions de prévention et la Mairie de Torcy met à disposition les locaux de l'association, ainsi que du personnel d'entretien. Enfin les cotisations et les dons complètent ces financements.

II. Bilan organisationnel

A. La vie Associative

1. Le Conseil d'Administration

Le conseil d'administration est composé des membres suivants :

Dr Anne BAUDUCEAU	Médecin libéral	Administratrice, Vice-Secrétaire
Dr Catherine BLONDE	Médecin libéral	Administratrice, Secrétaire
Mme Marie-Hélène BOURG	Infirmière libérale	Administratrice, Présidente
Association AIDES 77	Association de patients	Administrateur
Dr. Éric FROGUEL	Praticien hospitalier	Administrateur, Trésorier
M. Laurent GUIOT	Pharmacien libéral	Administrateur
Mme Elisabeth MURCIA	Travailleuse sociale	Administratrice
Mme Justice NAUDE	Educatrice spécialisée	Administratrice, Vice-Présidente
Mme Claude PEDALLIES	Association d'OASIS	Administratrice, Secrétaire
M. Jean-Charles PONSOT	Kiné libéral	Administrateur
Dr. Philippe SIMON	praticien hospitalier	Administrateur
Dr. Jean-Luc WEILER	médecin libéral	Administrateur, Vice-Trésorier

En 2017, il s'est réuni à 3 reprises : le 27 mars, le 04 mai et le 30 novembre.

2. Groupe de travail

Face à l'augmentation continue de la file active, accompagnée d'une « précarisation » de sa file active, le réseau continue sa réflexion sur les actions et les moyens à mettre en œuvre.

Un groupe de travail rassemblant des membres du Conseil d'Administration et les salariés travaille à la définition des missions, de l'organisation et des fiches de postes.

En 2017, ce groupe s'est réuni à 3 reprises : le 12 janvier, le 31 janvier et le 13 juin.

Une réunion d'échanges équipe / CA s'est également tenue le 30 novembre.

3. Le Bureau

Le bureau est composé des membres suivants :

Dr Anne BAUDICEAU	Vice-Secrétaire	Médecin libéral
Dr Catherine BLONDE	Secrétaire	Médecin libéral
Mme Marie-Hélène BOURG	Présidente	Infirmière libérale
Dr Éric FROGUEL	Trésorier	Médecin hospitalier
Mme Justine NAUDE	Vice-Présidente	Educatrice spécialisée
Dr Jean-Luc WEILER	Vice-Trésorier	Médecin généraliste libéral

4. L'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale Ordinaire s'est tenue le 05 avril 2017 avec comme ordre du jour :

- 1) Approbation du procès-verbal de l'Assemblée Générale 2016 ;
- 2) Rapport moral de la Présidente ;
- 3) Rapport financier ;
- 4) Rapport d'activité 2016 ;
- 5) Approbation des comptes 2016 ;
- 6) Budget prévisionnel 2017 ;
- 7) Renouvellement par tiers du Conseil d'Administration ;
- 8) Questions diverses.

L'Assemblée Générale du Réseau a approuvé le rapport d'activité, le rapport moral et le rapport financier. Le budget prévisionnel a également été approuvé.

Le procès-verbal de l'Assemblée Générale est joint en annexe 1.

5. Adhérents

Tableau récapitulatif des Adhérents à L'AViH – 2017	Signataires de la charte
	Total 31/12/2017
Total	137
Dont médecins libéraux	27
Dont médecins autres (PMI...)	6
Dont praticiens hospitaliers	8
Dont IDE	23
Dont autres PDS	15
Dont travailleurs sociaux / représentant et bénévoles associatifs	35
Dont autres (patients, étudiants...)	2
Dont psychologues	21

Les adhérents sont à 58% issus du secteur médical ou paramédical, à 28% du secteur social et associatif et à 17% du secteur de la santé mentale.

6. Outil informatique

En 2017, L'AViH a continué de déployer un outil informatique afin de :

- Rassembler toutes les données de suivi des usagers dans un même outil et par là même faciliter l'accompagnement des personnes
- Pouvoir fournir les données statistiques de plus en plus précises demandées par nos financeurs

La saisie des données suppose un investissement rigoureux et régulier de la part l'équipe, et s'appuie sur une bonne connaissance du logiciel. C'est pourquoi, plusieurs temps de formation ont été prévus durant l'année :

- 1 formation « statistique » le jeudi 16 février,
- 1 formation « Statistique avancée » le lundi 23 octobre,
- 1 formation « Perfectionnement » le jeudi 16 novembre,
- 1 formation « Super Utilisateur » le vendredi 8 décembre.

B. L'équipe de coordination

1. Composition

En 2017, l'équipe de coordination était composée de 9 personnes représentant 7,5 ETP :

Cécile COLLADANT – Remplacée le 1^{er} septembre 2017 par AUDREY APERT, directrice (1 ETP)

Elodie MICHARD, assistante administrative (1 ETP)

Françoise BITATSI TRACHET – Remplacée le 14 septembre 2017 par MARION MOTTIER, coordinatrice des actions de prévention et de formation (1 ETP)

Sylvie JACOT, assistante sociale coordinatrice (1 ETP)

Anastasia RIGHI, assistante sociale coordinatrice (0.91 ETP)

Inès LE MAITRE – Remplacée le 1^{er} juin 2017 par JOSE VERANO, psychologue coordinatrice/teur (0,57 ETP)

Svetlane DIMI médecin coordonnateur (0,46 ETP),

Jocelyne LORET, chargée de mission bidonville (0,57 ETP)

Maeva MICHARD, assistante de coordination (1 ETP)

Enfin le réseau a accueilli

☞ 1 stagiaire assistante de service social : Anastasia RIGHI
Elle a notamment travaillé sur des actions collectives d'éducation pour la santé, de prévention et de dépistage, ainsi que sur des suivis individuels. (Thème des actions collectives : accès aux droits pour les résidents âgés vivant en Foyers de travailleurs migrant et « les bobos des bébés » pour les résidents du CADA Nord 77)

2. Staffs internes

3 réunions hebdomadaires rythment la semaine :

- une réunion d'organisation : point sur l'organisation du réseau, la logistique, les déplacements, les échéances... (le lundi matin de 10h à 11h)
- un staff usagers : nouvelles prises en charge, suivi, projet de prise en charge... (le jeudi matin de 10h à 11h30)
- un staff au retour de la tournée dans les bidonvilles (le mardi de 12h30 à 14h) sur les situations rencontrées et les actions à mettre en œuvre.

III. La prise en charge coordonnée des Usagers

A. Modalités

L'orientation vers le réseau

Quand un partenaire identifie une personne en difficulté d'accès aux soins, il interpelle le réseau (par mail, téléphone, courrier...) en nous précisant les motifs d'adressage.

Les personnes peuvent également venir spontanément au réseau.

L'évaluation initiale

Toute personne nouvelle se présentant au réseau va bénéficier d'un (ou plusieurs) entretien qui permet d'évaluer :

- sa situation médico-psycho-sociale
- ses problématiques (énoncées et sous-jacentes)
- sa motivation (notamment en vue du soutien psychologique)
- son suivi (par les professionnels)
- ses attentes envers le réseau

Une pré-évaluation est effectuée par l'assistante de coordination (par téléphone, avec le partenaire ou la personne, ou à l'accueil de l'association) ou par la Chargée de mission « Bidonvilles » pour les personnes vivant sur les terrains.

A partir de cette première évaluation, différents modes de prise en charge sont proposés.

La réorientation

En cas de non correspondance avec les critères d'inclusion ou de refus de prise en charge par la personne, il n'y a pas d'inclusion dans le réseau.

La personne va bénéficier d'une aide ponctuelle de la part du réseau, des informations nécessaires puis elle sera réorientée vers les partenaires compétents, en fonction de la problématique présentée.

L'inclusion formelle

L'inclusion correspond à l'entrée d'un usager dans le dispositif de prise en charge du réseau.

Elle est proposée quand l'analyse de sa situation par l'équipe de coordination pluridisciplinaire (médicale, sociale et psychologique) permet l'élaboration d'un projet de prise en charge.

Un ensemble d'informations est communiqué à chaque patient inclus.

Il lui est précisé que, conformément à l'expérience acquise actuellement au sein du réseau et à la législation en vigueur :

- Tout patient peut consulter le réseau soit directement à son siège, soit par l'intermédiaire d'un de ses représentants.
- Le fonctionnement du réseau lui est décrit. Il en est de même des moyens prévus pour assurer son information à chaque étape de sa prise en charge et les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.
- Le patient est entièrement libre de son choix et peut continuer à être suivi par un ou des professionnels de santé extérieurs au réseau, notamment lorsqu'il utilise le réseau pour une demande ponctuelle.

A tout moment, le patient est libre de quitter le réseau.

En revanche, il lui est demandé de respecter les rendez-vous qui seront pris pour lui ou de prévenir en cas d'annulation.

Une partie des personnes suivies au réseau, ne souhaitent pas signer le document de consentement éclairé (souhait d'anonymat, barrière de l'écriture, difficultés psychologiques...) ou le signent tardivement dans la

prise en charge (une fois le lien de confiance établi, ce qui peut prendre quelques mois). Le réseau ne fait pas de cette non-signature un obstacle à la prise en charge.

Les prises en charges non formalisées

Elles concernent :

- Soit les patients qui n'ont pas signé le document d'inclusion (ne le souhaitent pas ou ce document n'a pas de sens pour eux)
- Soit des patients qui rentrent dans les critères d'inclusion du réseau mais pour lesquels les actions à entreprendre sont relativement simples et ne nécessitent pas une prise en charge pluriprofessionnelles ou la définition d'un projet de prise en charge complexe.

Sortie du dispositif

Une personne incluse dans le dispositif du Réseau cesse d'être suivie quand :

- les actions de coordination sont arrivées à leur terme : la personne a accès aux professionnels des champs médicaux, paramédicaux et sociaux lui permettant de pouvoir gérer au mieux sa pathologie. (l'équipe de coordination s'assure de sa parfaite maîtrise du dispositif mis en place)
- elle n'a pas donné de nouvelles depuis plus d'un an ; son dossier est alors archivé. Si elle se re-présente ou est réorientée vers le réseau une nouvelle inclusion sera envisagée.
- elle souhaite être suivie sur un autre secteur ou n'est pas en accord avec les actions proposées par le réseau.
- elle a déménagé (volontairement ou de manière forcée) en dehors du territoire du réseau.

Quel que soit le cas de figure, les actions entreprises le sont avec l'accord et la participation de la personne, et elle est informée de son droit d'accès à son dossier.

B. Caractéristiques des personnes prises en charge

1. File active

En 2017, le réseau a pris en charge, à des degrés différents **1 788** personnes.

1 607 personnes « incluses dans le dispositif » au cours de l'année 2017.

181 étaient dans le cadre d'une prise en charge non formalisée.

1 375 personnes ont eu au moins un contact avec un membre de la coordination (à savoir par exemple que lorsque d'une demande d'AME est faite pour une famille, l'ensemble des membres sont inclus bien que tous n'aient pas été nécessairement vus par un professionnel de l'équipe).

Le réseau a réalisé **616 nouvelles inclusions** en 2017.

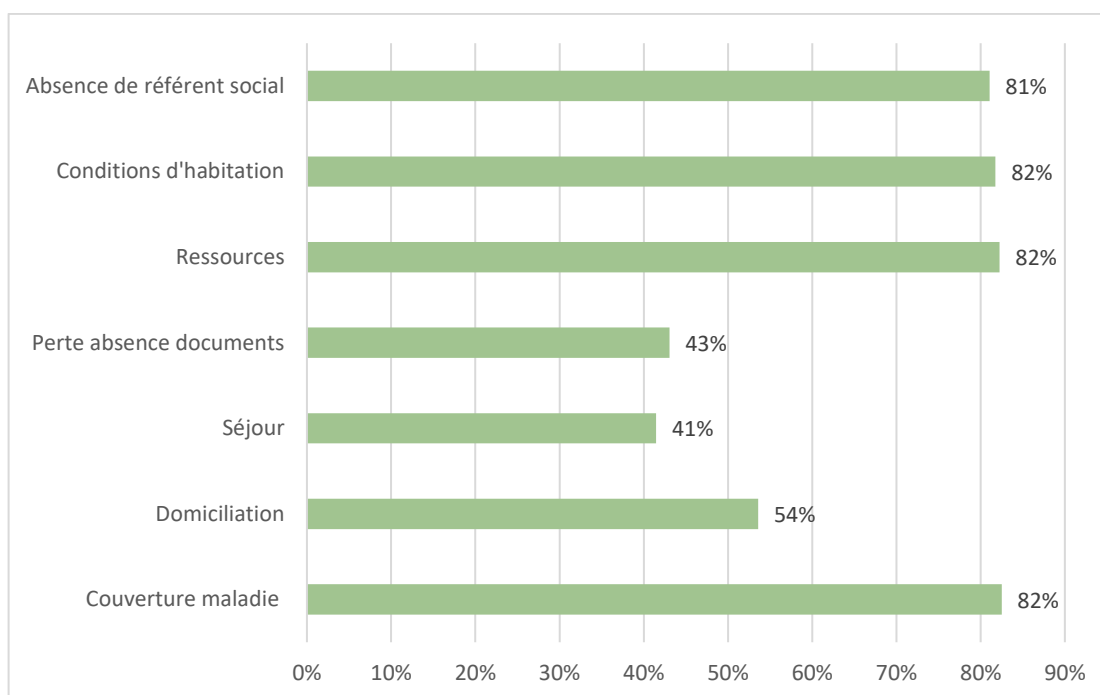
562 sont sorties du dispositif dans le courant de l'année : elles sont comptées dans la file active 2017 mais n'apparaîtront pas dans la file active 2018 (soit 381 sorties *incluses* du réseau et 181 sorties « *sans prise en charge formalisée* »).

2. Caractéristiques des usagers de la file active

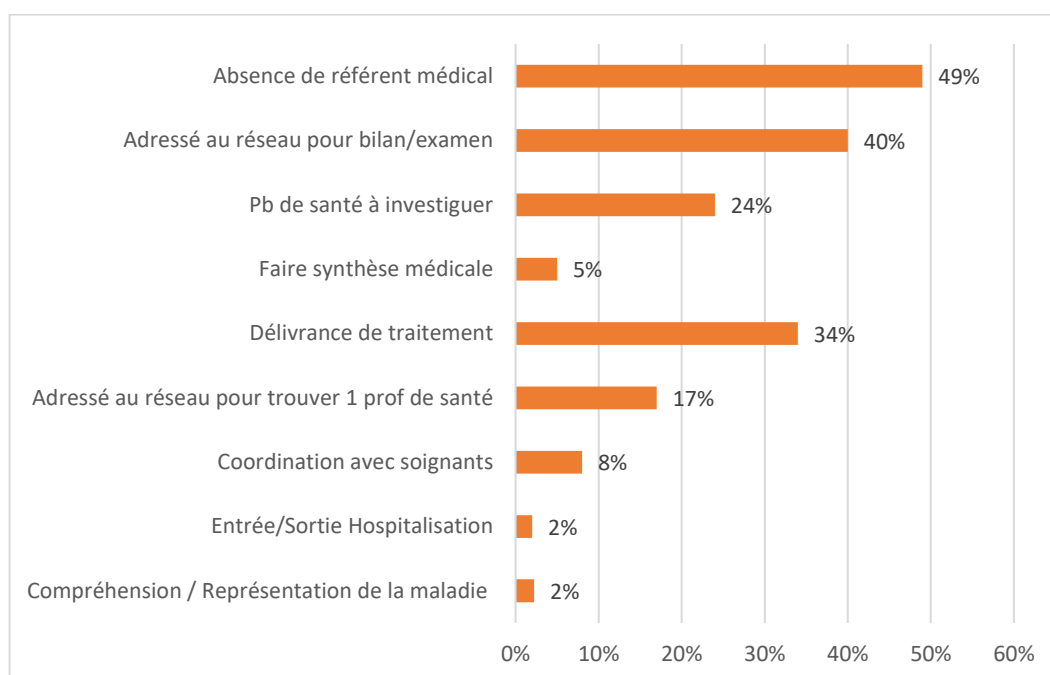
A l'entrée dans la file active et au cours de premiers entretiens, L'AVIH recueille les principales problématiques présentées par les usagers, que ce soit en matière de santé, d'accès à la prévention, de conditions de vie ou d'obstacles identifiés dans l'accès aux soins.

Ce recueil est fait pour les usagers inclus (T=1607)

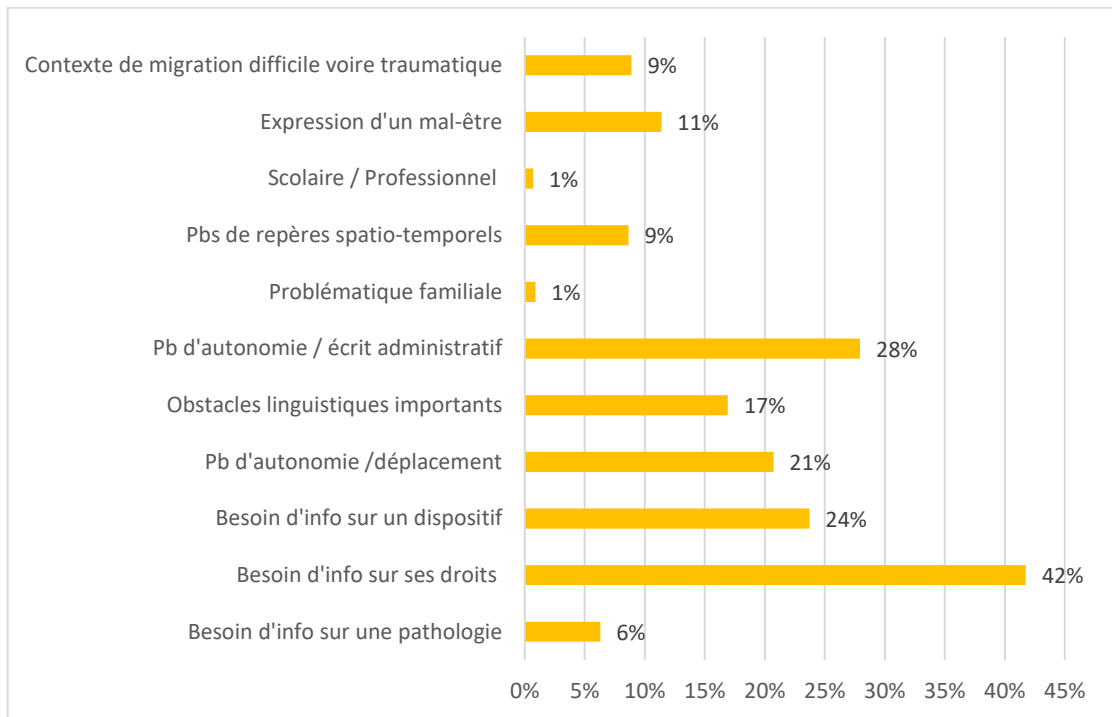
Principales problématiques sociales



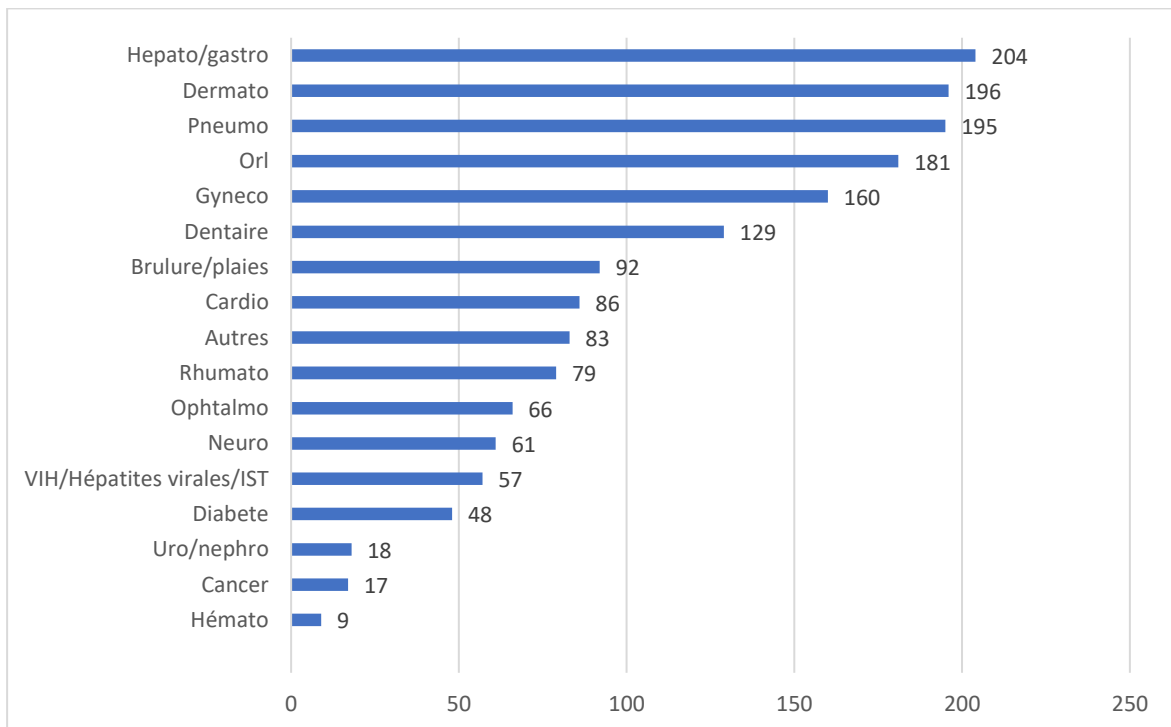
Principales problématiques santé



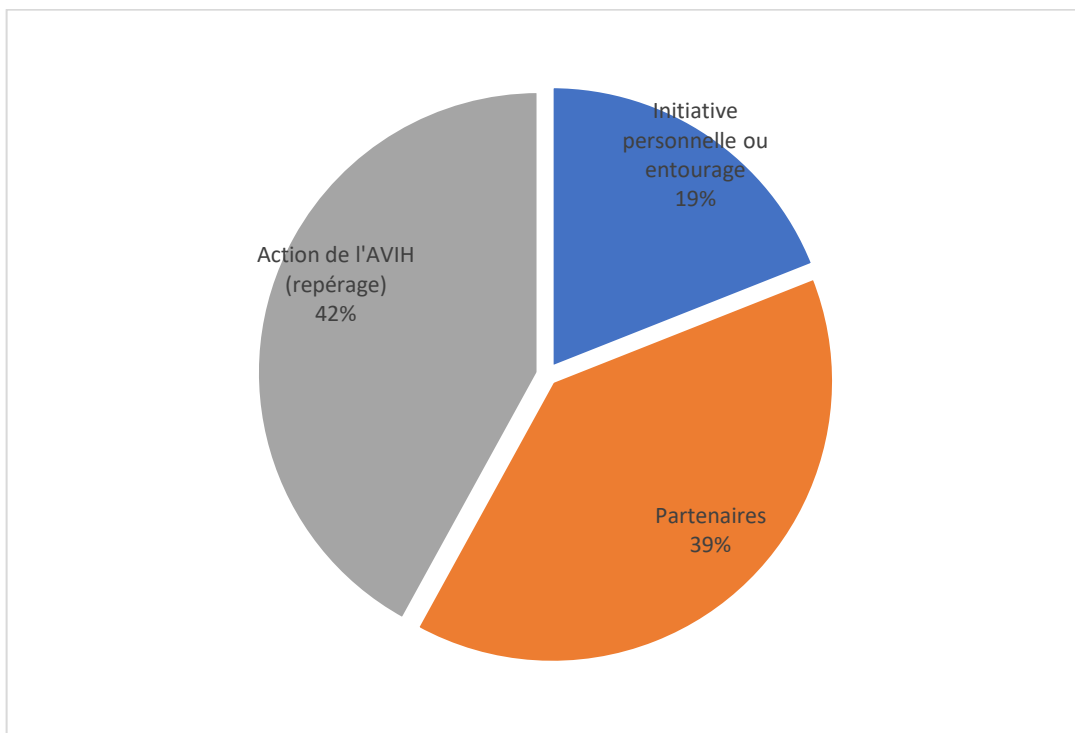
Principales problématiques transversales



Principaux problèmes de santé de la file active

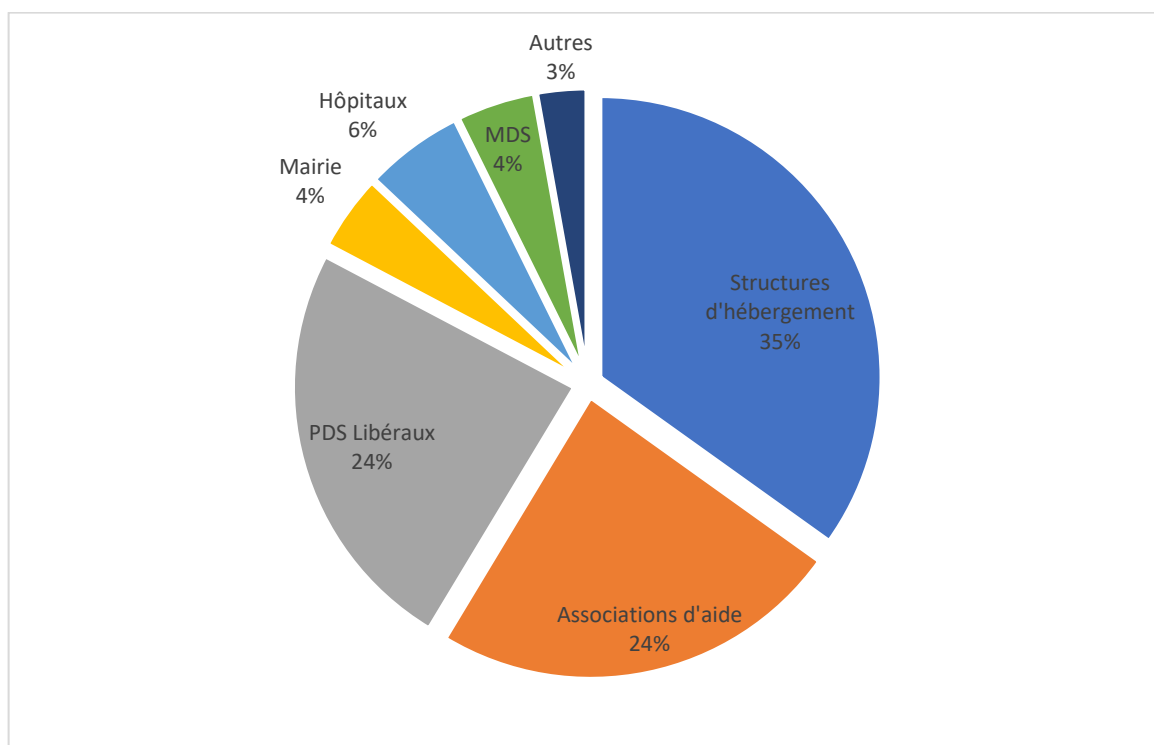


Les orientations vers le réseau

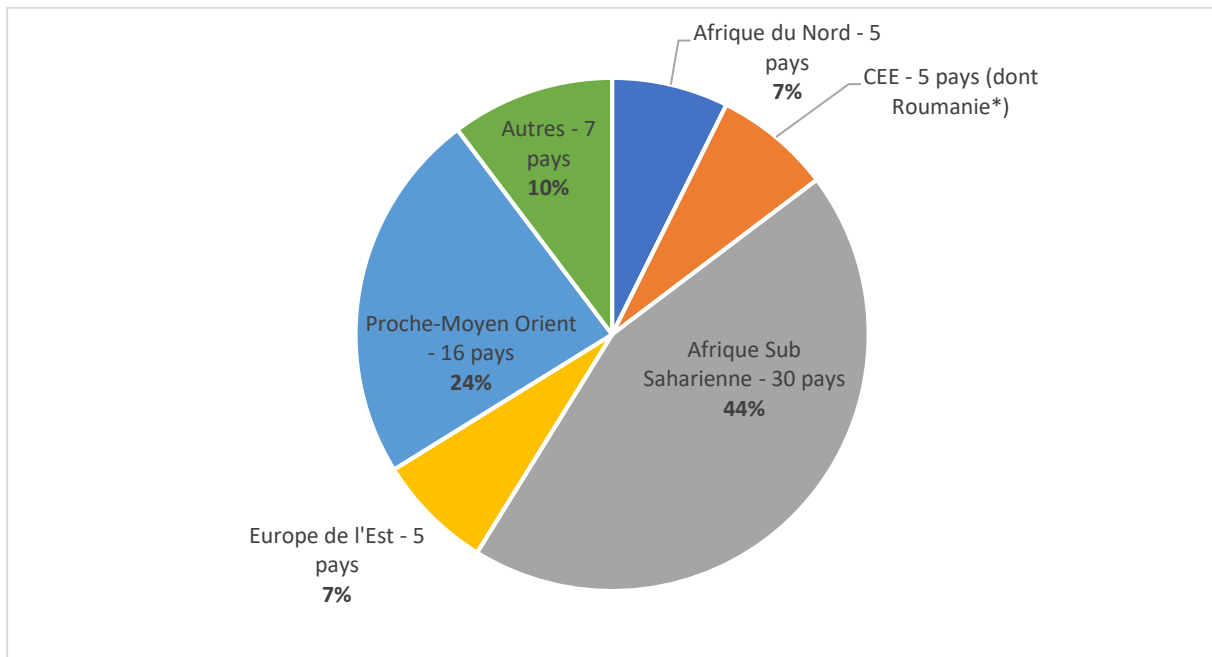


Près de la moitié des orientations vers L'AVIH est constituée de repérage (lors des actions collectives, des maraudes dans les bidonvilles, etc.)

Partenaires orienteurs par structure



Origine géographique des usagers



Les personnes suivies à L'AVIH proviennent de 68 pays différents et de tous les continents.

* La proximité des bidonvilles installés sur le secteur explique la surreprésentation de la population Roumaine. En effet, 46% de la file active du réseau sont de nationalité Roumaine.

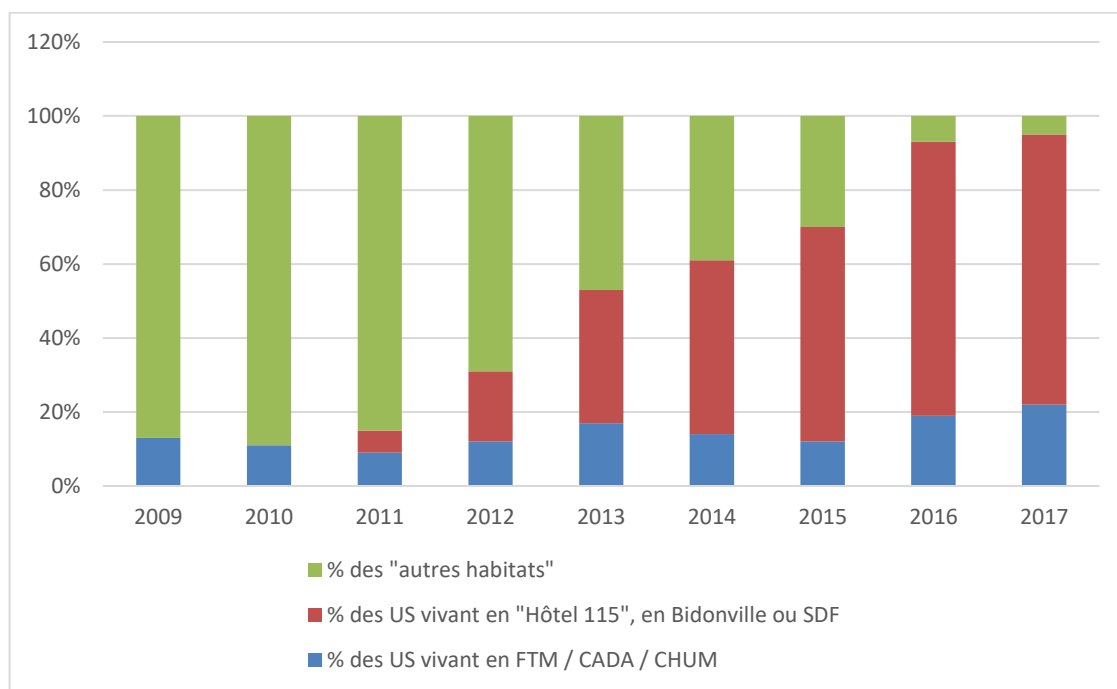
3. Les sorties

En 2017, **381 personnes incluses** sont sorties du dispositif de prise en charge :

- 240 perdues de vue (pas de nouvelles depuis plus d'un an)
- 73 parce que les actions de coordination sont arrivées à leur terme
- 48 ont déménagé, (parfois « déménagements subi »), hors du territoire du réseau
- 12 sorties faisant suite à une « décision personnelle »
- 4 sont décédées
- 4 autres

Pour les 181 prises en charge non formalisées, il n'apparaît pas pertinent de définir un motif de sortie. Il est possible qu'un patient rencontré dans ce cadre-là, puisse, dans un second temps et après évaluation être inclus au sein du réseau.

Augmentation de la précarité de la file active : focus sur les conditions d'habitation



La part des usagers précaires (notamment sans domicile propre voire sans domicile ni hébergement) est en constante augmentation, dépassant 90% pour 2017.

L'évolution de la file active de L'AVIH est liée à plusieurs facteurs :

- L'arrivée de plus en plus importante, à compter de fin 2009, de familles orientées par le Samu social de Paris vers des hôtels de Seine et Marne (environ 1000 personnes sur le Nord de la Seine et Marne) : principalement des familles demandant l'Asile politique et déboutées du droit d'Asile.
- La paupérisation générale de la population,
- Les baisses de budget des collectivités locales, des institutions et des associations ainsi que le resserrement de leurs missions : cela a notamment pour conséquence de réduire les aides pour les personnes « à la marge » qui ne dépendent d'aucun dispositif ciblé.
- L'augmentation du nombre de bidonvilles sur notre territoire depuis 2012 : cela est dû notamment aux évacuations de campements des départements limitrophes (91, 94 et 93) qui a pour conséquence de repousser ces personnes un peu plus vers la périphérie de l'Île de France.
- L'arrivée de migrants en Seine et Marne (à la suite des expulsions des campements parisiens ou en provenance de Calais) depuis la mi-2015. Cette arrivée se fait de manière aléatoire sur le territoire, les personnes sont hébergées dans tous types de structures (gymnases, tentes, centre d'hébergement, hôtel) et arrivent dans des états de santé très dégradés, avec une couverture maladie non encore établie.

Cette évolution du public du réseau a entraîné une évolution des pratiques. On note ainsi :

- Une augmentation du nombre de rendez-vous par usager : pour les personnes non francophones, le face à face est de fait le seul moyen d'expliquer aux personnes les dispositifs vers lesquels on les oriente et de répondre à leurs interrogations.
- Une augmentation du recours à l'interprétariat : ce qui a pour conséquence une augmentation du temps passé lors des rendez-vous.
- Le recours de plus en plus important aux associations caritatives et à des dispositifs non conventionnels pour des personnes qui ne relèvent d'aucun dispositif ciblé et ne sont reconnus par aucun territoire.

C. Les rendez-vous

Est appelé « rendez-vous » tout entretien avec une personne, incluse ou non, qui se présente au réseau. Ce terme désigne à la fois les entretiens avec les nouveaux usagers mais également les patients déjà inclus, pour suivi. Ils ont lieu de manière spontanée ou sur rendez-vous.

En 2017, le réseau a réalisé **3 324 rendez-vous** pour **1 375 usagers**.

Sont compris dans les rendez-vous :

- Un accueil dans les locaux du réseau : sur rendez-vous ou en venue spontanée
- Les accueils lors de la permanence sans rendez-vous à la MSPU de Torcy
- Une visite sur le lieu de vie de la personne : que ce soit en appartement, hôtel, bidonville, structure d'hébergement
- Les contacts lors des maraudes médico-sociales sur les bidonvilles
- Les accompagnements physiques vers les structures sociales ou de soins

En effet, le réseau essaie – dans la mesure du possible – d'adapter son accompagnement en fonction de la situation des personnes et leur capacité à effectuer les démarches de manière autonomes.

Pour les personnes les plus éloignées des institutions, on privilégie « l'aller vers », de manière à informer les personnes de leurs droits et des dispositifs existants sur le territoire. Nous avons constaté que ce sont les personnes qui ont besoin le plus d'accompagnement régulier, notamment parce que la fragilité de leur situation fait que les ruptures de prises en charge sont plus fréquentes.

Ainsi, l'on constate par exemple que les mêmes familles, qui avaient du mal à avancer sur leurs démarches lorsqu'elles vivaient en bidonville, gagnent fortement en autonomie dès lors qu'elles ont un hébergement – fût-il non pérenne (ex. : Hôtel 115).

De la même manière, des professionnels de santé nous signalent la difficulté de certains de leurs patients à effectuer une démarche sociale ce qui les place en situation de difficultés récurrentes.

L'AVIH peut apporter plusieurs niveaux de réponses en fonction des éléments donnés par le professionnel :

- Les plages d'accueil sans rendez-vous, dont on a constaté qu'elles convenaient mieux à un public plutôt désocialisé.
- Le rendez-vous sur le lieu de soins conjointement avec le professionnel ou dans un second temps (ou sous forme de permanence dans le cas de la MSPU de Torcy)
- La visite à domicile, pour les personnes ayant du mal à effectuer des démarches à l'extérieur, que ce soit pour des raisons physiques (âge, handicap), psychologiques ou une combinaison des deux.

On constate également une augmentation de la part des accueils « spontanés » ou « non programmés » : les personnes étant de moins en moins orientées par un partenaire, comme on l'a vu précédemment, elles se présentent directement à l'accueil du réseau.

Le rôle de l'accueil est ainsi renforcé : il y a une « pré-évaluation » qui est désormais réalisé par l'assistante de coordination, qui permet de comprendre le parcours et la demande de la personne pour l'adresser ensuite vers le(s) ou les coordinateur(s) adapté(s), ou vers les partenaires du territoire quand la demande ne correspond pas aux missions du réseau.

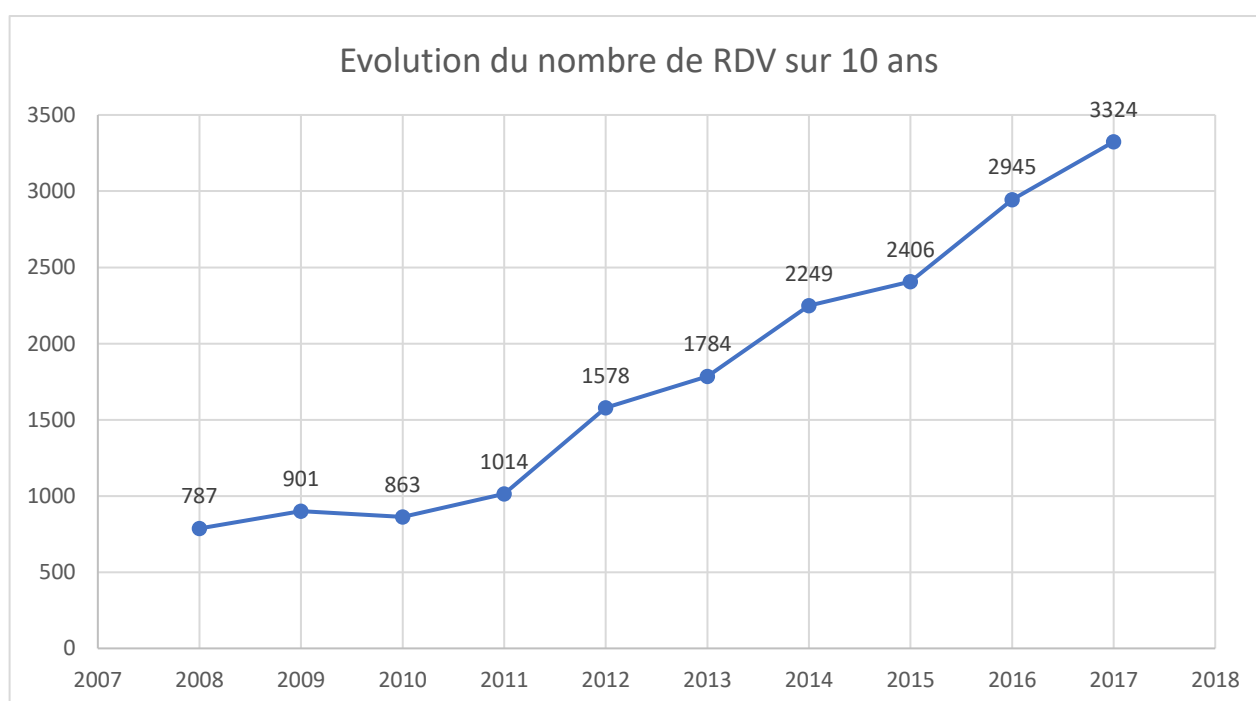
Typologie des actions réalisées pour les usagers en 2017, par « métier réseau »

	AS	Méd	Ch.Bid	Psy	Ass Coord	Prev	Admin	Total
Accueil	1277	158	271	112	312	73	85	2288
Tournée Bidonville		6	822	15		21	21	885
Tél - courrier - mail	436	41	116	42	202	32	279	1148
Staff	249	192	209	41	92	129	10	922
Actions Collectives	193	57	63	6	6	218	171	714
Total	2455	454	1481	216	612	473	566	5957

Les deux premières lignes « Accueil » et « tournée Bidonville » comptent comme contact direct avec un usager.

Pour les Staff : le logiciel compte « 1 » pour chaque usager staffé lorsque le professionnel était présent.

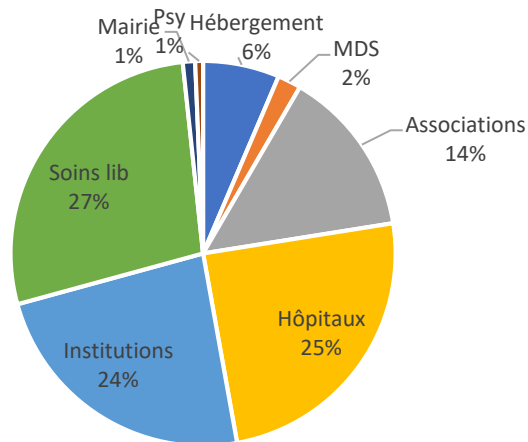
Pour la ligne « Action Collective » : il s'agit des contacts avec les seuls usagers du réseau au cours des actions collectives organisées par le réseau, sachant que les participants aux actions collectives ne sont pas uniquement des usagers du réseau.



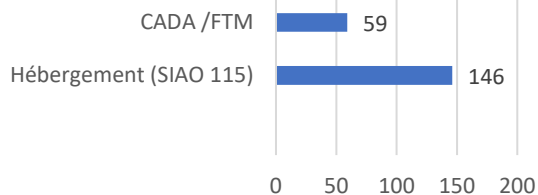
Détail des orientations réalisées pour les usagers de L'AVIH

Si l'on analyse les orientations (un total de **3193 orientations**), on voit bien que les usagers sont orientés principalement vers les effecteurs de soins, les Institutions (principalement les CPAM) et les associations. (CF détails page suivante)

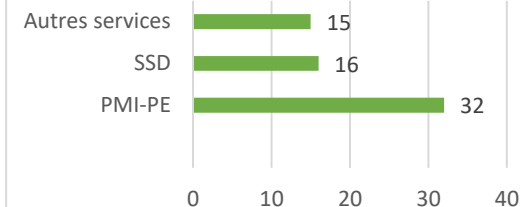
Détail des orientations par catégorie de partenaires



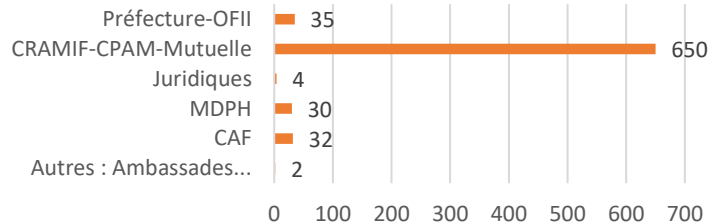
Détails : nb d'US orientés vers structures d'hébergements



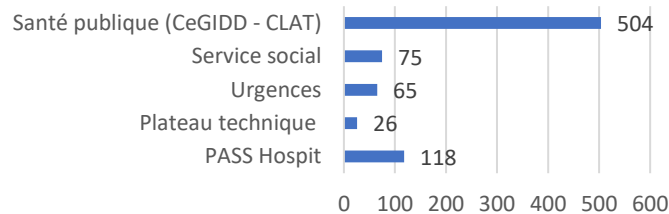
Détails: nb d'US orientés vers MDS



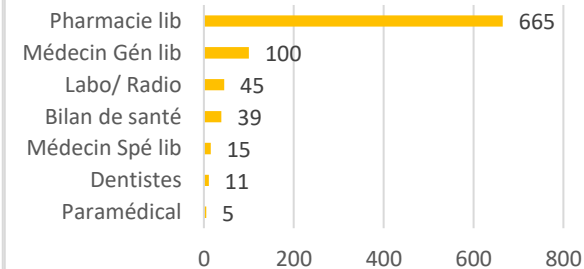
Détails : nb d'US orientés vers Institutions



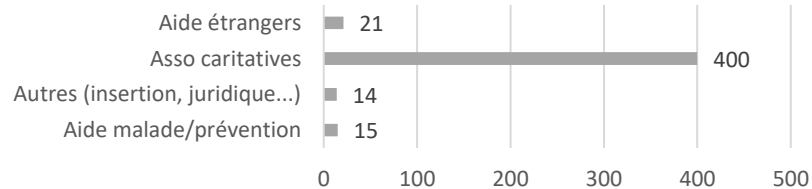
Détails : nb d'US orientés vers Hôpital



Détails: nb d'US orientés vers prof. de soin



Détails: nb d'US orientés vers Associations



Ouverture des droits à L'Assurance maladie

En 2017, L'AVIH a finalisé **193 dossiers d'Aide Médicale d'Etat**, qui concernent **114 personnes isolées, 19 couples et 60 familles**.

EUROPEENS		Isolées	Familles	Couples	
1ère Demande AME	25		13	8	4
Renouvellement AME	Sans rupture de droits	Avec rupture de droits	20	19	11
	14	36			
Total AME Européens	75		33	27	15

NON EUROPEENS		Isolées	Familles	Couples	
1ère Demande AME	49		36	13	0
Renouvellement AME	Sans rupture de droits	Avec rupture de droits	45	20	4
	46	23			
Total AME Européens	118		81	33	4

L'AVIH a également finalisé **11 dossiers d'affiliation au régime général**, qui concernent **2 personnes isolées, 1 couple et 8 familles**.
Ainsi que **28 dossiers de CMUC**, qui concernent **9 personnes isolées, 1 couple et 18 familles**.

L'AVIH a également finalisé **11 dossiers d'affiliation au régime général**, qui concernent **2 personnes isolées, 1 couple et 8 familles**.
Ainsi que **28 dossiers de CMUC**, qui concernent **9 personnes isolées, 1 couple et 18 familles**.

EUROPEENS		Isolées	Familles	Couples	
Affiliation au régime général	7		1	5	1
CMU C	1ère Demande	Renouv	3	11	1
	12	3			
Total Européens	22		4	16	2

NON EUROPEENS		Isolées	Familles	Couples	
Affiliation au régime général	4		1	3	0
CMU C	1ère Demande	Renouv	6	7	0
	7	6 (+ ACS: 1)			
Total Européens	17		7	10	0

Notre partenariat avec la Ligue Urgence Partenaires de la CPAM 77

Dossiers LUP 2017		
AME	Non Européens	
	1ère Demande	Renouv
	3	5
Affiliation au régime général + CMUC	Européens	
	3	
Affiliation seule	Non Européen	
	1	
CMUC seule	Européen	Non Européen
	2	1
Total dossiers LUP		15

Rappelons que depuis novembre 2016, L'AVIH a une convention de partenariat avec le service LUP (Ligne Urgence Partenaires) de la CPAM 77. Cette convention a permis :

- Un traitement accéléré des dossiers pour les personnes ayant besoin de soins urgents,
- La possibilité d'avoir un retour d'information sur l'ouverture des droits (l'AVIH n'étant pas un établissement de soins, nous n'avons pas accès à ces informations) sous réserve que les usagers signent une autorisation spécifique,
- Reste la question de la consultation en direct des droits qui permettrait de gagner du temps et de l'efficacité.

1. PASS (Permanence d'Accès Aux Soins de Santé) Ambulatoire

Origine du projet

Le Val Maubuée est confronté depuis quelques années à une augmentation de la précarité des personnes vivant sur son territoire. Une partie de ces personnes n'a pas de couverture maladie, que ce soit par manque d'information sur leurs droits, ou par renoncement devant la complexité des démarches administratives, en constante augmentation.

Il n'existe pas sur le territoire, de dispositif permettant aux personnes sans droits ouverts à la protection sociale, d'accéder à une consultation de médecine générale. En l'absence d'un tel dispositif, les personnes renoncent aux soins ou embolisent le service des urgences de l'hôpital, qui n'est pas destiné à répondre à ce besoin.

Cette carence a des conséquences à la fois sur l'état de santé des personnes, qui retardent le moment de se soigner et donc arrivent au soin dans un état de santé très dégradé, mais également sur le coût de la prise en charge, et ceci pour au moins deux raisons :

- La sur-utilisation des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale et qui pourraient être pris en charge en ville,
- Le manque d'accès à la prévention et à des soins précoces, qui a pour conséquences un retard dans l'entrée aux soins, une aggravation des pathologies et donc une prise en charge plus coûteuse.

Le réseau expérimente depuis 2011 un projet permettant l'accès aux soins « en ville pour les personnes sans droit ouverts à la protection sociale. Conçue dans un premier temps sous forme de permanence en libre accès, la « Consultation précarité » a évolué en 2013 en consultation en cabinets de médecine libérale, sur rendez-vous. L'appel à projet de l'ARSIF pour porter une expérimentation de 4 ans de « PASS Ambulatoire » sur son territoire, a permis de développer cette action et de l'inscrire dans une politique régionale de santé. Dans un premier temps, L'AVIH développe cette expérimentation sur le Val Maubuée.

Organisation pratique

Il s'agit de proposer aux personnes sans droits ouverts à la protection sociale et nécessitant des soins (hors urgences ou soins spécialisés disponibles à l'hôpital) de pouvoir accéder à :

- Une consultation gratuite dans le cabinet de médecins libéraux volontaires,
- La délivrance de médicaments,
- Un accompagnement social à l'accès aux soins et une orientation vers les partenaires et dispositifs adaptés du territoire.

A l'issue de la consultation, et en fonction des relais mis en place avec les partenaires, les patients ont également accès :

- A des examens médicaux
- A des dépistages
- A des vaccinations

En lien avec les partenaires recevant du public en précarité, L'AVIH se charge :

- De la prise de rendez-vous des patients chez les médecins libéraux partenaires,
- De l'accompagnement pour les démarches d'ouvertures de droits des personnes qui le nécessiteraient,
- De la coordination du parcours du patient en lien avec les différents partenaires,
- Du pilotage et de l'évaluation de l'action.
- Un service d'interprétariat par téléphone (payant) et de traduction de documents pourra être utilisé pour les patients non francophones.

La présence d'un public particulièrement vulnérable sur le territoire de notre réseau (environ 500 personnes – familles – vivant dans des bidonvilles) nous a conduit à adapter une partie de notre projet pour cibler ces populations particulièrement précaires et à développer une « PASS Ambulatoire mobile » qui va à la rencontre de ces familles.

La PASS Ambulatoire en ville

Une personne est repérée comme remplissant les critères d'inclusion à la PASS (par le réseau L'AVIH ou par un de ses partenaires).

Une feuille d'orientation est alors remplie, feuille qui sert également de fiche de liaison. (CF document présenté en annexe)

En fonction des éléments recueillis et des besoins identifiés, plusieurs types de prise en charge sont proposés :

Sur le plan médical

1/ La personne a besoin d'une consultation médicale :

- Consultation chez un médecin généraliste libéral partenaire : L'AVIH se charge de la prise de rendez-vous et transmet la feuille d'orientation au praticien,
- Evaluation par le médecin coordinateur de L'AVIH (médecin non prescripteur) pour certaines situations complexes.

2/ La personne a déjà vu un médecin (acte gratuite ou consultation payée par le patient) mais elle il y a des suites à donner à cette consultation :

- Délivrance de médicaments
- Soins infirmiers
- Examens complémentaires
- ...

L'AVIH organise alors la prise en charge et l'orientation vers les professionnels libéraux partenaires (pharmaciens, infirmiers, laboratoire d'analyses médicales...).

3/ La personne a besoin de soins / d'actes médicaux ou paramédicaux, mais il existe des structures sur le territoire d'accès gratuit :

- Orientation vers les structures de santé publique du territoire (services de vaccination du Conseil Général et de l'hôpital, PMI, CDAG, CLAT, Urgences hospitalières, services de planification...)

Sur le plan social :

Une première évaluation est réalisée, axée sur l'acquisition d'une couverture maladie. Cette évaluation porte sur :

- Le type de couverture maladie à laquelle la personne peut prétendre et les délais d'obtention prévisibles,
- Les démarches déjà entamées : auprès de quel organisme, avec quels résultats,
- L'existence d'un référent social pour la personne.

En fonction des situations des besoins et des ressources identifiées (autonomie de la personne), un accompagnement social est proposé à la personne pour l'aider dans ses démarches.

Lorsque cela est nécessaire, les services d'interprétariat par téléphone peuvent être utilisés.

La PASS Ambulatoire mobile

Depuis l'été 2012, L'AVIH intervient auprès de personnes, majoritairement des familles, vivant dans des bidonvilles (cabanes construites avec des matériaux de récupération, au milieu des bois, sans accès à l'eau ni à l'électricité) sur les communes de Champs-sur-Marne, Lognes et Noisiel. Y vivent entre 300 et 500 personnes regroupées sur différents terrains (de 7 à 10 terrains parcellisés, entre 20 et 300 personnes par terrains) : ces chiffres connaissent une grande variabilité selon les évacuations et réinstallations successives.

(Cf. le compte-rendu de l'action : « Bidonvilles »)

Pour la majorité de ces personnes, le dispositif classique de PASS Ambulatoire reste souvent inadapté, au moins dans un premier temps. Il a donc fallu trouver un mode d'intervention adapté à ces conditions de vie particulières.

La PASS Ambulatoire mobile s'organise donc de la manière suivante :

- une maraude hebdomadaire sur les terrains par équipe effectuée par 3 professionnels :
 - o Deux médecins libéraux bénévoles
 - o La chargée de mission « bidonvilles » de L'AVIH : médiation sociale et sanitaire

Cette maraude permet de :

- Repérer les personnes présentant des états de santé préoccupant
- Apporter une première réponse sanitaire : consultation médicale, conseils d'hygiène et de prévention, délivrance de médicaments chez les pharmaciens partenaires de la PASS Ambulatoire...
- Informer sur les démarches d'obtention d'une couverture maladie
- Orienter vers les dispositifs sanitaires et sociaux du territoire

En parallèle de ces maraudes, un accompagnement spécifique est mis en place :

- Accompagnement à la prise de rendez-vous et accompagnement physique vers les structures de soins (médecins libéraux, PMI, Hôpital...), vers les organismes de domiciliation et vers les services sociaux et les associations d'aide,
- Accompagnement à l'acquisition d'une couverture maladie,
- Coordination des soins pour les situations médicales complexes : retracer l'historique des prises en charges successives, souvent dans des établissements différents et bâtir un projet de soins cohérent et adapté aux conditions de vie de la personne.

(On retrouvera un « Mode d'emploi » de la PASS Ambulatoire en Annxe 2 et la feuille d'orientation vers le dispositif en Annexe 3)

Prise en charge des soins, des médicaments et des examens

L'objectif de la PASS Ambulatoire est que l'absence de couverture maladie et l'absence de ressources pour payer les soins nécessaires ne soient pas un obstacle à l'accès aux soins et n'entraînent pas de rupture de soins pour les usagers. Lorsqu'une personne entre dans la file active de la PASS Ambulatoire – après évaluation par le réseau – il ne lui est demandé aucune participation financière.

Pour autant, L'AVIH essaie, dans la mesure du possible, de mettre en œuvre le droit commun et de faire prendre en charge les soins par la CPAM, lorsque la personne remplit les critères pour prétendre à une couverture maladie.

Pour cela, il est demandé aux partenaires libéraux de « mettre en attente » les frais (consultations, traitements, actes techniques) le temps que les démarches pour obtenir une couverture maladie aient le temps d'aboutir. Il faut en effet compter sur le temps d'instruction des dossiers pas la CPAM, qui oscillent entre 1 et 3 mois, selon les périodes et la complexité des situations des personnes (certaines situations peuvent mettre plus longtemps pour se résoudre, mais ce n'est pas la règle générale) .

Si au bout de trois mois, le réseau n'a pas pu récupérer de couverture maladie, il s'engage à régler le professionnel sur la base du tarif en secteur 1 de la sécurité sociale.

Professionnels participant à la PASS Ambulatoire

16 Médecins libéraux (dont 8 de la MSPU de Torcy) sont engagés dans cette action à des titres différents : 10 ont accepté de recevoir gratuitement dans leur cabinet des personnes orientées par le réseau, et un se déplace sur les lieux de vie des personnes les moins autonomes.

4 Pharmacies sont également engagées en acceptant de délivrer les traitements et de retenir la facturation en attendant l'obtention des droits (en cas de non obtention, le réseau s'engageait à régler les factures aux pharmaciens).

1 Laboratoire d'analyse médicale qui a des antennes sur tout le Nord Seine et Marne (BIO-VSM) a signé une convention avec L'AVIH et participe à l'expérimentation.

On compte également, 1 sage-femme, 1 pédicure-podologue et 1 orthoptiste de la MSPU de Torcy, même si ce sont des professions moins sollicitées dans le cadre de la PASS Ambulatoire.

L'hôpital de Jossigny Marne La Vallée a également signé une convention permettant l'accès des patients de la PASS ambulatoire au plateau technique de l'hôpital.

Enfin, plusieurs professionnels, sans participer formellement à la PASS Ambulatoire, ont des patients en proposant les mêmes conditions.

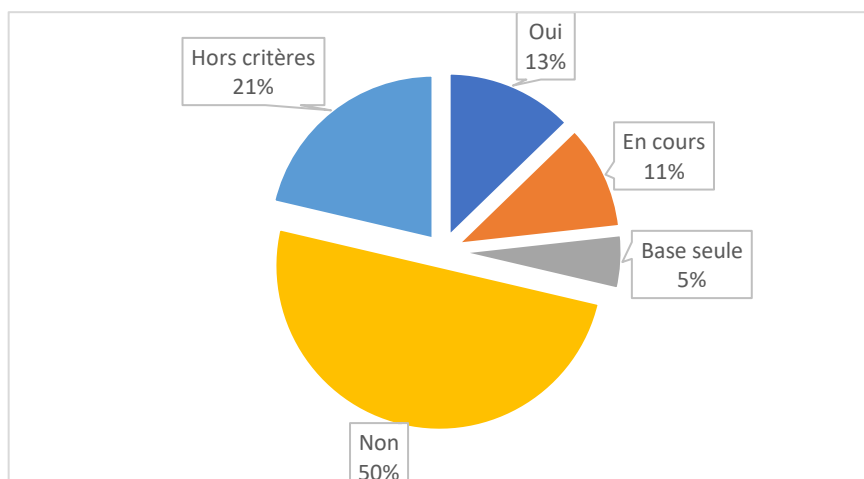
Typologie des personnes ayant bénéficié de la PASS Ambulatoire en 2017

295 personnes (191 adultes et 104 enfants) ont bénéficié de la PASS Ambulatoire.

48% sont des « nouveaux Patients 2017, 52% étaient déjà suivis dans le cadre de la PASS ambulatoire en 2016.

Les âges des patients vont de quelques mois à 70 ans.

Situation au regard de la couverture maladie à l'orientation vers la PASS Ambulatoire (T = 295)



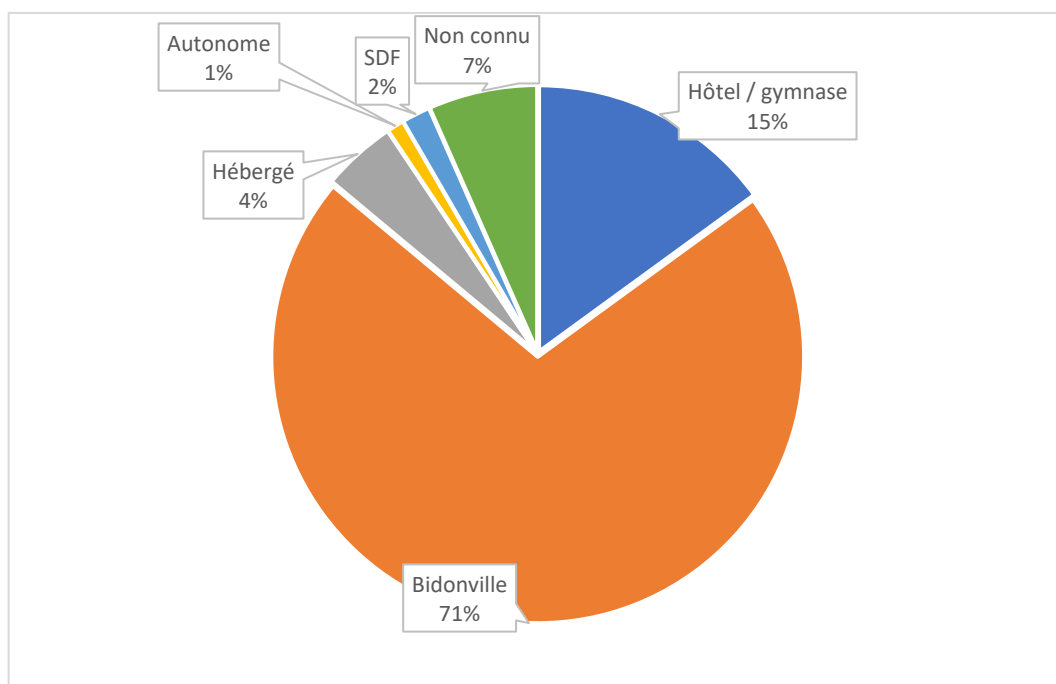
Hors critère : la personne ne remplit pas les conditions pour déposer une demande de couverture maladie (pas de preuve de présence en France par exemple).

82% des personnes n'ont pas de droits effectifs au moment de leur entrée dans le dispositif PASS Ambulatoire. 5% n'ont pas de complémentaires et parmi les 13% qui ont une couverture maladie, les aides ont concerné des actes non pris en charge par leur couverture maladie (principalement L'AME).

En effet, au vu des niveaux de ressources, il est compliqué pour ces personnes d'avancer même des petites sommes.

La très grande majorité de la file active PASS ambulatoire est sans ressource (près de 95%). Pour le reste, certaines personnes bénéficient de prestations sociales ou perçoivent un salaire.

Conditions d'habitation



On constate donc que la file active de la PASS ambulatoire est un public fortement précaire et qui manque de toutes les sécurités minimales : ressources, logement, protection sociale...

Actions des partenaires de la PASS Ambulatoire :

599 consultations médicales ont été réalisées, dont :

- 546 sur les bidonvilles par les médecins de la PASS Ambulatoire Mobile – un chiffre en hausse par rapport à l'année 2016.
- 53 en cabinet libéral par des médecins généralistes – en revanche on note une baisse qui s'explique par le recours plus fréquent vers la PASS Hospitalière de Jossigny.

Egalement, 4 soins infirmiers ont été pris en charge dans le cadre de la PASS Ambulatoire.

Délivrance de médicaments : 665 ordonnances ont été traitées par les pharmacies partenaires.

A noter : 27 de ces délivrances ont été faites pour des ordonnances émanant d'un hôpital, les personnes étant sorties sans traitement (y compris lorsqu'un service PASS existe dans l'hôpital).

Biologie : 18 actes de biologie ont été effectués par notre partenaire BIO-VSM

En 2017, la PASS Ambulatoire portée par le réseau l'AVIH a ainsi comptabilisé **1 286 actes**.

Implication de l'équipe de L'AVIH :

En parallèle des actes réalisés par les partenaires, l'accompagnement des usagers de la PASS Ambulatoire est réalisé par l'équipe du réseau. Ainsi en 2017 il y a eu :

- 109 entretiens avec les deux coordinatrices sociales pour une évaluation sociale et une aide à l'obtention d'une couverture maladie, notamment dans le cadre des permanences sans rendez-vous.
- 62 entretiens avec le médecin coordinateur du réseau pour une évaluation médicale des personnes orientées dans le cadre de la PASS Ambulatoire, notamment lorsque la demande est complexe et qu'il faut une évaluation avant orientation.
- 114 entretiens avec l'assistante de coordination : primo-évaluation, information, orientation vers le dispositif, prises de rendez-vous avec les professionnels. L'accueil constitue souvent une porte d'entrée vers le dispositif PASS Ambulatoire.
- 208 entretiens avec la chargée de mission bidonville (en plus des tournées) dont 20 accompagnements vers des lieux de soins.
- 6 entretiens avec le psychologue coordinateur.

Obtention d'une couverture maladie

95 personnes ont eu des droits ouverts pour une base et 86 pour une complémentaire, soit un total de 103 ouvertures de droits.

(N.B. : L'AME est comptée comme base et comme complémentaire)

Détail des droits de base :

- AME : 76
- PUMA : 11
- Affiliation au régime général : 8

Détail des droits pour la complémentaire :

- AME : 76
- CMU Complémentaire : 10

Principaux freins identifiés

La domiciliation :

- Difficulté à obtenir une domiciliation : les organismes acceptant de domicilier sont peu nombreux et saturés, or c'est un préalable à toutes démarches,
- Outre les problèmes pour trouver une domiciliation, on a constaté en 2016 et en 2017 que plusieurs personnes ne recevaient pas le courrier d'invitation à retirer leur carte d'AME, sans pouvoir toutefois identifier la cause de ce problème (problème d'envoi, problème de distribution du courrier, problème de l'organisme domiciliataire, problème de la personne qui ne va pas chercher son courrier ?)

La barrière de la langue vient s'ajouter pour 85 % de la file active : non maîtrise ou mauvaise maîtrise du français. L'instabilité géographique, le plus souvent « forcée » des bénéficiaires de la PASS Ambulatoire :

- Pour les bidonvilles : il y eu 6 expulsions sur 5 terrains en 2017, bien que moins nombreuses qu'en 2016, notamment en raison des inquiétudes liées à la recrudescence de la tuberculose, cela engendre une instabilité géographique et est venu compliquer le suivi et la continuité des démarches.
- Pour les personnes mises à l'abri en hôtel ou en centres d'hébergement : les personnes peuvent être informées d'un changement d'hôtel (ou d'un abandon de prise en charge) du matin pour le soir, sans qu'elles sachent où elles vont être envoyées. Si elles ont le temps, elles informent L'AVIH, sinon elles viennent grossir les rangs des « perdus de vue » du réseau.

Or 88% de le file active de la PASS Ambulatoire provient de ces deux hébergements.

A ces difficultés, s'ajoutent :

- La difficulté ou le temps parfois très long pour réunir les documents nécessaires pour constituer un dossier de demande de couverture maladie, surtout pour les personnes sans hébergement stable
- La difficulté à obtenir les informations de la part de la CPAM sur l'état de l'ouverture des droits : le réseau n'ayant pas accès au logiciel de consultation CDR et les courriers d'information de la part de la CPAM nous parvenant aléatoirement
- Enfin, l'accès aux soins dentaires qui demeure difficile pour les personnes sans droits ou sans une complémentaire performante (voire pour les personnes relevant de la CMU-CMUC ou de l'AME). Les PASS dentaires existantes sont toutes hors département.

Partenariat

Comme les années précédentes, L'AVIH organise des réunions régulières avec les acteurs de la PASS Ambulatoire, soit pour valider le fonctionnement mis en place, soit pour l'aménager lorsque nécessaire. Ainsi en 2017, il y a eu :

- 1 réunion avec la MSPU de Torcy avec tous les professionnels médicaux et paramédicaux de la MSPU et qui a permis de présenter la nouvelle équipe du réseau ainsi que les temps forts à venir (formations, COPIIL...)
- 5 rencontres avec la pharmacie Descartes (Champs sur Marne) : modalité du partenariat, facturation, retour d'informations
- 7 rencontres avec la Pharmacie de La Gare (Noisiel) : modalité du partenariat, facturation, retour d'informations
- 6 rencontres avec la Pharmacie du Parc (Torcy) : modalité du partenariat, facturation, retour d'informations
- 1 rencontre avec le Laboratoire d'analyse BIO-VSM : modalité du partenariat, facturation, retour d'informations

A noter, la nouveauté de cette année, est l'organisation au mois de novembre 2017, d'un **Comité de Pilotage de la PASS Ambulatoire** avec les principaux acteurs concernés.

En fin d'année 2017, l'ARS-IDF a validé la pérennisation de la PASS Ambulatoire à compter de l'année 2018, à budget constant. Cette nouvelle perspective nous invite à réfléchir ensemble aux évolutions possibles, en termes de territoire d'action, de partenaires/partenariat et d'actes de soins.

Les échanges entre les différents professionnels présents lors du COPIIL ont permis de mettre en évidence certaines difficultés dans l'organisation du dispositif, ainsi que des pistes d'amélioration.

L'objectif initial était surtout de repreciser le parcours des patients au sein de la PASS et les modes d'information réciproques entre L'AVIH et la MSPU.

Il est tout d'abord ressorti la connaissance insuffisante entre eux des professionnels participants à la PASS Ambulatoire. Ceci peut constituer un frein pour l'orientation de l'utilisateur et l'accès complet à l'offre de soins disponible au sein de la PASS Ambulatoire.

L'équipe du réseau propose de rediffuser régulièrement la liste des professionnels participant à la PASS Ambulatoire.

Les échanges ont ensuite porté sur le circuit de l'utilisateur dans la PASS Ambulatoire. Ce temps a permis de rappeler l'importance de l'orientation systématique des nouveaux usagers vers le réseau. L'équipe a rappelé que le dispositif de la PASS Ambulatoire comporte un accompagnement médical ET social. L'orientation vers le réseau est importante pour permettre la réalisation du second point. Cela permet aussi de proposer à l'utilisateur un accompagnement psychologique, via le coordinateur psychologue du réseau.

D'autre part, il est souligné l'importance du suivi et de la coordination de ces parcours de soins, notamment concernant le rappel des rendez-vous (en effet, une proportion importante de personnes ne vient pas au rendez-vous qui ont été planifiés). Il est proposé un moyen de communication plus souple que la feuille d'orientation existant actuellement (et peu utilisée), type mail et/ou sms.

En ce sens, l'équipe propose également d'avoir un « référent » PASS Ambulatoire pour les partenaires.

Par ailleurs, au sujet de l'extension à de nouveaux partenaires, il est envisagé d'inclure :

- Un cabinet de radiologie ;
- Des kinésithérapeutes et des sages-femmes (en cours), notamment ceux travaillant à la MSPU.

Concernant l'extension des actes de soins, il est proposé de travailler autour :

- Du suivi des bébés/enfants
- Du suivi de grossesse/planification familiale.

En somme, les principaux axes de travail identifiés lors de ce COPIL sont :

- 1- L'amélioration de la connaissance du réseau de partenaires,
- 2- L'orientation systématique des nouveaux usagers vers le réseau,
- 3- L'amélioration de la communication et la formalisation d'un retour d'information entre les partenaires,
- 4- L'extension du réseau de partenaires,
- 5- L'extension des actes de soins.

Perspectives

Jusqu'à présent, la PASS Ambulatoire était financée comme un dispositif expérimental par L'ARS IDF, expérimentation prévue pour 4 ans qui s'est donc achevée en décembre 2017. Pour le site de L'AViH, ce financement est complété par un financement « Politique de la Ville » (Cget).

La confirmation par L'ARS IDF de la pérennité du dispositif PASS Ambulatoire à compter de 2018 confirme donc que l'expérimentation est probante aux yeux de nos financeurs. Dans une perspective de consolidation et de développement de ce dispositif, il est légitime de poser la question du futur financement ?

A l'heure actuelle, le territoire d'action demeure le secteur « Val Maubuée-Thorigny sur Marne », soit une partie du territoire d'action du réseau L'AViH. Pour l'étendre, il faudrait de fait envisager un financement plus important.

Nous devrions avoir des réponses courant 2018.

2. Permanence sociale à la MSPU de Torcy

Origine du projet

En 2014, sous l'impulsion d'un groupe de médecins libéraux et de la Mairie de Torcy est né le projet d'implanter une maison de santé pluri professionnelle universitaire (MSPU) à Torcy.

Un des axes prioritaires de ce projet étant l'accès aux soins, le réseau L'AVIH a été contacté pour travailler sur un projet de partenariat. Les différentes discussions ont amené à une collaboration sur deux axes :

- Une permanence sociale de la coordinatrice sociale de l'AVIH à la MSPU avec pour objectifs :
 - o Le repérage des patients de la MSPU présentant des problématiques sociales, notamment en matière d'accès aux soins,
 - o L'accueil, l'information et l'orientation de ces patients vers les dispositifs adaptés,
 - o Le développement de pratiques de coopération entre professionnels de santé et professionnels sociaux.
- La participation de professionnels de la MSPU à la PASS Ambulatoire

La MSPU a ouvert en novembre 2015.

Déroulement en 2017

La permanence sociale du réseau l'AVIH à la MSPU de Torcy est effective par la présence de la Coordinatrice Sociale chaque jeudi après-midi de 14 h à 18 h. Elle reçoit essentiellement sans RV les patients qui consultent à la MSPU.

Cette présence du réseau s'inscrit :

- dans la continuité du partenariat antérieurement installé avec certains médecins généralistes du Cabinet Belvédère à Torcy,
- dans un des objectifs que se sont fixés les professionnels de la MSPU, à savoir l'accès aux soins du public précaire.

Bilan chiffré

- 40 permanences tenues
- 140 personnes reçues (dont 69 sont des situations nouvelles et 71 des situations déjà connues du réseau).
- 256 entretiens (dont 14 vues en RV et 3 consultations communes avec le médecin).

Pour les 69 nouvelles situations (115 entretiens)

48 personnes ont bénéficié de 1 entretien. Il s'agit de faire une évaluation globale de la situation, de donner une information et une orientation.

La plupart de ces situations font l'objet d'un suivi de très courte durée qui s'effectue par des démarches téléphoniques ou d'un mot de liaison aux partenaires.

Exemple : mise en place d'un suivi de grossesse - mot de liaison et d'orientation vers la sage-femme de la MDS de Noisiel

15 personnes ont bénéficié de 2 à 3 entretiens. Cela signifie qu'il y a eu des démarches à effectuer, souvent avec la constitution d'un dossier ou le remplissage d'un document administratif. Selon la situation, cela peut être complété par des démarches téléphoniques.

Exemple : demande d'une AME (Aide Médicale Etat) ou dossier MDPH ou aide à la compréhension de courriers administratifs (Prestation du Conseil Général pour financer aide à domicile et matériel)

6 personnes ont bénéficié de 4 à 6 entretiens. Outre aider à faire un dossier administratif, il y a eu pour ces personnes davantage de suivi des démarches lié au délai d'instruction des dossiers et aux problématiques plus

nombreuses. Généralement, la personne cumule plusieurs problématiques, voire manifeste un mal-être qui nécessite une écoute, un besoin de rompre un certain isolement. Cela rend les situations plus complexes.

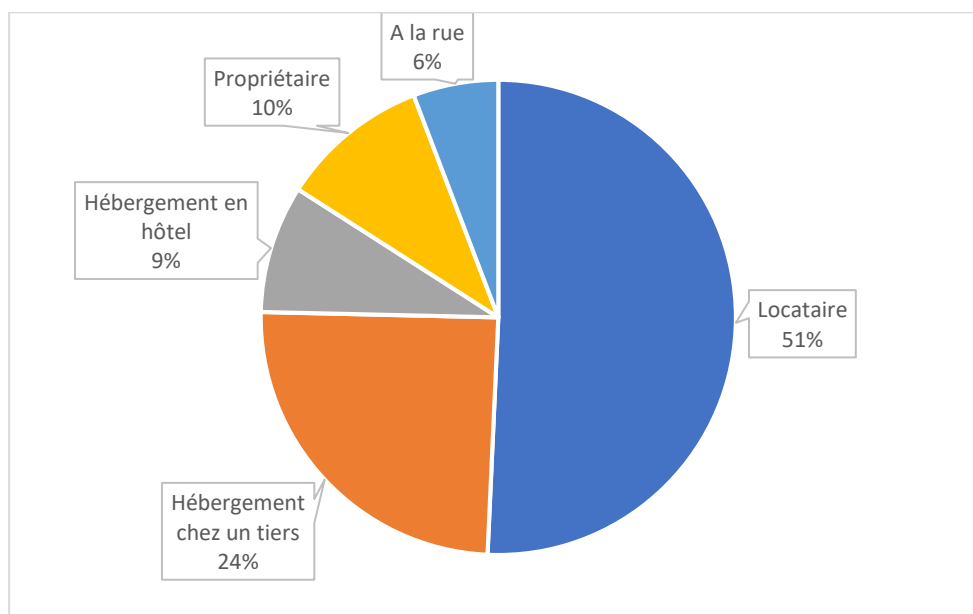
Exemple : pour la même personne, renouvellement d'une CMU Complémentaire à anticiper + recherche d'un hébergement (115) + aide administrative pour la mise à jour auprès de la CAF, de la CPAM suite au changement de département + santé très fragile avec addiction

Pour les 71 situations connues du réseau : 141 entretiens

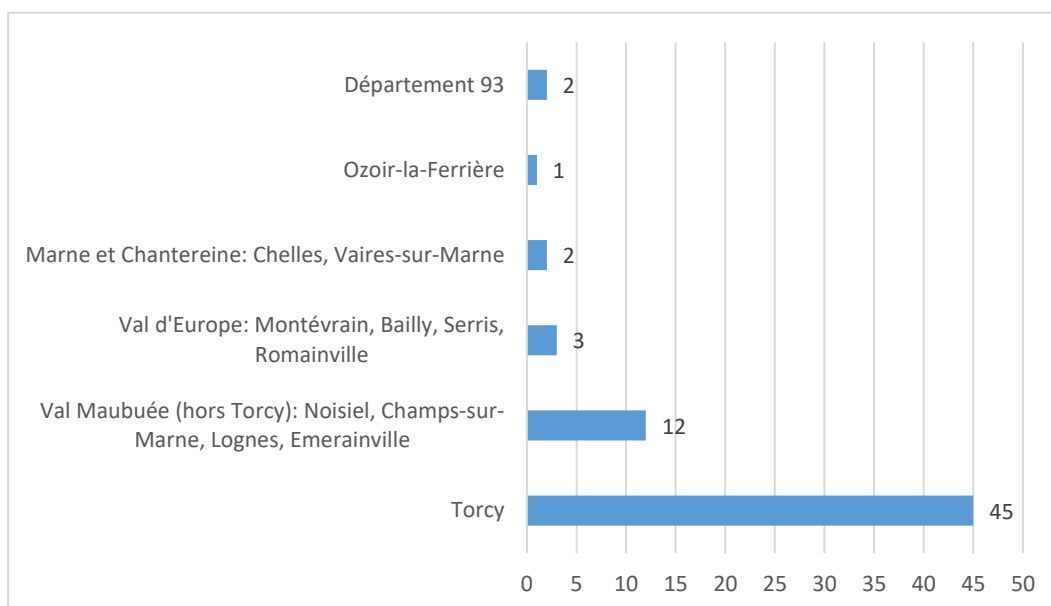
Orientations des situations vers la permanence

- **53** orientations ont été faites par **les médecins de la MSPU**. Le motif de l'orientation est principalement pour une évaluation des droits (Invalidité, MDPH, retraite) mais aussi parce que les personnes rencontrent des problèmes d'hébergement,
- **5** orientations ont été faites par les professionnels para-médicaux de la MSPU (4 par les sages-femmes et 1 par le kiné),
- **71** personnes sont venues parce qu'elles étaient **déjà suivies et/ou connaissaient déjà l'Assistante Sociale** du Réseau l'AVIH,
- **6** sont arrivées par **le bouche à oreille / l'entourage**,
- **5** se sont présentées après avoir vu **l'affiche**.

Condition d'habitation (nouvelles situations)

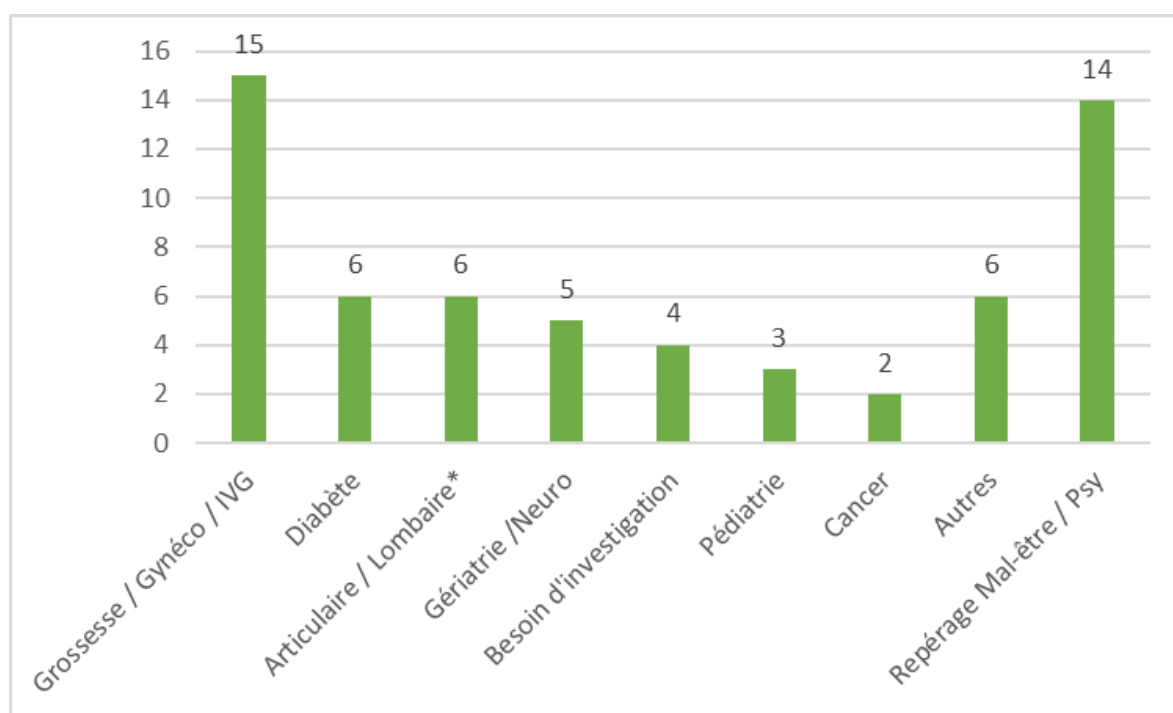


Secteur géographique (nouvelles situations)



Les problèmes de santé repérés et évoqués par les nouveaux patients :

A noter que sur ces nouvelles personnes, 11 ont bénéficié du dispositif de la **PASS Ambulatoire**.



* Les douleurs lombaires, articulaires, concernent des personnes âgées entre 50 et 60 ans, en activité professionnelle et exerçant principalement des métiers dits « physiques » (ménage, restauration). Ces personnes vont se mettre en arrêt maladie pour de petites périodes mais de manière plus récurrente.

Ce qui a des incidences :

- sur les revenus et les moyens de faire face aux charges courantes.
- sur le maintien dans le logement : comment rester, est-il encore adapté ?
- sur le bien-être et peut amener à un certain isolement.

Ainsi, pour les médecins se pose souvent la question des droits : arrêt longue maladie, accident du travail, invalidité, retraite pour inaptitude, MDPH ?

Les problématiques repérées chez les nouvelles personnes reçues :

Pour l'ensemble des personnes reçues la problématique première est celle du **suivi social** c'est-à-dire une absence de référent social ou bien un suivi peu régulier. Ensuite, ce sont pour la plupart des problématiques liées au :

- **Logement / hébergement** : 27
(Absence d'hébergement ou de logement ou risque imminent de rupture d'hébergement ou hébergement très instable ou logement plus adapté)
- **Couverture maladie** : 23
(Aucune couverture maladie, incomplète ou demande de renouvellement)
- **Absence de ressources / Problèmes financiers** : 22
(Aucune ressource ou minimas sociaux ou revenus en baisse)
- **Droits sociaux** : 23
 - o « Sécurité sociale » comme l'invalidité, les IJ Maladies ou AT, la retraite : 17
 - o Droits sociaux CAF : 6
- **Titre de Séjour** : 18
- **MDPH** : 13
- **Problématiques familiales et/ou conjugales** : 12
- **Emploi** : 6
- **Dépendance avec besoin d'aide à domicile** : 4
- **Mesure de protection** (tutelle, curatelle) : 3

L'articulation médico-sociale au sein de la MSPU :

Les écrits :

Au sein de la MSPU, chaque professionnel de santé à une « bannette courrier » au secrétariat, y compris les partenaires extérieurs, dont L'AVIH. Avec le réseau, celle-ci est aussi utilisée comme un outil de communication. Elle permet une articulation médico-sociale sur les situations.

Certains médecins font des courriers d'orientation qu'ils remettent au patient ou qu'ils déposent dans la bannette AVIH. Ces courriers mentionnent le motif de l'orientation.

En retour, pour chaque nouvelle personne reçue, la coordinatrice sociale laisse un mot dans la bannette du professionnel qui a orienté la personne afin de l'informer que le patient s'est bien présenté.

Tout au long du suivi et seulement si c'est pertinent quant aux informations à partager, d'autres mots de liaison peuvent être transmis par cet intermédiaire.

Les réunions pluri-professionnelles :

Ces réunions sont mensuelles. Elles ont été définies comme un moyen de « travailler ensemble de manière plus harmonieuse ».

Ces réunions permettent de présenter des situations de patients qui posent problème ou qui interrogent sur la prise en charge. C'est une instance où chaque professionnel, de champ différent, amène sa réflexion.

Au cours de l'année écoulée, l'Assistante sociale de l'AVIH a été présente 5 fois (et parfois avec d'autres membres de l'équipe).

Les échanges informels :

Tout aussi importants et essentiellement oraux, ce sont des « débriefs » de la situation avant de commencer la permanence ou au cours de la permanence lorsque l'assistante sociale « croise » le médecin.

Lorsque la situation nécessite un temps plus long d'échange, cela se programme en rendez-vous avant que ne commence la permanence sociale.

La consultation commune : au cours de l'année 2017, 3 consultations communes Patient/Médecin/AS ont eu lieu. Ce qui a pour effet de donner au patient une représentation d'un « travail ensemble » et une globalité de la prise en charge du patient. Il n'y a pas de notion de « saucissonnage » de la personne.

L'ensemble de ces modes de communication permet une sensibilisation quant à une approche plus globale du patient, intégrant le social et favorise le transfert de compétences.

Exemple : information sur l'existence d'un service social à la CRAMIF (« sécurité sociale ») ; information qui est relayée peu à peu du médecin à son patient.

Etre sur place en lien direct avec les professionnels de santé favorise le relai social. Il donne une visibilité d'un travail ensemble.

En effet, sans cette proximité, des patients ne viendraient pas jusqu'au réseau ou un autre professionnel du social, malgré les conseils des médecins.

Parallèlement, le professionnel de santé « se sent moins démuné » ; il sait qu'il peut solliciter rapidement l'assistante sociale.

3. Accompagnement psychologique dans l'accès aux soins

Origine du projet

Le territoire de L'AVIH accueille un nombre croissant de personnes primo arrivantes et/ou demandeurs d'Asile, en situation de grande précarité. Dans le meilleur des cas ces personnes sont hébergées en CADA, mais le plus grand nombre d'entre elles sont hébergées en hôtel, via la plate-forme parisienne du 115 – ou parfois à la rue.

Ces personnes ont, pour la plupart, un vécu particulièrement traumatique, qu'il soit à l'origine de la migration (violences, guerre torture) ou subi au cours du parcours migratoire.

Leur mal-être se traduit souvent par une impossibilité à se projeter dans l'avenir, elles sont comme figées psychologiquement et physiquement par le traumatisme vécu (symptôme type du syndrome post traumatique). Par conséquent, la moindre démarche, le moindre déplacement, ne se fait qu'au prix d'un effort important voire même reste inenvisageable pour certains : ce qui ralentit considérablement leur insertion dans leur pays d'accueil.

Leur intégrité physique et psychologique a été atteinte, mettant à mal l'estime de soi et – de fait – le désir de prendre soin de soi.

Cela a également des conséquences directes sur la fonction parentale : en effet, certains parents ne parviennent plus à investir la relation avec l'enfant – ou au contraire projettent leurs propres angoisses dans la relation – ce qui donne lieu à des souffrances familiales.

Une grande partie d'entre elles nécessiteraient des soins psychologiques, voire psychiatriques. Mais leurs urgences et leurs priorités sont ailleurs : sociales en premier lieu, puis médicale. La plupart d'entre elles ne sont pas prêtes à se rendre dans un lieu identifié « santé mentale » et ce sont les professionnels sociaux, associatifs ou de santé qui reçoivent l'expression de leur souffrance.

Les personnes ciblées par cette action présentent bien souvent plus des détresses psychologiques réactionnelles que des pathologies psychiatriques avérées.

L'identification du besoin de soin en santé mentale et la demande d'orientation vers le soin sont effectuées dans plus de 95% des cas par les professionnels entourant les personnes, et non par les personnes elle-même.

L'orientation vers les structures de soins se solde, dans une majorité des cas, par un échec que ce soit :

- Pour des raisons exogènes aux personnes :
 - o Impossibilité de communiquer (langue)
 - o Délais d'attente rétroactifs (de 6 mois à 1 an)
 - o Distance géographique des structures adaptées

- Pour des raisons endogènes aux personnes :
 - o Difficulté à s'inscrire dans le soin, à « prendre soin de soi » au regard de leurs autres priorités
 - o Difficultés à respecter les rendez-vous, lorsque d'autres urgences surgissent
 - o Précarité de l'hébergement, instabilité sur le territoire

Pourtant, cette souffrance est bien réelle et vient souvent interférer avec la capacité des personnes à se projeter dans le futur, à mener les démarches de soins et d'insertion, à conserver un rôle parental.

Il y a donc nécessité de penser un mode d'action souple, adapté aux conditions d'existence de ces personnes et à leurs contraintes, qui leur propose un étayage ponctuel afin qu'ils puissent remobiliser leurs ressources internes et se projeter à nouveau dans un rôle social, parental, affectif.

Cet étayage se fait nécessairement en lien avec les professionnels intervenant auprès de la personne (médecins, travailleurs sociaux...). Lorsque qu'une pathologie psychiatrique importante est repérée, la personne est orientée vers un service de psychiatrie.

Mise en œuvre

Dans la plupart des cas ce n'est pas la personne qui formule une demande, mais un professionnel qui l'accompagne.

Une orientation est réalisée vers le psychologue coordinateur. Pour faciliter cette première rencontre, le psychologue peut se déplacer sur le lieu de vie de la personne et/ou proposer un entretien conjoint avec le professionnel orienteur.

La première rencontre est un temps d'évaluation des difficultés psychologiques de la personne. Au besoin, d'autres professionnels sont contactés (médecin traitant, assistante sociale, psychiatre...)

A l'issue de la première rencontre et selon son évaluation, le psychologue coordinateur propose un accompagnement de soutien. Etant donné les conditions d'existence des personnes, ces accompagnements sont en général limités dans le temps (en moyenne 4 à 5 séances / patient)

Le travail se prolonge avec les professionnels accompagnant la personne : contacts réguliers, alerte réciproque... Le psychologue coordinateur mène également un travail de médiation avec les professionnels en santé susceptibles de prendre en charge ces patients.

Lorsque la situation le demande, le psychologue oriente la personne vers un autre professionnel, notamment :

- Vers un psychiatre ou service de psychiatrie en cas de trouble sévère de la personnalité
- Vers une psychothérapie lorsque la personne demande un accompagnement long

Bilan 2017

Cette année, le psychologue coordinateur a reçu **26 personnes** sur **117 entretiens** (soit une moyenne de 4 à 5 entretiens par personne).

92% des personnes font plus d'une séance, on peut donc supposer qu'elles « découvrent » un sens à cette orientation vers un psychologue, « prennent goût » à l'expérience du psychologue.

En effet, en raison de freins culturels, sociaux ou psychologiques (sur lesquels nous reviendront par la suite), la majeure partie des personnes ne font pas la demande d'un suivi de soutien psychologique par eux même. Dans 95% des cas, c'est un professionnel qui est à l'origine de la demande d'accompagnement.

Les principaux orienteurs sont les CADA, des travailleurs sociaux d'association ou de l'hôpital, et plus rarement un médecin. Si près d'un tiers des usagers acceptent volontiers cette orientation, la majorité fait cette démarche « pour essayer », « pour voir si ça peut aider ».

Ces chiffres nous montrent combien il n'est pas naturel et aisé pour ce public de rencontrer un psychologue et toute l'importance de faciliter cette première rencontre afin qu'ils puissent y trouver un sens. En effet, on ne peut se permettre de proposer le même protocole unique à chaque personne c'est pourquoi, il arrive fréquemment que le premier rendez-vous s'effectue sur le lieu de vie de la personne, que la démarche même de prendre rendez-vous se fasse à l'initiative du travailleur social ou de la psychologue elle-même (en accord avec l'utilisateur bien évidemment).

La première rencontre constitue un temps d'évaluation des souffrances psychiques qu'il s'agit de resituer dans un contexte social et administratif complexe. Comment la personne s'organise-t-elle dans ce contexte de vie difficile voire enfermant ? Là encore, il s'agit de se dégager de certains principes préétablis, de certaines « normes » puisque le contexte de vie de ces personnes peut être qualifié, d'une certaine manière, « d'anormal ». Vivre en hôtel, en attente de papiers, avec l'interdiction de travailler n'est pas « normal ». Vivre avec très souvent un passé traumatisant, des persécutions dans le pays d'origine, un parcours migratoire éprouvant reste pour tout être humain « insensé ».

Ainsi, à l'évaluation psychologique, on relève certains types de symptômes récurrents chez ce public, mais il faut bien se garder de trop « pathologiser » ces troubles. Autrement dit, il est bien « naturel » de se sentir en souffrance dans ces situations invivables. On remarque régulièrement des affects dépressifs (tristesse, apathie) conjugués avec des difficultés relationnelles (tendance à s'isoler ou incapacité d'être seul). A cela s'ajoute chez la totalité des personnes reçues un état d'angoisse massif qui se répercute bien évidemment sur les fonctions primaires (sommeil ou alimentation troublée), ou sur le corps avec des plaintes somatiques sans explications

médicales (maux de têtes et douleurs musculaires principalement). Ce mal être à inévitablement des répercussions dans la sphère familiale car près des trois-quarts disent souffrir dans leur relation de couple ou avec leurs enfants.

A l'évaluation, 25% nous ont semblé présenter des troubles dits de dissociation, 17% présentent un risque de passages à l'acte auto ou hétéro agressif et 20% ont recours à des produits comme l'alcool ou des drogues.

L'orientation vers les CMP de secteur pour une prise en charge psychiatrique reste extrêmement laborieux pour les personnes ne parlant pas français. Nous les orientons alors à Paris dans des structures spécialisées tout en sachant que plus la structure est éloignée géographiquement, moins nous aurons de chance pour que la personne adhère au suivi.

L'action proposée ne se place pas dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique traditionnelle et l'accompagnement proposé à l'AVIH tient compte, justement, des freins identifiés à une prise en charge par le système de santé traditionnels. Ces freins sont les suivant :

- Tout d'abord des freins psychologiques liés à un parcours de vie traumatisant. Certaines de ces personnes ont été niées dans leur humanité et ont à l'heure actuelle une grande difficulté à prendre soin d'elles et à demander de l'aide. La démarche d'aller vers une structure de soins, d'aller vers l'Autre avec une demande clairement formulée est de l'ordre de l'impensable.
- Il n'est pas rare que les personnes soient relativement irrégulières et oublient leur rendez-vous. Nous devons proposer un maximum de souplesse à ce public. Le cadre d'un CMP (pas de relance après un rendez-vous manqué, rendez-vous fixé longtemps à l'avance et difficilement modifiable) n'est absolument pas adapté à notre public.
- La majorité des personnes ne parle pas le français et nécessite l'interprétariat ce que refuse catégoriquement les structures médico psychologiques du secteur.
- Pour près de la moitié de la file active, nous avons identifié que la parole et l'introspection n'ont pas leur place dans la culture familiale de la personne. Là encore, la psychologue doit se dégager d'un cadre traditionnel de soin pour aller chercher la parole de l'utilisateur.
- Enfin, les personnes nous ont semblé avoir identifié l'association l'AVIH comme un lieu repère pour qui il est important que se passe sur un même lieu la prise en charge sociale et le temps de soutien psychologique. En effet, le public que nous recevons est amené à changer régulièrement d'hébergement, leur parcours de vie est jalonné par un certain nombre de ruptures et nous pensons qu'un lieu d'accueil stable où ils sont connus et suivis par plusieurs professionnels constitue en soi un dispositif contenant et réparateur.

Notre cadre d'accompagnement se doit d'être extrêmement souple et le délai entre une première demande et la rencontre extrêmement court. Les prises en charges proposées dans les structures de soins médico-psychologiques classiques ne correspondent absolument pas à la temporalité et à l'instabilité des personnes que nous recevons dans le cadre de cette action.

Nous accueillons les personnes et leur proposons un espace de parole non contraignant où elles peuvent s'autoriser à « prendre soin » d'elles et à évoquer leur vie intérieure alors que leur vie quotidienne est marquée par la gestion des urgences : trouver un hébergement, trouver de quoi manger, gérer les démarches administratives.

C'est d'ailleurs cela qui est visé en premier lieu dans cette action d'accompagnement psychologique : que la personne puisse retrouver sa capacité à agir et à vivre de la manière la plus autonome possible dans un contexte socio-administratif qui tend à l'enfermer et à la maintenir dans une position de non-décideur.

Dans l'ensemble, on remarque que les personnes disent ou montrent un mieux-être avec notamment une meilleure capacité à mener des démarches de manière autonome, à prendre soin d'eux ou prendre soin de leur relation familiale.

Bien évidemment, ces constats sur l'amélioration de l'état psychologique de la personne sont à corrélés avec l'évolution de la situation sociale de la personne ou l'évolution de la situation médicale.

IV. Actions collectives

A. Accès aux soins des résidents du CADA Nord 77

1. Origine du projet

Ce projet est issu d'une réflexion commune menée depuis 2008 par le CADA Nord 77 et le réseau L'AVIH, en partant du constat des difficultés d'accès aux soins spécifiques rencontrées par les demandeurs d'asile, que ce soit :

- Pour des motifs administratifs (délais de traitement des dossiers d'ouverture de droits)
- Par méconnaissances des maladies, méthodes de prévention et de l'organisation du système de Santé en France
- A cause de la difficulté des demandeurs d'asile à s'inscrire durablement dans le soin, que ce soit à cause de facteurs endogènes (parcours traumatique) ou exogènes (barrière de la langue, difficulté pour les professionnels de santé à prendre en charge ces publics)

En réponse à ces difficultés, le projet a développé des actions sur 3 axes :

- L'accès aux soins des personnes sans droits ouverts à la protection sociale
- La formation des professionnels de santé aux spécificités de la prise en charge des publics demandeurs d'asile
- L'information auprès des résidents sur la santé : alimentation, maladies, conduites préventives, organisation du système de santé...

Ce projet a démarré en juin 2009, grâce à un financement du GRSP, qui s'est poursuivi avec l'ARS sur les fonds PPS (Prévention et promotion de la santé).

Depuis 2013, le fonds PPS ne prend plus en charge la formation des acteurs.

Un financement du FAMI, obtenu par PSTI en partenariat avec L'AVIH, a permis de relancer le programme de formation, sensibilisation des partenaires, en 2016-2017.

Le détail de ces formations est présenté dans le chapitre Formations

Une convention de partenariat a été signée entre l'Association PSTI (gérante du CADA) et L'AVIH. Des réunions régulières entre les deux partenaires permettent d'évaluer et réajuster l'action et de programmer les actions à mener.

2. Déroulement en 2017

L'accès aux soins des primo-arrivants

Chaque année le CADA Nord 77 accueille des primo-arrivants, sans droits ouverts à la protection sociale. Or les personnes arrivent après un parcours d'exil très éprouvant – y compris pour la santé et auraient besoin d'une prise en charge médicale immédiate.

Le premier objectif de cette action est de permettre aux adultes et aux enfants d'accéder aux soins dans les meilleures conditions, pendant cette période de carence.

Durant cette période, les résidents pourront accéder à une évaluation médico-sociale qui permettra d'évaluer la nécessité des soins à mettre en place. Les frais médicaux nécessaires à la bonne prise en charge des patients seront également pris en charge. Dans le même temps l'équipe du CADA se chargera des demandes d'ouverture de droits.

Le CADA a mis en place un protocole d'accueil spécifique pour les projets de soins : à son arrivée, chaque famille est reçue en entretien avec un interprète, afin de lui présenter l'offre de soins existant sur le territoire et les partenariats établis. C'est dans ce cadre que ce premier bilan médical, effectué par L'AVIH, est proposé.

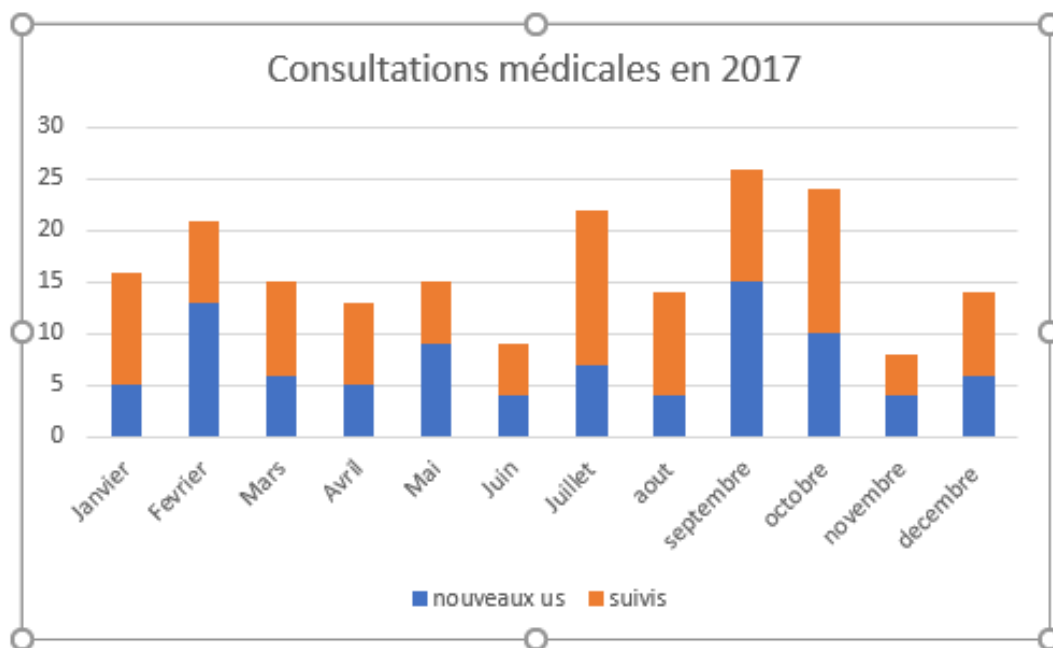
Il ne s'agit pas ici de remplacer le médecin traitant mais d'offrir un espace aux personnes où elles pourront rencontrer un médecin, parler de leurs pathologies, dans un temps d'accueil plus long que ne peuvent se permettre les médecins dans leurs exercices classiques. Le médecin coordinateur de L'AVIH fait également le lien entre les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant autour des patients et peut ainsi faciliter la circulation de l'information et améliorer la prise en charge. Cet entretien précoce permet de repérer dès le départ les problèmes de santé éventuels et d'organiser la prise en charge adaptée sans retard, quel que soit l'état de la couverture maladie.

Pour les personnes non francophones, l'on travaille avec un interprète.
(93% des personnes reçues en 2017 n'étaient pas francophones).

En fonction des problématiques repérées à l'issue de l'entretien, le médecin du réseau va organiser les soins à mettre en place pour la personne, en fonction de sa situation : avec ou sans couverture maladie, avec ou sans médecin traitant... Il sera proposé aux personnes de les soutenir tant pour leurs soins (prise de rendez-vous, explication de la prise en charge...) que pour des démarches préventives (dépistages, vaccinations...). Lorsqu'ils existent, le médecin du réseau se mettra en lien avec les professionnels de santé intervenant auprès de la personne. Le médecin va également évaluer si des soins sont nécessaires avant que les personnes aient des droits à une couverture maladie. Dans ce cas de figure ; une prise en charge financière est octroyée à la personne pour payer les soins avant ouverture de droit.

Bilan chiffré :

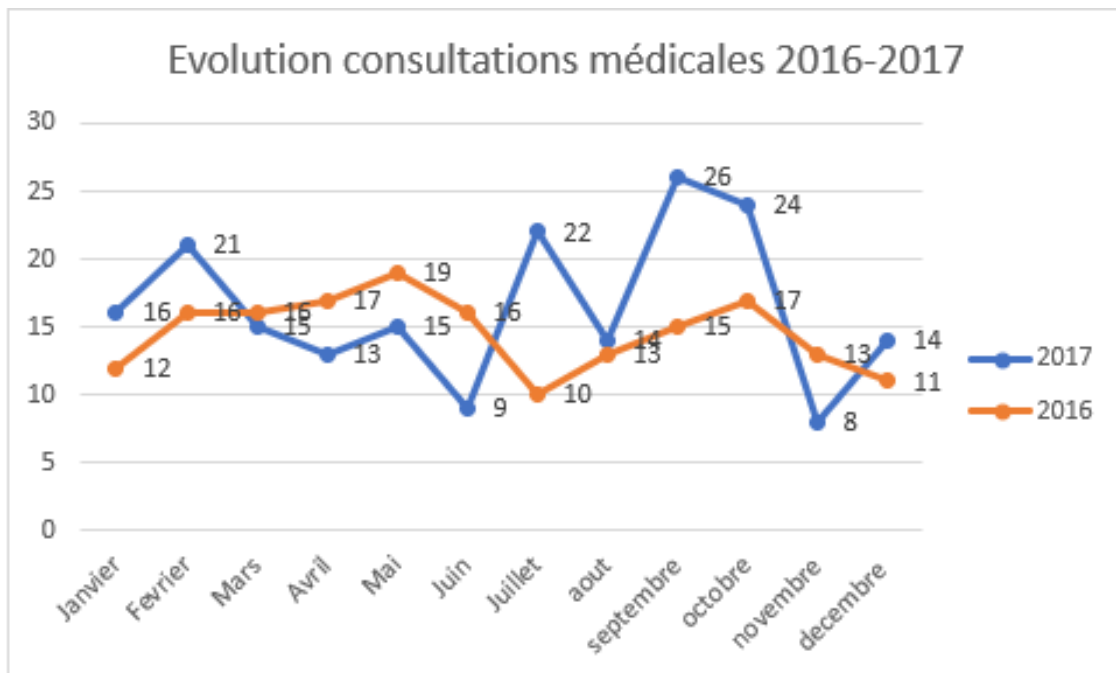
- 29 personnes ont bénéficié de ce dispositif.
- 27 personnes étaient non francophones à leur arrivée au CADA.
- Le médecin coordinateur a réalisé 41 entretiens médicaux longs (elle reçoit parfois plusieurs membres de la même famille en entretien, en fonction des situations).
 - 12 nouveaux rdvs ont concerné 22 personnes (soit 4 familles de 16 personnes au total)
 - 29 rdv de suivi ont concerné 7 personnes (dont 5 personnes suivies depuis 2015 et 2 entrées en 2017 et revues 2 fois).



- 42 orientations ont été réalisées à l'issue de ces entretiens :
3 CHLMV, 1 CH Ste Camille, 6 Bilan de santé ANPS Meaux, 3 centres imagerie, 1 Hopital Américain 92, 1 orthophoniste libéral, 3 médecin lib de Chelles, 1 PASS Hospitalière, 1 ophtalmo libéral, 1 CHU Avicennes, 1 CLAT.

De manière générale, une même personne a pu être orientée à plusieurs endroits.

L'action a concerné davantage de personnes que l'année 2016 ; en effet, il y a eu un certain nombre de sorties en 2017 et donc plus de primo –arrivants sur le CADA Nord 77 au cours de l'année.



L'évaluation médicale a permis aux familles de pouvoir parler de leur santé, en prenant le temps nécessaire et avec un interprète lorsque cela était nécessaire. Cela a également permis à l'équipe du CADA – qui est le premier interlocuteur des familles – d'avoir la possibilité d'adresser ces familles à l'extérieur pour ce qui concernait la santé et d'avoir une évaluation de l'urgence – ou de la non urgence – des soins à mettre en place. En effet, l'équipe du CADA, constituée de travailleurs sociaux, peut se retrouver démunie face à des demandes de soin « urgentes » de la part des familles. L'entretien avec le médecin coordinateur, outre qu'il permet de rassurer les familles et de leur expliquer si une prise en charge est nécessaire et comment elle va se dérouler, permet aussi au CADA de se recentrer sur l'accompagnement social des familles, sachant qu'ils peuvent proposer une réponse adaptée aux problèmes de santé rencontrés par les familles.

Le lien est fait avec les professionnels de soins : courriers d'orientation, explications détaillées du parcours de la famille...

Pour ces familles ayant vécu un parcours traumatique, cet entretien permet aussi de susciter la demande de soins et d'accompagner les personnes dans la démarche de soins. La possibilité d'avoir un traducteur permet une réelle écoute et la possibilité d'expliquer les pathologies et les prises en charges.

Actions collectives auprès des résidents

Les demandeurs d'asile sont particulièrement exposés aux risques en matière de santé et arrivent de pays où les politiques de santé publique sont parfois défailtantes ou inopérantes. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, des séances d'information collectives sont mises en place au CADA. Elles permettent de donner des informations sur le système de santé en France et sur les conduites préventives. Le choix des thèmes est défini en fonction des demandes des résidents et lors de réunions entre l'équipe du CADA et de L'AVIH. Les interventions sont préparées en amont entre L'AVIH et l'intervenant de la séance. Des outils pédagogiques spécifiques sont créés pour l'intervention (Power Point), des plaquettes d'information, au besoin en langue d'origine sont remises à l'issue de chaque séance. Un interprète en langue russe ou arabe a été présent à chaque séance. L'orientation et éventuellement l'accompagnement vers un lieu de soin ou de dépistage sont prévus.

En 2017, il y a eu 6 réunions de préparations/bilan :

- 3 réunions avec le CADA (réunions de programmation, dont la réunion bilan/évaluation)
- 4 réunions de préparation avec les intervenants (une pour chaque thématique)

5 actions collectives ont été proposées en 2017 (3 thèmes abordés) :

- **Prévention santé des moins de 6 ans** (2 séances)
 - « Les bobos des bébés » : quels soins apporter aux nourrissons, quand est-il nécessaire d'appeler un médecin, quels sont les soins adaptés, constitution d'une trousse de premiers soins pour les bébés. (Séance animée par Ariane Bottazzi, puéricultrice PMI de Chelles).
 - Prévention des accidents domestiques (Séance animée par Ariane Bottazzi, puéricultrice PMI de Chelles).
- **Organisation du système de santé en France** (2 séances)
 - Présentation de l'organisation du système de Santé
 - Place du médecin traitant, carte vitale, vignettes...
 - Réponses aux questions soulevées lors de la première séance(Séances animées par Sylvie Jacot, coordination sociale de L'AVIH).
- **Planification familiale/contraception** (1 séance)
 - Rappels anatomiques et physiologiques, présentation de la consultation gynécologique
 - Présentation des moyens de contraception disponibles en France et lors utilisation
 - Communication sur les lieux d'information et les modalités
 - Mise à disposition de matériel gratuit de prévention (préservatifs masculins et féminins)(Séance animée par Céline Llucia, sage-femme PMI de Chelles)

Les séances collectives ont rassemblé entre 6 et 15 personnes, selon les thèmes. Un à deux interprètes étaient présent selon la-les langues majoritaires identifiées lors des réunions de préparation des actions collectives (en 2017, sollicitation d'interprète arabophone et Dioula).

Analyse qualitative :

L'adaptation des discours, les outils pédagogiques spécifiquement créés (trousse premier secours du petit enfant, plaquette sur le système de santé traduite par le CADA) pour les interventions et la présence d'un interprète ont permis aux familles de comprendre le contenu de l'intervention et de poser leurs questions. Compte-tenu de la variété des origines des familles, nous avons complété la prestation de l'interprète d'ISM avec de l'interprétariat bénévole, nous appuyant sur des résidents en langue russe et anglaise maîtrisant suffisamment la langue française.

Le choix des thématiques repose sur un diagnostic à partir des observations établies par les professionnels du CADA. Cette année a été marquée par plusieurs naissances, donnant lieu à des interrogations des familles tant sur la santé de l'enfant que sur l'accès à la contraception. C'est pourquoi il a été décidé de mettre en place des

actions autour de ces deux thématiques en 2017. Au regard de ce constat, nous avons souhaité maintenir les actions collectives sur ces deux thématiques.

Pour 2018, il est prévu d'aborder 3 thèmes, en 6 séances :

- 1- Accès aux droits de soins (réédition)
- 2- Prévention santé enfant : aborder la vaccination et la prévention du petit enfant).
- 3- Santé de la femme

Un ou plusieurs interprètes seront présents à chaque séance, ce qui permet de s'assurer de la bonne transmission du message et permet aux résidents non francophones de poser les questions qu'ils souhaitent.

B. Actions en direction des populations hébergées en hôtel

1. Origine du projet

Des hôtels de Seine et Marne hébergent depuis 2009 des familles orientées, soit par le SAMU social de Paris avec lequel traite la CAFDA (Coordination Accueil des Familles Demandeurs d'Asile), soit par le 115 de Paris ou par le 115 de Seine et Marne. Les situations administratives au séjour sont donc variées, à l'image de la couverture sociale (AME, PUMA CMU de base, CMUC, assuré social...).

Une coordination réunissant les structures médicales, sociales, caritatives, administratives, s'est mise en place dès 2010 afin de répondre aux situations complexes des familles dont nombreuses dépendaient administrativement de Paris. Le réseau l'AVIH coordonne et anime cette articulation, assure la programmation ainsi que l'organisation logistique des actions prévues sur l'année.

Un comité de pilotage réunissant les deux commissions se retrouvent une fois par an pour un bilan et une programmation.

Les personnes hébergées en hôtel sur le secteur d'intervention de L'AVIH proviennent de différents horizons (demandeurs d'Asile, familles hébergées suite à l'expulsion d'un bidonville, familles en rupture d'hébergement...). Leur mise à l'abri est potentiellement gérée par 3 dispositifs (Le Samu social de Paris, le 115 de Seine et Marne et le 115 de Seine Saint Denis) via le PHRH du Samu Social de Paris.

Selon leur situation, elles peuvent bénéficier d'un accompagnement par des structures dont les missions sont disparates : accompagnement de la demande d'Asile, des réfugiés et déboutés (CAFDA, CASP, Ordre de Malte...), accompagnement social (Mission Croix-Rouge de Limeil Brévannes), accompagnement à l'insertion et au logement (EMASM et SAMIB de la Rose des vents) ...

Ces structures, qui ne sont pas des structures de proximité, renvoient vers le « droit commun » et les structures locales pour toutes les questions relatives aux démarches d'accès aux soins, de vaccination, d'inscription des enfants à l'école, d'aide sociales, d'aides alimentaires et vestimentaires...

Or selon le territoire et les situations administratives des personnes (en situation régulière ou non, domiciliées sur le département ou non ...) l'accès à ces structures de proximité n'est pas toujours possible.

L'accueil de ces familles est rendu d'autant plus compliqué qu'une grande partie d'entre elles ne maîtrise pas le français et que leur durée d'hébergement est très variable (d'une semaine à plusieurs années, selon les dispositifs dont elles proviennent).

Ces dernières années, une part croissante de familles est hébergée à l'hôtel via le 115 de Seine et Marne, parfois dans le cadre de la circulaire du 26 août 2012, concernant les évacuations des campements illicites (familles roms). Pour ces familles, la question de la domiciliation demeure, les associations habilitées ne pouvant répondre à toutes les demandes.

En 2017, sont venus se rajouter à nouveau les migrants expulsés des campements parisiens, mis à l'abri soit dans des gymnases, soit dans des centres d'hébergement, soit dans des hôtels. Les problématiques rencontrées par ces nouvelles populations ont des points communs avec les précédentes (orientation par des structures parisiennes, demande d'Asile majoritairement auprès d'une Préfecture d'un autre département, besoins primaires à couvrir, absence de couverture maladie...) mais les délais de leur condition d'arrivée et la brièveté des hébergements successifs complexifient encore la prise en charge.

Une minorité a des ressources (ADA), la majorité vit exclusivement grâce aux associations caritatives. Les besoins et les demandes identifiées sont vastes :

- Un état de santé précarisé par les conditions de vie : absence de dépistage/prévention, suivi chaotique des soins, abandon des soins....
- Alimentaires : la plupart étant sans ressources, ou avec de faibles ressources, ces familles vivent principalement de l'aide alimentaire. Selon les lieux d'hébergement, elles ont ou non la possibilité de faire la cuisine dans l'hôtel.
- Vestimentaires : pour les adultes, les enfants et les nourrissons
- Un accès aux soins : certaines familles n'ont jamais vu un travailleur social et n'ont pas entamé de démarches. Or leur état de santé est souvent très dégradé : pathologies diverses, carences alimentaires, stress, dépression. Des cas de tuberculoses ont été détectés.
- Scolarisation des enfants : les enfants représentent 2/3 des personnes hébergées. Les communes d'accueil ont dû s'adapter pour créer des classes, y compris pour des enfants non francophones, des enfants arrivant en cours d'année scolaire...
- Aide à l'apprentissage du français pour les adultes, afin de pouvoir mener les démarches. Dans l'état actuel des choses, la traduction repose souvent sur les enfants, parfois très jeunes.
- Accès aux loisirs et aux activités extrascolaires, principalement pour les enfants qui passent le principal de leur temps libre enfermés dans leurs chambres avec leurs parents.

Le turn-over de l'attribution d'un hébergement en hôtel via le 115 et les préfectures complexifie le suivi et rend les familles plus vulnérables :

- Sanitaire : interruption des suivis et perdus de vue, entraînant parfois des doublons d'examens médicaux.
- Social : les suivis des démarches sociales peuvent être interrompus du jour au lendemain sans qu'une coordination puisse toujours s'établir avec une structure sociale du nouveau lieu d'hébergement.
- Scolarité : interruption de la scolarité des enfants déjà fragilisés par la non maîtrise du français. Toutes les communes ne scolarisent pas ses enfants dès la maternelle, ni n'appliquent le quotient familial pour les frais de restauration scolaire. Les classes allophones n'existent pas dans toutes les communes.
- Et pour les familles : leurs points de repère sur le territoire sont à reconstruire ainsi que les liens de confiance avec les nouveaux acteurs locaux sanitaires, sociaux, caritatifs.

Un suivi social parfois « éclaté » est perturbant tant pour les partenaires que pour les populations :

Les familles peuvent être suivies administrativement et socialement par la CAFDA, la coordination des demandeurs d'asile de COALLIA, la Croix Rouge régionale, par le CASP, l'Ordre de Malte, une MDS, La Ville de Paris...

Pour les partenaires, ce suivi éclaté, sans concertation et coordination, amène des doublons dans les démarches et parfois des incohérences, pénalisantes pour les familles ; ces dernières ne savent plus très bien qui fait quoi et de ce fait sollicitent différents intervenants pour une même démarche. Ce sont surtout les partenaires de proximité qui sont sollicités.

Depuis la mise en place d'actions spécifiques sur le territoire, en direction de ces familles vivant en hôtel, nous remarquons :

- Une satisfaction des familles, mieux informées, moins perdues dans les démarches sur un nouveau territoire : démarches sociales, sanitaires, vers les associations caritatives.

- Des familles plus impliquées, plus rassurées, plus confiantes
- Des gérants plus impliqués dans les actions mises en place
- Une amélioration de la prise en charge par les partenaires, grâce à une coordination des interventions, qui permet à chacun d'effectuer ses missions, de partager des informations, de construire des modes d'interventions innovantes, en s'épuisant moins dans les démarches.

Le nombre de personnes hébergées dans les hôtels, via le SAMU Social 75, le 115 Paris et le 115 Seine et Marne est évalué à 1000 personnes sur le territoire de Marne la Vallée, réparti dans une quinzaine d'hôtels.

Sur le territoire de la MDS de Noisiel, les partenaires se sont organisés pour répondre de manière coordonnée à ces nouvelles prises en charges. Depuis 2010, une coordination sociale et médicale animées par L'AVIH réunit un large partenariat (MDS, hôpital, CCAS, associations...) qui travaille sur la prise en charge de ces populations, la programmation d'actions collectives, la création d'outils (« Guide d'adresses utiles ») pour aider les personnes à se repérer dans le tissu socio-sanitaire et associatif local. Les actions se déroulent principalement sur l'hôtel Mister Bed de Torcy, hébergeant 400 personnes.

Des « guide ressources » ont été réalisées avec les MDS de Noisiel (2012), Chelles (2014) et réactualisés régulièrement depuis par le réseau L'AVIH.

La poursuite de la mise à l'abri de migrants a de grandes chances de se poursuivre en 2018.

Le Samu Social de Paris a mis en place en 2016 un programme « mieux vivre à l'hôtel » destiné à améliorer les conditions de vie des personnes hébergées. Une partie des actions de ce programme s'est déroulée en Seine et Marne courant 2017 (Cloud Solidaire, activités auprès des enfants...).

Rappel des Objectifs

Les actions décidées lors des réunions de coordination répondent à plusieurs objectifs :

- Identifier les problèmes rencontrés par les populations et voir les réponses que l'on peut leur apporter.
- Trouver une réponse partenariale coordonnée, pour éviter que chaque structure soit noyée sous les nombreuses demandes des résidents des hôtels.
- Proposer des actions adaptées aux spécificités et aux difficultés de ce public : turn-over, non maîtrise de la langue et des circuits de prise en charge.
- Continuer les rencontres avec les structures de prise en charge Parisiennes ou régionales de ces familles, afin d'optimiser les prises en charge et d'éviter les actions en doublon.

2. Bilan des actions menées sur l'hôtel Mister Bed

Descriptif du lieu :

A la date du 1 septembre 2017, la résidence Mister Bed comptait 76 logements occupés par des familles, représentant 218 personnes (46 adultes et 172 enfants).

Les pays d'origine connus des familles au 1er septembre 2017, à l'hôtel sont :

Pays d'origine	Nombre de familles
Roumanie	11
Tchéchénie	8
Bulgarie	6
Arménie	6
Bulgarie	3
République démocratique du Congo	4
Côte d'ivoire	3
Albanie	2
Géorgie	2
Syrie	2

La majorité des familles est hébergée à Mister Bed depuis plus de 6 ans. Elles ne sont plus majoritairement dans des demandes de premiers recours, mais dans des demandes liées à leur stabilisation (soutien aux loisirs, scolarité, cours de français, accompagnement pour l'accès au droit commun). Les années précédentes, on notait une rotation des familles d'environ 30% sur la résidence. Ce turn-over persiste en 2017, bien que semblant moins important. Les familles récemment arrivées à l'hôtel, pour certaines suites à des mises à l'abri après les évacuations de campements, sont quant à elles plus isolées, ayant des demandes basiques d'accès à la santé, à la scolarité, aux accompagnements vers les structures (ce qui correspond plus aux problématiques de la population initiale de Mister Bed).

Ces familles sont orientées par le PHRH (Samu Social, 115 Paris et par le 115 de Seine et Marne). Les renouvellements des nuitées d'hôtel sont faits tous les 15 jours. Les suivis administratifs et parfois sociaux de ces familles peuvent être assurés par la Croix Rouge régionale, la CAFDA, l'Ordre de Malte, le CASP, la Rose des Vents... Les situations administratives au séjour sont donc variées, à l'image de la couverture médicale (AME, CMUC, régime général...).

Certaines familles sont sans aucune ressource, d'autres ont l'ADA ou le RSA ou un salaire. La majorité des familles bénéficient de l'aide alimentaire par les Restos du cœur de Torcy. Auxquelles peuvent s'ajouter l'aide du Secours Populaire de Torcy ou du Secours Catholique de Noisiel.

Les réunions de coordination : planification des actions

Lors du comité de pilotage du 15 décembre 2016, il avait été jugé prioritaire certaines actions collectives. Entre le 1er janvier et le 31 mars 2017, il a été programmé et organisé le partenariat de chaque action. Un planning a été

envoyé à chaque partenaire. Ainsi, il fut réalisé en 2017 14 actions collectives sur 20 journées de présence à l'hôtel, auxquelles se rajoute les réunions de préparation, les suivis et accompagnements.

30 partenaires présents : 18 structures ont participé directement aux actions :

- Hôpital de Jossigny : CeGIDD et vaccinations
- Aides
- Emergences (CAARUD)
- BIJ de Torcy, CCAS de Torcy et service scolarité
- Secours Catholique de Noisiel,
- Arabesque,
- Collectif ROMEUROPE Val Maubuée,
- Service social en faveur des élèves,
- OMAC Torcy,
- Restos du Cœur,
- Secours populaire de Torcy,
- Bénévole cours linguistique,
- Pôle hébergement et réservation hôtelière (PHRH),
- Interprètes
- Bénévoles (médicaux et non médicaux)

18 partenaires ont participé au Comité de Pilotage en 2017. 76 partenaires sont tenus régulièrement informés des actions mises en place sur Mister Bed

Les ACTIONS de SANTE

Date et horaires	Action de santé	Résultats chiffrés	Structures support	Structures associées (social, santé)
28/03/2017 15h à 18	Information sur dossier personnel de l'utilisateur Accès à caf.fr	14	CAF Lognes	L'AViH
01/06/2017 15h à 19h	Vaccinations adultes et enfants	32	Service de vaccinations de l'hôpital de Jossigny	L'AViH, interprète, Romeurope
19/09/2017 15h à 19h	Dépistages IST	19	CeGIDD	L'AViH, interprète, Aides, Emergences, Romeurope
19/09/2017 15h à 19h	Sérologie vaccinations adultes	24	CeGIDD	L'AViH, interprète, Romeurope
28/09/2017 15h à 19h	Rendus des dépistages IST	23	CeGIDD	L'AViH, Romeurope
28/09/2017 15h à 19h	Vaccinations adultes et enfants	46	Service de vaccinations de l'hôpital de Jossigny	L'AViH, Romeurope
09/11/2017 15h à 19h	Vaccinations adultes et enfants	44	Service de vaccinations de l'hôpital de Jossigny	L'AViH, Romeurope
Total	8 actions sur l'hôtel en 5 jours	202 actes de santé	3 structures supports	4 structures associées+L'AViH+2 bénévoles

Les ACTIONS SCOLARITE/LOISIRS et PRESENCES SOCIALES

Dates et horaires	Action sociale	Résultats chiffrés	Structures support	Structures associées (social et santé)
28/03/2017	Présence sociale	10	L'AViH	CAF de Lognes
01/06/2017 15h à 19h	Présence sociale	10	L'AViH	Interprètes
11/09/2017 15h à 19h	Forum scolarité/loisirs/cours Linguistiques	280	L'AViH	BIJ de Torcy, CCAS de Torcy, Secours Catholique de Noisiel, Arabesque, Collectif ROMEUROPE Val Maubuée, service social en faveur des élèves, OMAC Torcy, Restos du Cœur, Secours populaire de Torcy, bénévole

				cours linguistique, pôle hébergement et réservation hôtelière (PHRH), Interprètes
19/09/2017 15h à 19h	Permanence sociale	10	L'AViH	Interprètes
28/09/2017 15h à 19h	Permanence sociale	10	L'AViH	
09/11/2017 15h à 19h	Permanence sociale	10	L'AViH	
Total	6 actions sur l'hôtel en 6 jours	330 participants	1 structure support	12 structures associées + 2 bénévoles

D'autres acteurs ont mis en place des actions auprès des résidents de Mister Bed. Le Samu Social de Paris, par sa mission « mieux vivre à l'hôtel », est intervenu tout au long du 1^{er} semestre, avec deux actions : théâtre « estime de soi » et un atelier photo.

Des interprètes en langue russe, roumaine et arabe étaient présents lors des actions en fonction du public majoritaires. Les familles sont informées des actions la semaine précédente par une information en porte à porte avec des flyers traduits en russe, roumain et arabe.

Présences sociales lors des actions collectives :

Lors de chaque action santé, une permanence sociale est assurée par la coordinatrice sociale du réseau.

Environ 10 familles sollicitent individuellement l'assistante sociale lors des actions collectives, donnant lieu selon la demande à des réorientations vers les structures supports ou à une prise de rendez-vous avec l'assistante sociale au réseau L'AViH pour une évaluation sociale.

Aspect scolaire lors des actions collectives :

La déléguée auprès du procureur (mission : éviter le décrochage scolaire des enfants au collège) a été présente régulièrement lors des actions collectives pour faire le point avec les familles.

Bilan qualitatif des actions collectives

Il avait été programmé, lors du comité de pilotage 2016, un certain nombre d'actions couvrant 3 domaines : le sanitaire, le social et le partenariat. La discussion lors du comité de pilotage 2017 a porté tant sur le bilan que sur les projets pour 2018.

Pour les actions à visée sanitaire

Une action à visée sanitaire initialement prévue n'a pas pu être réalisée (présentation et inscription au bilan de santé avec l'ANPS de Meaux). En raison de la vacance au poste de coordination prévention-formation de L'AVIH de juin à septembre 2017, il n'a pas été possible de trouver une date d'intervention en 2017 avec l'ANPS.

Concernant l'action réalisée par la CAF de Lognes sur l'information aux prestations familiales (et accès au compte CAF par internet), du fait de difficultés matérielles et organisationnelles le jour de l'action, celle-ci a évolué vers une permanence sociale individuelle.

Pour l'action de vaccination, il a été proposé aux personnes n'ayant pas connaissance de leur couverture vaccinale de réaliser une prise de sang sur site. En effet, de nombreuses personnes ne pouvaient être vaccinées sans avoir au préalable connaissance de leur statut vaccinal (il leur fallait alors se rendre à l'hôpital ou dans un laboratoire). L'action de dépistage des IST réalisée en amont a permis de proposer la réalisation de cette prise de sang afin de permettre lors de la séance de vaccination de la semaine suivante, la réalisation des injections nécessaires. Par ailleurs, l'absence de la PMI de Noisiel pour la vaccination des moins de 2 ans a été comblée par une présence renforcée du service de vaccinations de l'hôpital de Jossigny (2 médecins et 2 infirmières). La question de la vaccination des bébés et nourrissons reste problématique. En effet, 3 à 4 actions de vaccinations sont organisées sur l'année (majoritairement au 2nd semestre). Se pose la question de l'accès à la vaccination pour les nouveau-nés entre ces actions, parfois espacées de plusieurs mois. Mme Aubineau-Hernandez indique que la MDS n'est plus en capacité à ce jour de proposer des vaccinations aux enfants. Dès lors une question reste en suspens, comment organiser un accès à la vaccination pour ces enfants ?

Avec la stabilisation d'un certain nombre de familles depuis plusieurs années (6 ans pour certaines), nous avons remarqué que la majorité avaient leurs vaccinations à jour. A partir de 2016, et confirmé en 2017, le public bénéficiaire s'est ouvert à d'autres populations précaires du secteur géographique : les « familles hébergées chez » et fréquentant les associations caritatives, les Roms des bidonvilles, les personnes hébergées dans d'autres hôtels. La direction de l'hôtel ne s'est pas opposée à la présence de familles non hébergées à l'hôtel lors des actions à visée sanitaire. Il est décidé de maintenir cette ouverture en 2018, si la direction de l'hôtel ne s'y oppose pas et sous couvert du respect du règlement de sécurité de la résidence.

Pour les actions à visée sociale :

Quatre actions ont eu lieu, dont une de manière régulière sur une période de 3 mois : le théâtre « estime de soi », l'atelier photo, le forum scolarité/loisirs/cours linguistiques et la présence sociale. La présentation des services de l'OMAC (Office Municipal d'Animation de la Cité) à la résidence Mister Bed n'a pu se faire en 2017, en raison de problèmes de vandalisme sur un de leur site. Mme Pierson indique que certaines familles résidant à Mister Bed se rendent déjà dans les locaux de l'OMAC de Torcy. Ils proposent trois grands secteurs d'intervention : jeunesse, promotion de la réussite éducative scolaire et famille (Loisirs, aide aux devoirs et accès à internet).

Concernant les activités théâtre et atelier photos (réalisées par la mission « Mieux vivre à l'hôtel » du Samu Social de Paris), les enfants/adolescents ont montré un vif intérêt à ces activités. Les professionnels encadrants ont pu noter de réelles évolutions positives chez eux, tant dans les rapports aux autres que sur la notion de respect. L'action « atelier photos » a permis à un groupe de travailler, avec un appareil photo qui leur a été confié pour 3

mois, sur le thème de l'environnement. Ce travail a donné lieu à une exposition à la mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris, avec présence du groupe d'enfants/adolescents.

Concernant le forum scolarité/loisirs/Cours linguistiques, cela correspond à une réelle demande des familles. De nouveaux partenaires se sont associés : le service social en faveur des élèves de l'éducation nationale et l'OMAC. La pluralité et la complémentarité des partenaires présents sur place ont permis de proposer aux familles des réponses adaptées à leurs diverses problématiques et pour de nombreuses situations d'être solutionnées le jour même avec les partenaires. Certaines familles ont pu en complément être orientées vers d'autres acteurs du territoire (notamment pour les fournitures scolaires). La présence du service social en faveur des élèves lors de cette action a permis aux professionnels de l'éducation nationale de rencontrer les familles et dans une logique de prévention, d'identifier précocement les enfants nécessitant un soutien (Mme Trubert rappelle la difficulté qu'ont les professionnels de l'éducation nationale à rencontrer et à faire venir les parents dans l'école).

Lors du forum « scolarité loisirs », nous avons questionné les familles sur leurs besoins. Leurs principales demandes concernent :

1. Aides (Alimentaires, cantine, déplacements, assurances scolaires, fournitures scolaires)
2. Information sur les droits (RSA, logement, démarches administratives...)
3. Scolarisation et aides aux devoirs/accompagnement scolaire
4. Les loisirs (sorties, ateliers...)
5. Autres : problèmes Etat civil, recherches de solutions gardes enfants...

Monsieur Mercier rappelle que la direction de la résidence distribue à la demande du PHRH des chèques services aux familles (à hauteur de 0.50 centimes/jour/personne), a priori non utilisables à Torcy (pas de magasins acceptant ces chèques).

Concernant la présence sociale lors des actions à visée sanitaire, la MDS de Noisiel n'a pas pu assurer en 2017 cette permanence avec L'AVIH. Sylvie Jacot souligne l'intérêt pour les familles d'y associer d'autres partenaires. En effet, leurs demandes vont au-delà du soin et de l'accès aux droits de santé. Mme Aubineau-Hernandez rappelle qu'il est possible d'orienter les personnes ayant une domiciliation sur le territoire vers la MDS (avec présentation d'une pièce d'identité).

La problématique de la scolarisation et de la stabilisation des enfants est soulignée. Catherine Hubert du CCAS de Torcy rappelle l'implication de la Mairie. La municipalité a permis l'inscription des enfants à l'école et l'accès à la restauration scolaire (financement des frais de cantine pour les enfants résidents à Mister Bed par la municipalité en grande partie, ainsi que pour certaines activités de loisirs). Elle a par ailleurs obtenu le maintien de l'hébergement des familles sur une année scolaire (l'instabilité de l'hébergement qui existe pour certaines familles est parfois dû à l'agrandissement avec des naissances, impliquant un logement plus grand, ou à une orientation vers le droit commun). Concernant la domiciliation, Catherine Hubert rappelle que le CCAS ne fait pas de domiciliations. Michèle Valade du Secours Catholique de Noisiel indique qu'il n'est plus possible de leur orienter de nouvelles familles pour l'instant. En l'état, l'accès à de nouvelles domiciliations reste très problématique sur le territoire.

En conclusion

Les familles de Mister Bed sont majoritairement présentes sur cet hôtel depuis près de 6 ans. Malgré l'instabilité de l'hébergement (pouvant être remis en cause du jour au lendemain), force est de constater que ces familles sont intégrées sur le territoire et sont en demandes d'un accompagnement vers le droit commun, un accès aux loisirs, aux sports, rencontrer d'autres familles, échanger...

Dans le même temps, sont hébergées des familles nouvellement arrivées, qui déstabilisent les partenaires (tant les professionnels que les bénévoles des associations caritatives). Ceci nous demande d'ouvrir nos actions, au moins celles à visée sanitaire à ces populations, et de pouvoir assurer un accès aux droits fondamentaux en concertation avec l'ensemble des acteurs.

L'ensemble des partenaires présents partage un sentiment d'être démunis concernant l'accompagnement de ces familles, et notamment sur leurs droits (santé et social).

Globalement, ces constats sont partagés par les partenaires présents lors du Comité de Pilotage. Ce contexte nous invite, de fait, à réfléchir à de nouvelles modalités d'action pour 2018.

3. Bilan « autres hôtels – lieux d'hébergement »

Courant 2017, L'AVIH est intervenu sur 4 sites de mise à l'abri de migrants, suites aux évacuations successives des campements parisiens.

Juillet 2017 : Gymnases de Lognes et de Noisiel – Hébergements gérés par Empreintes

L'AVIH a été interpellée pour intervenir sur ces deux sites, par l'ARS DT 77 et l'Association Empreintes.

Les premières informations faisaient état de l'arrivée d'environ 200 migrants en provenance des campements parisiens. Les personnes ont été hébergées par l'association Empreintes, sur 2 gymnases : à Lognes et à Noisiel.

L'hébergement ne concernait que des hommes isolés pour une durée initiale de 15 jours. L'association Empreintes avait organisé la présence d'une infirmière sur chaque site. Pour la suite, une orientation vers une structure d'hébergement devait se faire où une évaluation sociale plus approfondie serait réalisée.

En concertation avec la délégation territoriale 77 de L'ARS et Empreintes, L'AVIH a décidé d'intervenir sur la base de veilles sanitaires hebdomadaires (3 sur chaque site) :

- Avec la présence d'un médecin pour examiner les personnes malades, orienter vers les lieux de soins quand c'était possible (avec prise de rendez-vous par L'AVIH), et dépannage minimal de médicaments,
- Ainsi qu'un temps administratif dédié à la centralisation des informations et au suivi des orientations (fiches de liaison prévues par le réseau).

La PASS Hospitalière de Jossigny a également été mise dans la boucle.

En parallèle, l'infirmière devait préparer en amont la liste des personnes à voir ainsi que leurs demandes.

L'AVIH a rencontré l'infirmière et lui a transmis les suivis en cours et les orientations effectués avec rendez-vous programmés ainsi que les adresses et contacts utiles du territoire.

Au cours des 6 veilles sanitaires, l'AVIH a réalisé 63 consultations.

Août 2017 : Gymnase de Torcy – Hébergement géré par La Rose des Vents

L'AVIH a été interpellé pour intervenir sur ce site, par l'Association La Rose des Vents. La délégation territoriale 77 de l'ARS a été informée de cette sollicitation.

Cet hébergement d'urgence dans un gymnase de Torcy fait suite à l'évacuation du campement de la Chapelle en août 2017.

En concertation avec La coordinatrice « accueil migrants » de La Rose des Vents, l'AVIH avait décidé d'intervenir deux fois dans le cadre d'une veille sanitaire. Suite à un changement organisationnel, finalement une seule action s'est tenue au cours de laquelle 16 personnes ont été vues par un médecin.

Octobre 2017 : Hôtel de Lagny-sur-Marne – Hébergement géré par La Rose des Vents

A nouveau, l'AVIH a été interpellée par l'Association La Rose des Vents – et soutenue par l'ARS DT 77 – afin d'intervenir auprès du public migrant.

L'hôtel « Comfort Hôtel » à Lagny-sur-Marne est un hébergement d'urgence, géré par La Rose des Vents, accueillant 115 personnes (hommes isolés) suite à l'évacuation du campement de la Chapelle au cours de l'été 2017.

L'AVIH, en concertation avec La Rose des Vents, avait décidé d'intervenir deux fois sur site, à 10 jours d'intervalle. Au préalable, une liste des personnes souhaitant rencontrer un médecin avait été réalisée par un personnel de La Rose des Vents.

Sur les deux veilles sanitaires, l'AVIH a réalisé 24 consultations.

Comme précédemment, une fiche de liaison était transmise à l'équipe de La Rose des Vents afin d'assurer le suivi des orientations (notamment les prescriptions médicales).

Cet hébergement d'urgence à Lagny-sur-Marne devant normalement se pérenniser sur l'année 2018, l'AVIH a proposé d'intervenir sur site – en collaboration avec le CEGIDD, afin de prévoir une action collective de dépistage des IST et vaccinations.

Au cours de l'année 2017, le réseau l'AVIH a réalisé 9 veilles sanitaires, soit 103 consultations. Il est à noter que l'ensemble des dépenses médicales (médicaments + 1 facture Labo) réalisées par l'AVIH dans le cadre des veilles sanitaires représente près de **8% de la subvention PASS Ambulatoire**.

4. Eclairage

La situation rencontrée par ces personnes (isolées ou familles) est la conséquence de la régionalisation de l'hébergement d'urgence. En effet ces personnes, auparavant hébergées à Paris, puis en petite couronne, atteignent maintenant la grande couronne. Sur son seul territoire et sans avoir exploré tous les lieux, L'AVIH a déjà compté plus de 1000 personnes hébergées dans ces conditions.

Cela pose différents problèmes, notamment liés au fait que les référents sociaux et les domiciliations administratives de ces personnes demeurent parisiens :

- Des déplacements longs et coûteux pour voir son référent social, mener ses démarches, récupérer son courrier,
- Des prises en charges éclatées entre différents départements d'Île-de-France, les personnes étant régulièrement changées de lieu d'hébergement. Ceci a un impact très négatif pour les prises en charges médicales qui sont régulièrement interrompues, ce qui est d'autant plus grave pour les personnes souffrant de pathologies chroniques,
- Un accès limité aux dispositifs et aux services du territoire d'accueil, du fait de la domiciliation hors département,
- Un épuisement des familles qui doivent se réadapter constamment à un nouvel environnement, des nouveaux transports, des nouveaux partenaires, des démarches sans cesse à recommencer...

Sur son territoire, le réseau travaille à mobiliser les partenaires locaux autour de la prise en charge de ces personnes et à faire le lien avec les référents parisiens. Mais la régionalisation de l'hébergement d'urgence ne s'étant pas accompagnée de la régionalisation de l'accompagnement social et médical de ces personnes, cela engendre de graves incohérences dont les familles sont les principales victimes.

Structures départementales et régionales intervenant dans les hôtels

Entre le début de nos actions (2009) et 2017, de nouveaux partenaires interviennent maintenant sur les hôtels :

- La Croix Rouge de Limeil Brévannes (suivi des familles sans référent social et hébergées dans un autre département que celui du 115 orienteur)
- Le BEEP (Bus Espace Enfant Parent) du Samu Social de Paris : Passage d'une équipe médico-sociale à visée de repérage et d'orientation qui certes passe pour le moment à une fréquence insuffisante (1 fois tous les 2 ans sur un lieu) mais permet ce repérage des familles dans des hôtels très isolés.
- EMASM (équipe mobile) & SAMIB (Suivi d'accompagnement des ménages issus des bidonvilles) de la Rose des Vents
- « Mieux vivre à l'hôtel » : programme du Samu Social de Paris proposant plusieurs actions pour améliorer les conditions de vie des personnes hébergé en hôtel « 115 » : Cloud Solidaire, Atelier artistiques pour les enfants et adolescents sur site...
- La Croix Rouge régionale pour les migrants mis à l'abri suite aux évacuations des campements parisiens
- La Ville de Paris pour l'hébergement des migrants issus des campements parisiens et repérés comme particulièrement vulnérables (femmes isolées, familles)

Il s'agit dans cette configuration de travailler avec ces partenaires de manière à apporter une offre complémentaire auprès de ces personnes, et non concurrentielle.

Devant la multiplication de ces dispositifs, il devient de plus en plus difficile pour les structures locales et pour les personnes hébergées de savoir qui relève de qui et qui peut prétendre à quelle prestation.

C. Bidonvilles

Des familles identifiées comme « roms », ressortissants roumains ou bulgares, vivent dans des abris de fortune (cabanes, véhicules, caravanes) et sont dans leur grande majorité exclues de tout droit, que ce soit en matière d'hébergement, de couverture maladie ou de séjour. Ces familles sont parfois en France depuis plusieurs années. Du fait des expulsions, les familles se réinstallent souvent sur des terrains de plus en plus difficiles d'accès et en petites unités de quelques baraques, comptant une cinquantaine de personnes maximum.

L'AVIH effectue, depuis juin 2012, un travail d'identification et de réponses adaptées aux besoins des familles vivant dans les bidonvilles.

Les objectifs des interventions du réseau l'AVIH sont :

- Le repérage des problèmes sanitaires auprès des migrants vivants en bidonvilles.
- L'orientation et l'accompagnement vers les structures de prévention et de soins du territoire.
- La médiation avec les partenaires.

Les premiers diagnostics pré-évacuation réalisés fin 2013 dans le cadre de la circulaire interministérielle du 29 août 2012 ont confirmé la vulnérabilité médicale particulière des personnes vivant sur ces terrains. L'AVIH – sollicité par la délégation territoriale 77 de L'ARS – a accepté d'être (sur son territoire) le facilitateur pour l'accès aux soins des personnes repérées par les diagnostiqueurs, rôle que l'association tenait déjà de fait. L'AVIH participe également au groupe de réflexion régional initié par l'ARS sur l'accès aux soins et la prise en charge sanitaires des populations vivant en bidonville.

Une plate-forme inter-associative, AIOS-IDF s'est créée fin 2014, dans le cadre de la mission nationale d'appui à la résorption des bidonvilles, mais elle n'est pas encore intervenue sur les terrains où L'AVIH mène ses actions. Plusieurs réflexions sont en cours au niveau régional, notamment entre le Préfet de région, les collectivités locales et les associations intervenant auprès des personnes vivant en bidonville, mais cela n'impacte pas, pour le moment, la politique menée en Seine et Marne.

En 2017, il a été comptabilisé entre 500 et 700 personnes, majoritairement des Roms de Roumanie, vivant sur ce territoire géographique.

La majorité était installée sur le Val Maubuée, principalement sur la commune de Champs sur Marne – avec des effectifs mouvants. D'autres familles sont dispersées sur les communes de Bussy Saint Georges (Roms roumains et bulgares), de Chelles, Noisiel, Lagny-sur-Marne, Saint Thibault des Vignes, Thorigny-sur-Marne.

L'année 2017 a été relativement calme en ce qui concerne les expulsions. Cependant, les personnes se sont installées dans des lieux de plus en plus reculés et difficiles d'accès, voire dangereux. L'aménagement minimal des terrains qu'on a pu constater les années précédentes (salle collective, rampes d'accès, escaliers, toilettes sèches, isolation des habitats...) ne s'est plus fait et a toujours un impact négatif sur la santé et la sécurité des personnes.

L'action envers les populations vivant dans les bidonvilles s'est déclinée sous plusieurs formes :

- Les permanences à visée socio-sanitaires dans les bidonvilles
- L'accompagnement physique
- Les réunions avec les partenaires

La découverte de cas de tuberculose a momentanément freiné les expulsions et a nécessité l'organisation d'un dépistage sur les bidonvilles, en partenariat avec le CLAT de l'hôpital de Jossigny et les associations locales de bénévoles.

Mise en œuvre 2017

Nous avons ciblé nos interventions en 2017 principalement sur les cinq à sept bidonvilles situés à Champs-sur-Marne, Noisiel et Lognes. Une tournée à visée d'évaluation et d'orientation socio-sanitaire se tient chaque semaine : la chargée de missions Bidonville se rend sur les terrains en compagnie de deux médecins bénévoles. A l'issue de cette tournée, un staff (dans les locaux de L'AVIH) permet d'évoquer les situations rencontrées en ambulatoire, notamment les plus complexes, et de programmer un accompagnement adapté.

En plus de cette tournée, la chargée de mission bidonville effectue des visites sur les terrains pour revoir certaines familles, rappeler les rendez-vous, accompagner vers les structures de prises en charge, etc.
La chargée de mission est désormais bien identifiée et de nombreux contacts avec les habitants se font par téléphone.

En 2017, L'AVIH a effectué 59 passages sur les bidonvilles, dont :

- 46 tournées en binôme (médecins / chargée de mission bidonville)
- 12 visites de la chargée de mission

832 personnes ont été vues lors de ces passages, soit quasiment deux fois plus qu'en 2016. Ce qui correspond à une file active de **284 personnes**.

113 personnes ont été vues une seule fois dans l'année et 171 ont été vues 2 fois ou plus.

Les problèmes recensés

L'AVIH est bien identifié comme acteur sanitaire puisque 93% des personnes rencontrées nous interpellent pour un problème de santé.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :

- 34% Dermato et parasitose
- 27% Hépatite / gastro
- 25% Pneumo et respiratoire (dont tuberculose)
- 19% gynéco (soins ou grossesses)
- 19% dentaires
- 7% ophtalmo
- 6% cardio / HTA

Concernant la prévention :

- 13% avaient une demande concernant les vaccinations
- 6% contraception
- 7% sur des dépistages

9 personnes vivent par ailleurs avec une pathologie lourde ou un handicap, dont :

- 1 VIH
- 1 VHB
- 3 Cancers
- 2 diabètes
- 2 personnes vivant avec un handicap lourd

Pour ces situations « lourdes » un hébergement en hôtel est recherché, mais pas toujours obtenu (du moins dans les conditions acceptées par les familles : trop éloigné des lieux de soins, pas de possibilité de cuisiner dans les chambres, pas de possibilité de loger tous les membres de la famille dans un même lieu...)

Il arrive donc que des situations très lourdes soient traitées en ambulatoire sur les bidonvilles.

Les obstacles aux soins et à l'accès aux soins sont multiples ; ainsi, au moment de la 1^{ère} rencontre :

- 97% des personnes n'ont pas de couverture maladie
- 83% n'ont pas de domiciliation ou d'adresse (étape essentielle pour entamer les démarches d'ouverture de droits)
- 50% ne maîtrisent pas suffisamment le français pour tenir une conversation simple

Les blocages se situent :

- A la domiciliation, peu de structures sont habilitées à domicilier. Un travail important et régulier avec le secours catholique a été mené tout au long de l'année. Depuis septembre 2017, le quota d'accueil à la domiciliation du secours catholique a été atteint : très peu de demandes d'Aide Médicale d'Etat ont pu être réalisées, faute de domiciliation.

- Aux démantèlements réguliers des bidonvilles, qui empêchent toute projection de stabilité dans un lieu et incitent aux comportements de survie et d'immédiateté, bien éloignés des exigences administratives pour accéder aux droits de soin.
- Aux preuves de 3 mois de séjour en France, alors que sollicitant peu les services, ils n'ont pas de documents écrits prouvant leur présence.
- Dans le cas de couples mariés, il est exigé que l'AME soit faite pour le couple, or régulièrement, seul un membre du couple estime important à ce moment-là de demander l'AME.
- Les personnes, sans couverture maladie, peuvent se présenter à la PASS hospitalière de l'hôpital de Jossigny pour leurs consultations ou hospitalisations, avec laquelle nous travaillons en partenariat.
- Une PASS ambulatoire, dont L'AVIH assure la coordination, existe pour les consultations en ville et l'accès à la pharmacie.

Durant les périodes d'expulsion / réinstallation, les personnes sont occupées soit à récupérer leurs affaires, soit à chercher un nouvel emplacement, les démarches de santé passent alors au second plan. Les nouveaux emplacements sont situés dans des endroits de plus en plus isolés, de plus en plus inaccessibles et constitués en plus petites unités.

Pour l'action menée par L'AVIH, cela a trois conséquences très directes :

- Il est plus difficile d'inciter les personnes à faire des démarches puisqu'en plus des obstacles rencontrés les années précédentes, il devient très difficile pour certains de sortir matériellement du terrain.
- Les tournées sont plus longues et il est plus difficile d'aller à la rencontre des personnes : il faut marcher beaucoup plus pour accéder aux nouveaux emplacements et les unités d'habitation sont plus petites. Ainsi la distance moyenne de marche à pied pour voir différents terrains en une matinée est en moyenne de 8 km par tournée.
- Pour l'année 2017, l'effectif sur les terrains est toujours de 500 à 700 personnes.

Accompagnement physique vers structures de soins par le réseau l'AVIH :

En 2017, la chargée de mission a réalisé 20 accompagnements vers des lieux de soins (soit 43 personnes), particulièrement l'accompagnement de certaines familles pour un dépistage au CLAT.

Ce chiffre, moins important que les années précédentes, s'explique par plusieurs facteurs :

- Certaines personnes sont maintenant sur le territoire depuis plusieurs années et ont gagné en autonomie
- Les accompagnements plus systématiques des années précédentes ont permis de sensibiliser certains partenaires qui ont acquis l'habitude de recevoir ce public
- L'AVIH a développé des outils visuels adaptés à ce public, pour lui permettre de se repérer : plans de bus illustrés avec des pictogrammes pour indiquer où trouver les partenaires réguliers.

Par ailleurs, la chargée de mission bidonville étant désormais bien repérée tant des partenaires que des habitants des bidonvilles, une bonne partie des échanges d'informations qui se faisaient « en direct » peuvent désormais passer par le téléphone.

Pour ce qui est de la prise en charge par les partenaires, L'AVIH - et plus particulièrement la chargée de mission bidonville - est bien identifiée par les partenaires. De plus en plus ont le réflexe de la contacter pour demander des informations, signaler une absence à un rendez-vous, informer des démarches...

Ainsi, en 2017 de nombreux partenaires de divers horizons (associatifs, hospitaliers, des MDS, professionnels de santé libéraux) sont intervenus dans la prise en charge des habitants des bidonvilles à un titre ou à un autre (contact téléphonique, rendez-vous, orientation de L'AVIH...)

Prévention

Accompagnement collectif vers la vaccination

Des séances de vaccinations sont toujours organisées de manière régulière à la résidence Mister Bed, auxquelles les personnes vivant en bidonvilles ont accès. La semaine précédant l'action, la chargée de mission bidonvilles informe les familles de la date de l'action et les accompagne à l'hôtel.

Ces séances étant sans rendez-vous, il a été plus facile de mobiliser adultes et enfants pour s'y rendre.

Dépistage des IST :

A l'occasion du dépistage des IST « hors les murs » organisé à la Maison pour Tous de Noisiel en octobre 2017, le collectif Romeurope du Val Maubuée a accompagné une dizaine de Roms pour se faire dépister. Cela a été facilité par le fait que le lieu est bien identifié par les publics des bidonvilles, dans la mesure où ce collectif y tient une permanence d'information hebdomadaire.

Réunions institutionnelles ou inter-associatives

En 2017, L'AVIH souhaitait travailler plus particulièrement autour de deux thèmes :

- La contraception et de l'IVG avec notamment le service de planification familiale,
- La tuberculose et les maladies pulmonaires, pour améliorer la compliance, une fois passé le dépistage avec le CLAT et le service de pneumologie de l'hôpital

Ce travail n'a pas pu être mis en œuvre sur 2017, en effet les professionnels concernés étaient soit absents, soit saturés et n'ont pu, malgré l'expression de leur bonne volonté, dégager un temps suffisant pour travailler sur ces thèmes.

Des améliorations d'accueil de ces publics à l'hôpital sont cependant à noter :

- Prises de rendez-vous plus faciles pour des personnes sans droits ouverts
- Identification de L'AVIH et plus particulièrement de la chargée de mission bidonville, comme référente pour les familles accompagnées : les services nous appellent, nous tiennent informés, s'inquiètent quand les familles ne se présentent pas aux rendez-vous, mais cela demeure tout de même majoritairement « personne-dépendant »

Il en a été de même pour les services de PMI (notamment pour celles du secteur de Noisiel, Lagny et Chelles), qui nous contactent régulièrement et sollicitent notre avis ou notre intervention, tout en sachant que ces services souffrent de manière chronique de carence de recrutement des postes médicaux et/ou paramédicaux. L'absence de médecins et de sage-femme à la MDS de Noisiel n'ont pas permis la prise en charge des femmes et des nourrissons.

Projections 2018

La situation extrêmement précaire de ces populations, les conditions de vie, la mauvaise maîtrise du français le rejet dont elles font l'objet et les blocages – plus ou moins volontaires – rencontrés dans l'accès aux soins et aux droits rendent toujours ces démarches extrêmement longues et chronophages.

Il est par ailleurs toujours nécessaire de comprendre les logiques d'organisation, de circulation de l'information au sein des camps, les stratégies de survie développées et des contraintes liées à un mode de vie précaire pour mener une action efficace vers ces personnes et tenter de sortir de la logique de recours aux soins « uniquement en situation d'urgence » de ces populations.

Dans la continuité de ces dernières années, nous ciblons, pour 2018 :

- Le maintien des actions d' « aller-vers », soit les tournées de repérage et d'orientation, une à deux fois par semaine, dont une avec un à deux médecins bénévoles, qui permettent d'identifier les principaux problèmes en matière de santé et d'accès aux soins et d'orienter vers les partenaires du territoire, et avec ponctuellement la présence du psychologue coordinateur.
- Les accompagnements et les orientations vers les lieux de soins, l'objectif étant d'aider les personnes à se repérer dans le tissu socio-sanitaire local et de permettre une meilleure acceptation de ce public via la

médiation.

- La sensibilisation des professionnels à la prise en charge de ces publics via des réunions de travail, des sensibilisations collectives et l'accompagnement des professionnels sur les lieux de vie des personnes

Les nouveaux projets que nous souhaitons pour 2018 :

- L'information et la sensibilisation des personnes sur les thématiques de santé sexuelle et reproductive, en partenariat avec le collectif Romeurope du Val Maubuée lors de leur permanence hebdomadaire.
- La création de nouveaux outils d'information adaptés à un public allophone.
- Le développement de la vaccination sur les lieux de vie, en relation avec la Croix-Rouge nationale (antenne Ile-de-France)
- Le développement du partenariat avec les services de maternité de l'hôpital de Jossigny pour rendre plus lisible le parcours de soins des femmes enceintes en situation de précarité.

Nous ciblons notre action, en priorité sur les bidonvilles installés sur le Val Maubuée.

Exemple de parcours usager – Monsieur V.

Nous rencontrons Monsieur V. en **2012** avec les bénévoles du collectif Romeurope, alertés par la population du bidonville devant l'état grabataire de Monsieur.

Il est âgé de 22 ans et vit seul avec sa mère. Monsieur présente un handicap total des membres inférieurs, et n'a ni béquilles, ni fauteuil et ne sort jamais de la baraque.

Le bénévole contacte alors l'APF pour récupérer un fauteuil roulant et voir avec eux la possibilité d'une évaluation médicale. Un rendez-vous avec le docteur G. de l'hôpital de Saint-Maurice est organisé.

Monsieur sera accompagné par un bénévole du collectif. Un premier traitement est instauré en décembre 2013 après plusieurs rendez-vous à l'hôpital de Saint Maurice et concertation avec l'hôpital de Garches.

C'est à cette période que le réseau L'AVIH est interpellé par le collectif : le suivi médical nécessitant la mise en place d'une couverture médicale. A partir de cette date, il sera vu régulièrement par le médecin bénévole lors des tournées hebdomadaires sur les bidonvilles.

Le réseau organisera également la coordination médicale avec l'hôpital de Saint-Maurice.

Une prise en charge kinésithérapique sera mise en place avec un praticien local qui, du fait du travail partenarial avec le Réseau, acceptera de différer la facturation des séances.

Les conditions d'habitation et d'accès particulièrement difficiles (circulation du fauteuil dans les bois) ainsi que l'éloignement du cabinet médical ont mis à mal la régularité des séances.

L'intervention de la chargée de missions a été nécessaire à plusieurs reprises.

Octobre 2015 :

Un rendez-vous a lieu à l'hôpital de Garches confirmant la nécessité de séances de kiné quotidiennes, suite à des injections pratiquées à l'hôpital. Un bénévole médecin du réseau proposera de les faire sur le bidonville.

Un dossier MDPH est alors constitué.

Février 2017 :

Le contact est repris avec l'hôpital de Saint-Maurice. Les conditions de vie en bidonville ainsi que leurs instabilités (menaces d'expulsions) n'ont pas permis un travail régulier avec l'hôpital.

Une intervention chirurgicale est prévue. Compte-tenu de la nécessité de préparer cette intervention et de prévoir le séjour en centre de rééducation post-opératoire (de plusieurs mois), un contact est pris avec le 115 pour envisager le plus rapidement possible un hébergement en hôtel à proximité de centre de rééducation.

A ce jour, Monsieur est en centre de rééducation, centre avec lequel nous organisons le suivi. Cela afin de faciliter la sortie du centre ainsi que la suite de la prise en charge qui sera nécessaire.

D'autre part, tout au long de ces années, afin d'éviter une rupture de couverture médicale, un important travail de partenariat a été réalisé avec le Secours Catholique de Noisiel pour les domiciliations. L'état de santé de Monsieur ne lui permettant pas toujours de se déplacer.

La précarité associée à une situation de handicap rend très difficile l'accès aux soins. Le travail de partenariat est alors essentiel pour mener à bien la prise en charge.

D. Autres actions de prévention

1. Auprès d'un public scolaire

Forum Santé – 27 février au 3 mars 2017

Collège René Goscinny à Vaires-Sur-Marne & Jean Jaurès à Brou Sur Chantereine

Le collège de Vaires-sur-Marne, en partenariat avec la Mairie de Vaires-sur-Marne (BIJ et service jeunesse) met en place depuis 2007, un forum santé à destination des 4èmes et 3èmes du collège du Vaires et depuis 2015 le collège de Brou sur Chantereine est associé à l'action.

Les structures socio-sanitaires intervenant sur les communes de Vaires ou Brou sont invitées à animer ce forum.

L'AVIH y participe depuis 2009. Pour des raisons d'organisation, nous assurons uniquement l'action en direction des classes de 3ème. Nous animons un stand autour du VIH et des hépatites. Les autres partenaires tenant des stands sont : Vie Libre et le SAJED sur les addictions, l'ADSEA sur l'estime de soi, la PMI PE de la MDS de Chelles sur la contraception, l'infirmière du collège sur la santé des jeunes.

Les élèves sont divisés en petits groupes de 7 à 10 élèves et passent dans chacun des stands sur une durée de 20 à 25 minutes. Le forum se déroule sur 4 matinées. Nous avons reçu 151 élèves des deux collèges sur les 3 demi-journées assurées par L'AVIH.

A l'issue du forum, les élèves reçoivent un petit sac à dos à l'effigie de la ville et comportant des plaquettes d'information sur les thèmes traités, un préservatif masculin, un stylo de la journée mondiale contre le Sida et des bouchons d'oreille. Depuis 2015, un répertoire d'adresses de lieux de santé accessibles aux jeunes est joint. Les parents d'élève sont informés préalablement lors de la remise du bulletin du premier trimestre, où leur présence au collège est obligatoire.

Un questionnaire d'évaluation des connaissances est complété par chaque élève 3 mois après l'action dans le cadre d'un cours de Sciences et Vie de la terre. L'analyse de ce questionnaire permet d'améliorer l'information pour l'année suivante.

L'ADSEA réalisant une vidéo de l'action, la projection se fait au collège au mois de juin de chaque année.

5 réunions de préparation entre les partenaires sont nécessaires pour organiser le forum.

Lycée Jean Moulin – Information IST-21 novembre 2017

Dans le cadre de l'action collective « dépistage des IST » à la Maison pour Tous de Noisiel, le réseau l'AVIH et la MPT de Noisiel ont souhaité renforcer la présence des partenaires au dépistage prévu le 1^{er} décembre 2017.

Pour le réseau l'AVIH, le médecin coordinateur et la coordinatrice des actions de prévention et de formation, ainsi que le coordinateur des actions de santé de la MPT ont organisé une séance d'information/sensibilisation auprès d'une trentaine d'étudiants du lycée Jean Moulin sur les IST et leurs dépistages.

2. Auprès d'un public migrant

Vaccinations COALLIA d'Ozoir- 23 février 2017

Dans le cadre de l'organisation du CeGIDD qui élargit les missions du CDAG à d'autres pans de la santé publique, il a été décidé de proposer quand cela était possible à la suite des dépistages IST sur un lieu (« dépistages hors les murs »), de proposer des vaccinations. La réunion de préparation de cette action s'est déroulée le 9 janvier 2017

à l'hôpital de Jossigny. Ainsi, sur Ozoir-la-Ferrière, un dépistage IST a eu lieu en février 2017, durant lequel un contrôle des anticorps des vaccinations (diphtérie, tétanos, polio, rougeole, rubéole) a été réalisé. C'est le CeGIDD de l'hôpital de Jossigny qui assure ces actes médicaux.

Le CeGIDD est revenu le 23 février pour rendre les résultats du dépistage IST et vacciner (DTP, ROR et hépatite B). 28 personnes ont été vaccinées le 23 février 2017. Certains ont eu des rappels à faire le 30 mars à Roissy (il était convenu qu'un professionnel du centre d'hébergement les y accompagne).

3. *Après d'un public vivant en bidonville*

Dépistage tuberculose- Champs sur Marne- 9 mai et 12 mai 2017

À la suite du diagnostic d'un cas de tuberculose, le CLAT de l'hôpital de Jossigny a sollicité L'AVIH afin d'organiser une action de dépistage. Une réunion de préparation a eu lieu le 21 avril 2017, avec le Dr Boitier, afin d'organiser les modalités du dépistage. Les échanges ont permis de convenir d'une action sur site, en 3 temps :

- Un temps d'information assuré par L'AVIH (Médiatrice santé et médecins bénévoles lors des tournées hebdomadaires) ;
- Un premier temps de dépistage : 88 consultations médicales réalisées et 45 IDR (pour les moins de 18 ans). Plusieurs professionnels ont été sollicités : deux médecins du CLAT, le médecin coordinateur de L'AVIH, un médecin généraliste libéral, un médecin généraliste bénévole de L'AVIH, une infirmière et une secrétaire du CLAT.
- Un second temps de dépistage, avec la mise à disposition par le CLAT de leur camion mobile de radiographie. 60 radiographies pulmonaires ont pu être réalisées et 30 lectures d'IDR (sur les 45 réalisés lors de la séance précédente).

A ces professionnels, se sont associés les autres salariés de L'AVIH, afin d'assurer l'accueil et le bon déroulement sur place du dépistage (orientation des personnes, gestions des flux...). De plus, un interprétariat professionnel en roumain a été présent à chaque temps, ce qui a permis d'assurer la bonne transmission et compréhension des informations.

À la suite de cette action, 13 personnes devaient être suivies et/ou traitées par le CLAT. Les premiers accompagnements physiques à l'hôpital ont été assurés par la médiatrice santé de L'AVIH.

Malgré l'implication des différents partenaires, l'accès aux soins de l'ensemble des personnes dépistées n'a pu être assuré (1 seule personne a bénéficié d'un traitement complet). En effet, l'expulsion des personnes vivants sur le site d'intervention en cours de prise en charge par le CLAT n'a pas permis d'assurer la continuité de leurs parcours.

4. *Après du grand public*

Journée de la femme – Marie de Torcy-8 mars 2017

En 2017, la mairie de la ville de Torcy a mis en place un temps d'information et de sensibilisation du grand public pour la journée internationale des droits des femmes, plus spécifiquement sur le thème du droit à la santé. L'AVIH a été sollicité comme partenaire de cette action, et a au cours de cette journée tenu un stand (avec présentation d'un outil de prévention sur l'accès aux soins) et animé un débat sur les inégalités de santé des femmes. 2 réunions préparatoires ont été organisées et 38 personnes sont venues assister au débat.

Forum Santé-Maison de la famille Emerainville- 10 mars 2017

A l'occasion de la semaine nationale du Rein qui s'est déroulée du 4 mars au 12 mars 2017, L'AVIH a participé à une action de prévention et de dépistage en partenariat avec la FNAIR, RENIF et le soutien de l'ARS. Il s'agissait de sensibiliser la population en proposant un questionnaire, une prise de tension, la réalisation d'une bandelette urinaire et d'une glycémie capillaire. En complémentarité de ces dépistages, des stands et des ateliers d'information étaient proposés tout au long de l'après-midi. 40 personnes ont été accueillies durant cette action, dont 15 ont pu bénéficier du dépistage des maladies rénales.

E. Dépistages des IST

Depuis 2006, le CDAG de l'hôpital de Lagny, installé à présent sur Jossigny, assure des dépistages des IST (VIH, Hépatites B et C, syphilis) « hors les murs ». Pour lui permettre d'assurer sa mission dans de bonnes conditions, des structures locales (associatives ou municipalités) assurent la logistique de ces dépistages – tractage, mobilisation des usagers, organisation pratique – Le dépistage se déroule dans un local adapté en présence de médecins, infirmières et éventuellement secrétaire du centre hospitalier. Le rendu des résultats se fait la semaine suivante, dans le même local, en présence du médecin hospitalier. Lors du rendu des résultats, le réseau L'AVIH peut être sollicité par l'hôpital pour un soutien à l'utilisateur lors de l'annonce d'un résultat positif. Le suivi médical étant assuré par le service infectieux de l'hôpital de Jossigny.

Pour certains d'entre eux, les partenaires organisent peu de temps avant une séance d'information sur les IST (stands, distribution de plaquettes, de préservatifs...) et d'annonce du dépistage à venir.

Mise en œuvre 2017

Réunions préparatoires aux dépistages :

- La réunion de bilan 2016 et programmation 2017 organisée par le CeGIDD s'est tenue le 9 janvier 2017.
- 2 réunions ont été organisées avec la Maison pour Tous de Noisiel pour la mise en place du dépistage.
- 1 réunion s'est faite avec la mairie de Chelles pour la mise en place du dépistage.

Pour tous les autres dépistages, les échanges se sont faits par courriers, téléphone et/ou mail car ce sont des lieux où le réseau L'AVIH participe chaque année.

En 2017, L'AVIH est intervenue sur 6 lieux de dépistage.

Tableau récapitulatif des dépistages 2017

Dates	Horaires	Lieux	Rendus	Horaires	Nb de dép	Nb de rendus/ Nb de cas positifs	Partenaires
10/02/17	15h30/ 19h30	Coallia Ozoir la Ferrière	17/02 /17	15h30/ 19h30	38	37 rendus/ 8 VHB/0 VHC/1 Syphilis	L'AVIH, Coallia,
10/03/17	15h30/ 19h30	Forum Santé Emerainville	17/03 /17	16h/19h	8	7 rendus/ 0 VHB/0 VHC/ 0 syphilis.	L'AVIH
21/03/17	15h30/ 19h30	COALLIA Roissy en Brie	28/03 /17	15h30/ 19h30	56	54 rendus/0 VHB/ 0 VHC/ 1 Syphilis	L'AVIH, COALLIA
19/09/17	14h30/ 19h30	Hôtel Mister Bed Torcy	28/09 /17	14h30/ 19h30	19	19 rendus/ 1 VHB/0 VHC/0 syphilis	L'AVIH, Emergences, Aides 77, Collectif Romeurope,

23/11/17	11h/19h	RER de Chelles	30/11 /17	14h/19h	101	79 rendus/ 0 VHB/0 VHV/0 Syphilis	AURORE (Cadence), ; Ville de Chelles, AIDES 77, IFSI de Neuilly, Emergences, L'AVIH
01/12/17	14h30/19h30	MPT de Noisiel	08/12 /17	14h30/19h30	35+5 TROD	20 rendus / 0 VHB/ 1 VHC/ 0 Syphilis	IFSI de Neuilly, Lycée Jehan de Chelles, Lycée Jean Moulin, Emergences, Collectif Romeurope, Aides 77, L'AVIH
Total	6 demi-journées	6 lieux	6 demi-journées		262	216 rendus/ 9 VHB, 1 VHC et 2 syphilis.	

Le dépistage à la Faculté de Champs-sur-Marne a été annulé pour l'année 2017 (présence de L'AVIH prévue à cette action).

En ce qui concerne la mobilisation du public, elle a été faite directement par les structures accueillantes, sauf pour l'hôtel Mister Bed à Torcy, pour lequel l'AVIH a assuré une information préalable en porte à porte. Sur COALLIA d'Ozoir-la-Ferrière, la présence d'une médiatrice a permis l'organisation et la mobilisation du public, sans que nous ayons à intervenir.

Pour compléter la présence des partenaires au dépistage à la Maison pour tous de Noisiel, L'AVIH et la MPT ont sollicité les étudiants de la filière sciences et technologies de la santé et du social du lycée Jean Moulin de Torcy et du lycée Jehan de Chelles, ainsi que des étudiants de l'IFSI de Neuilly Sur Marne. Une quinzaine d'étudiants ont apporté une aide à la mobilisation des publics le jour du dépistage.

Egalement, le collectif Romeurope du Val Maubuée a accompagné des populations Roms vivant en bidonvilles lors des dépistages à la MPT de Noisiel et à l'hôtel Mister Bed, c'est un lieu connu et fréquenté par ces populations.

V. La formation des professionnels

A. Les formations organisées par L'AVIH

« Nouveautés dans le dépistage du VIH et IST » – 15 juin 2017 – 9h30-12h – Maison des solidarités de Noisiel.
Intervenante : Docteur Svetlane DIMI, médecin coordinateur au réseau L'AVIH et médecin au CeGIDD de Versailles (78).

A la demande de l'expert technique médical de la direction du Conseil Départemental de Seine et Marne, le médecin coordinateur de L'AVIH a proposé une formation aux médecins de la PMI du 77. A partir d'un PowerPoint, le Dr DIMI a présenté les dernières mises à jour en matière de nouveautés sur le dépistage du VIH et des IST : TRODs VIH, Autotests, Traitement post exposition (TPE), Traitement préexposition (PREP) (17 participants).

L'intervention d'une heure a été suivie d'échanges avec les participants. Ce modèle de formations courtes (1 h d'intervention + débat) convient particulièrement aux professionnels de santé. Le PowerPoint a été transmis par mail aux présents et aux excusés qui en avaient fait la demande.

« Les IST encore et toujours » - 10 octobre 2017- 15h-17h - Maison des solidarités de Chelles.
Intervenante : Docteur Svetlane DIMI, médecin coordinateur au réseau L'AVIH et médecin au CeGIDD de Versailles (78).

A la demande du médecin chef de service de la Protection Maternelle et Infantile et de la petite enfance de la MDS de Chelles, le médecin coordinateur de L'AVIH a proposé une formation aux professionnels de santé (essentiellement infirmières scolaires, de lycée et de collège, médecins et auxiliaires de puéricultures de PMI du 77). A partir d'un PowerPoint, le Dr DIMI a présenté les dernières mises à jour en matière de nouveautés sur le dépistage des IST et leur traitement. L'intervention d'une heure trente a été suivie d'échanges avec les participants. Le PowerPoint a été transmis par mail aux présents et aux excusés qui en avaient fait la demande (10 participants).

« Accès aux soins et précarité, les points clés pour bien accompagner » - 24 novembre 2017- 9h-17h - Maison des solidarités de Chelles & 27 novembre 2017 - 14h-17h-Maison des solidarités de Noisiel.
Intervenante : Sylvie Jacot, Coordinatrice Sociale au réseau L'AVIH.

Suite aux demandes des partenaires, de la santé, du social ou de l'hébergement, Mme Jacot, coordinatrice sociale au réseau L'AVIH, est intervenue pour proposer une mise à jour des connaissances sur la réforme de la PUMa, l'accès aux soins des étrangers, les droits à la couverture maladie des européens et l'accès aux soins sans couverture maladie. Autour de situations rencontrées dans la pratique professionnelle, les participants ont pu échanger avec l'intervenant sur leurs difficultés et poser leurs questions. (Séance 1 : 17 participants, séance 2 : 25 participants).

« La personne diabétique en situation de précarité » - 12 décembre 2017- 13h-14h30-Aides 77 à Noisiel.
Intervenantes : Dr Christiane QUINIO, présidente du réseau Revesdiab et Dr Svetlane DIMI, médecin coordinateur au réseau L'AVIH.

Cette intervention visait à proposer une mise à jour des connaissances des professionnels médicaux concernant le diabète de type II et de réfléchir avec eux à ce qui pourraient permettre à l'utilisateur diabétique en situation de précarité de suivre les prescriptions et les recommandations médicales (16 participants).

B. Les formations co-organisées PSTI-L'AVIH

Les financements du FAMI intervenus en 2015 et 2016 ayant permis la création par l'association PSTI d'un « pôle asile mobile » dont la principale mission était de sensibiliser les différents acteurs de terrain, présents dans le Nord du département de la Seine et-Marne, et en contact avec des demandeurs d'asile, (non hébergés en CADA), aux problématiques spécifiques liées à ce public, n'ont malheureusement pas été reconduits EN 2017.

Néanmoins, une formation a été co-organisée par le PSTI et l'AVIH au courant de l'année 2017.

« Les mutilations sexuelles féminines » - 2 mai 2017- 14h-17h-Maison des solidarités de Chelles.
Intervenante : Isabelle GILLETTE-FAYE, sociologue et directrice générale fédération GAMS.

Cette demi-journée a permis de sensibiliser les professionnels et bénévoles du territoire du Nord Seine et Marne à la thématique des mutilations sexuelles féminines. En particulier, il s'agissait de présenter l'état des connaissances actuelles, en terme médical, sociologique, législatif et juridique (30 participants). Le PowerPoint a été transmis par mail aux présents et aux excusés qui en avaient fait la demande.

C. Rencontre des professionnels du territoire

En 2017, l'arrivée de Marion MOTTIER au poste de coordination prévention-formation à la mi-septembre 2017 a donné lieu à une étape de prises de contact et de rencontres avec les différents partenaires du réseau, tant institutionnels qu'associatifs. Cela visait notamment à faire ou à refaire la présentation du réseau, ses évolutions, et redéfinir si besoin les articulations existantes. Ces temps d'échange ont également été l'occasion de recenser les besoins en formation auprès de nos partenaires de proximité, et de discuter ensemble de projets de coopération pour 2018.

Au total en 2017, 17 structures ont été rencontrées :

- Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France (service social)
- Maison des Solidarités de Noisiel (Service PMI/PME)
- L'association Emergences (CAARUD)
- Apprentis d'Auteuil (accueil, formation et aide à l'insertion des jeunes en difficulté sociale)
- Coallia (association d'accueil médico-social, d'insertion et accompagnement social)
- Empreintes (association d'accueil, d'hébergement et de réadaptation sociale)
- Gospel (réseau de santé gérontologie, oncologie et soins palliatifs)
- Maison de santé pluriprofessionnelle de Torcy
- Réseau de néphrologie d'Ile-de-France
- La rose des vents (service de suivi et d'accompagnement des ménages issus des bidonvilles)
- Secours catholique Noisiel
- Secours populaire Torcy
- Service d'interprétariat (Gaznai interprétariat)
- Maison pour tous de Noisiel (pôle prévention santé)
- Collectif Rom Europe du Val Maubuée
- Adoma
- CADA Brou sur Chantereine

VI. Bilans et perspectives

L'évolution de notre public, déjà observée ces dernières années, se maintient en 2017. Le réseau accueille une part croissante de familles, dont un tiers est non francophone, et qui – en plus de présenter des pathologies plus variées sont dans des situations de précarité plus importantes.

L'origine de ce phénomène est à rechercher non seulement dans l'appauvrissement de personnes qui étaient déjà en état de vulnérabilité, mais également dans l'arrivée de nouvelles populations précaires (personnes hébergées en hôtels par le 115, personnes vivant en bidonvilles, publics migrants) sur le territoire de la Seine et Marne, repoussées progressivement du centre vers la périphérie de l'Île-de-France.

Ces nouvelles prises en charge sont plus complexes et demandent plus de temps à l'équipe de coordination et aux partenaires. Les besoins et les demandes de ces familles sont plus importants, elles vivent dans des situations de plus en plus instables (hébergements précaires, ressources précaires, statut administratif précaire...) et elles basculent plus rapidement et plus fréquemment dans l'urgence : rupture d'hébergement, rupture de soins, perte (ou absence) des ressources qui permettent d'assurer les besoins alimentaires et vestimentaires de base.

Pour les personnes qui ne maîtrisent pas le français, le réseau recourt de plus en plus à un service d'interprétariat, ce qui a aussi pour conséquence d'augmenter les temps de rendez-vous. Pour ces personnes, mener des démarches « à distance » (par téléphone ou par courrier) est bien évidemment impossible et toute démarche, que ce soit une évaluation, un conseil ou une orientation vers un partenaire doit se faire en face-à-face. On note aussi une augmentation conséquente de la file active, du nombre de nouveaux usagers, et du nombre d'accueils réalisés par l'équipe de coordination.

Plus que jamais, le travail en partenariat demeure primordial, d'autant que le réseau n'est pas une structure de prise en charge mais a pour vocation d'accompagner vers le droit commun. Ainsi les actions mises en place sur les hôtels 115 ou encore le travail mené autour des demandeurs d'Asile en partenariat avec le CADA Nord 77 sont-elles le fruit d'un travail pluri-partenarial, en réponse à des situations où un partenaire isolé se trouvera rapidement débordé. Les sources de financement étant en baisse généralisée, cela oblige chacun à utiliser la complémentarité et la mutualisation entre ses services et les autres dispositifs du territoire. L'AVIH a ainsi consolidé son partenariat avec la MSPU de Torcy, pour un meilleur accès aux soins des patients reçus en cabinet libéral.

Ce travail partenarial est présent dans les actions de prévention menées par le réseau : il ne s'agit pas de mener des actions isolées auprès des populations vulnérables mais bien de faire connaître et de provoquer une rencontre entre les dispositifs de droit commun et les populations les plus en marge pour faciliter leur prise en charge. Dans le même esprit, L'AVIH organise des rencontres / réunions de formations qui permettent à des acteurs issus de champs différents d'échanger sur les thématiques principales du réseau (accès aux soins, vulnérabilité, prise en charge de populations spécifiques...).

La population précaire en besoin de soins est en augmentation constante sur notre territoire. A moins de renforcer l'équipe, il ne sera pas possible pour L'AVIH de continuer à faire face à l'augmentation continue de son activité. La pérennisation de la PASS Ambulatoire annoncée par l'ARS IDF prendra effet en 2018. Ce dispositif a fait ses preuves de son efficacité pour l'accès aux soins des personnes les plus exclues. Notre défi sera de penser son extension à de nouveaux partenaires au moyen de financements plus conséquents (radiologie, suivi des grossesses, dentaire...).

Notons enfin, qu'en fin d'année 2017, l'ARS IDF, conjointement avec la plateforme CRF 94, ont organisé une campagne de vaccination Rougeole à destination du public Roms des bidonvilles, et cela jusqu'au premier trimestre 2018. Espérons que cette démarche de vaccination, dans laquelle nous apportons, du fait de notre expertise de terrain, un soutien majeur, puisse se penser sur du long terme et s'étendre à une plus grande échelle afin de respecter l'ensemble des recommandations vaccinales.

VII. Annexes

Annexe 1 : Procès-Verbal de l'Assemblée Générale du 05 avril 2017	78
Annexe 2 : PASS Ambulatoire : Mode d'emploi	81
Annexe 3 : Orientation PASS Ambulatoire	84

Annexe 1 : Procès-Verbal de l'Assemblée Générale Ordinaire du 5 avril 2017

Le mercredi 5 avril 2017 à 13h00, s'est tenue l'Assemblée Générale Ordinaire de L'AVIH, **Maison des Solidarités de Noisiel (MDS), Grande allée des Impressionnistes, à Noisiel (77186)**.

Ordre du jour de l'Assemblée Générale :

- 1) Approbation du procès-verbal de l'Assemblée Générale 2016 ;
- 2) Rapport moral de la Présidente ;
- 3) Rapport financier ;
- 4) Rapport d'activité 2016 ;
- 5) Approbation des comptes 2016 ;
- 6) Budget prévisionnel 2017 ;
- 7) Renouvellement par tiers du Conseil d'Administration ;
- 8) Questions diverses.

L'Assemblée est présidée par Marie-Hélène BOURG, Présidente du réseau.

Elle procède à la vérification de la feuille de présence :

20 personnes assistent à l'assemblée générale,

13 adhérents sont présents ou représentés.

L'Assemblée Générale peut valablement délibérer.

Première résolution

L'Assemblée Générale approuve le procès-verbal de L'AG 2016

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés

Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Deuxième résolution

Après avoir entendu la lecture du rapport moral de la Présidente, l'Assemblée Générale approuve le rapport moral pour l'exercice 2016.

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés

Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Troisième résolution

L'Assemblée générale, après avoir pris connaissance des comptes sociaux de l'exercice clos au 31 décembre 2016 du rapport financier et du rapport sur les comptes annuels du commissaire aux comptes, approuve les comptes sociaux dudit exercice, ainsi que toutes les opérations traduites dans les comptes ou mentionnées dans le rapport financier.

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés

Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Quatrième résolution

L'Assemblée générale, après avoir pris connaissance du rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, approuve les termes de ce rapport qui ne relate aucune convention spéciale.

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Cinquième résolution

L'Assemblée Générale décide d'affecter le bénéfice de 493.47 €-en « autres réserves »

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Sixième résolution

Après avoir entendu la présentation de la synthèse de l'activité 2016 par la directrice, l'Assemblée générale approuve le rapport d'activités

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Septième résolution

Vote pour l'approbation du Budget prévisionnel 2017

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Huitième résolution

L'Assemblée générale vote pour le renouvellement du Conseil d'Administration

Sont sortants :

- Gilles MACAIGNE
- Philippe SIMON
- Jean-Luc Weiler

Se présentent :

- Gilles MACAIGNE
- Philippe SIMON
- Jean-Luc WEILER
- Justine NAUDE

Gilles MACAIGNE

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Philippe SIMON

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Jean-Luc Weiler

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Justine Naudé

Voix POUR **13** Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

...

Voix POUR Unanimité des présents et représentés
Voix CONTRE **0** ABSENTION **0**

Plus personne ne prenant la parole, l'Assemblée Générale est levée à 15h00.

Annexe 2 : PASS Ambulatoire : Mode d'emploi

Qu'est-ce que la PASS AMBULATOIRE ?

C'est un dispositif expérimental financé par L'ARS Île de France pour permettre aux personnes vulnérables et exclues d'accéder gratuitement à une prise en charge médicale et un accompagnement social « en ville ».

Pour quel public ?

- Personnes sans couverture maladie
- Personnes en rupture ou en cours d'acquisition d'une couverture maladie
- Personnes avec une couverture maladie incomplète (pas de mutuelle) et ne pouvant pas acquitter la part complémentaire des soins

Que fait le réseau L'AVIH ?

Le réseau L'AVIH est porteur du projet d'expérimentation. A ce titre :

- Il pilote le projet
- Il coordonne les actions des différents professionnels autour de la prise en charge de la personne
- Il organise le parcours de la personne en lien avec les professionnels impliqués dans la prise en charge
- Il est garant de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux pour les actes effectués
- Il recueille les indicateurs, réalise l'évaluation et fait remonter les informations pertinentes à la tutelle (L'ARS Île-de-France)

Quels engagements de la part des professionnels ?

En acceptant de participer à cette expérimentation, les partenaires s'engagent :

- A transmettre à L'AVIH les informations nécessaires pour le suivi des dossiers
- A facturer leurs actes sur la base du secteur 1 de la sécurité sociale (pour les professionnels de Santé libéraux)
- A signer la charte de L'AVIH

Caractéristiques du public précaire

Le public précaire ne présente pas de caractéristiques particulières en matière de comportement ni en matière de pathologie.

Néanmoins, les conditions de vie précaires, la non-maîtrise (parfois) de la langue française, l'arrivée parfois récente sur le territoire peuvent venir compliquer une prise en charge :

- Parce qu'en situation de précarité les personnes vont adopter des logiques de survie et privilégier parfois des démarches « utilitaires » (recherche de nourriture, d'hébergement, de vêtements...) à une démarche de soins. Dans ces cas-là, il n'est pas rare d'avoir des sollicitations dans l'urgence auxquelles les personnes attendent des réponses immédiates
- Pour les personnes ne maîtrisant pas le français, il peut être nécessaire de faire appel à un interprète par téléphone pour s'assurer de la bonne compréhension des personnes (l'interprétariat familial ou amical n'étant pas toujours possible ni même souhaitable)
- Parce que les déplacements peuvent être compliqués : problème de compréhension, problème de repérage dans l'environnement, problème de coût des transports...

L'accueil de ce public nécessite de prendre en compte tous ces critères et de prévoir éventuellement un temps plus long.

Mise en œuvre pratique

Je veux orienter une personne vers la PASS Ambulatoire

1/ Je contacte le réseau pour organiser la prise de rendez-vous

2/ Je complète le plus précisément possible la « Feuille d'orientation PASS Ambulatoire » (première page du « Carnet de soins Ambulatoire ») et je la faxe au réseau. Si j'ai des Carnets de soins, j'en remets 1 au patient.

3/ J'organise l'évaluation sociale de la personne, 2 cas de figure :

- Je suis le référent social de la personne : je suis en charge des démarches d'ouverture de droits à la protection sociale et je tiens informé le réseau de l'obtention (ou non) d'une couverture maladie de la personne (envoi de la copie de la carte d'AME ou de l'attestation de droits au moment de l'obtention)
- La personne n'a pas de référent social ou je ne suis pas son référent :
 - o J'oriente la personne vers son référent
 - o J'oriente la personne vers L'AVIH (prise de rendez-vous)

MEDECINS

Je suis un médecin qui reçoit / va recevoir un patient dans le cadre de la PASS Ambulatoire

J'ai rencontré le réseau L'AVIH et j'ai accepté de participer à l'expérimentation. Je me suis entendu avec le réseau sur les modalités de prise de rendez-vous et sur le nombre de consultations que j'acceptais de prendre par semaine dans le cadre de la PASS.

1/ Le réseau m'appelle pour prendre rendez-vous (via mon secrétariat ou directement selon ce qui a été convenu)

2/ Je reçois la personne en consultation : je complète le « carnet de soins ambulatoire ».

J'utilise l'ordonnancier (tripliqué) de la PASS Ambulatoire sur lequel j'inscris mon nom et mon numéro d'ordre (et/ou tampon sur les 3 pages).

Si j'ai besoin d'utiliser l'interprétariat par téléphone : j'utilise le numéro de téléphone et le code que le réseau m'aura transmis et je coche la case « interprétariat utilisé » sur l'ordonnancier.

3/ A l'issue de la consultation :

- Je dois prescrire des médicaments : j'utilise l'ordonnancier et je donne à la personne la liste des pharmacies où elle peut récupérer son traitement (pharmacies ayant accepté de participer à l'expérimentation). Je coche sur l'ordonnancier pour le pharmacien la case correspondant à la couverture maladie (« Non » ou « en cours »)
- Je dois prescrire des examens et/ou orienter vers un spécialiste. J'utilise l'ordonnancier **et** je remplis un certificat de soins urgents. Je réoriente le patient vers L'AVIH pour la prise de rendez-vous.

4/ Je tiens informé le réseau L'AVIH (par fax, mail, téléphone...)

- o Si le patient n'est pas venu au rendez-vous
- o S'il y a des suites à donner à cette consultation (nouveau rendez-vous, orientations à faire...)

5/ Pour le règlement : J'envoie à L'AVIH les feuilles de soins et le triple de l'ordonnance

Le réseau sépare alors 2 cas de figure :

- Les soins pourront être pris en charge par la couverture maladie : le réseau met la feuille de soins en attente de la preuve de la couverture maladie puis envoie le tout à la CPAM.
- Les soins ne pourront pas être pris en charge par la couverture maladie : le réseau règle mensuellement le professionnel.

! Au-delà de 3 mois, si le réseau n'a pas pu récupérer la preuve de la couverture maladie, il règlera de toute façon les actes au professionnel !

PHARMACIENS

Je suis un pharmacien qui a accepté de participer à la PASS Ambulatoire

1/ Un patient se présente avec une ordonnance « PASS Ambulatoire », je lui délivre le traitement

Si j'ai besoin d'utiliser l'interprétariat par téléphone : j'utilise le numéro de téléphone et le code que le réseau m'aura transmis et je coche la case « interprétariat utilisé » sur l'ordonnancier.

2 / Pour le règlement :

Préciser « sur l'ordonnancier + préciser la couverture maladie

- Si la case « non » est cochée : je renvoie ma feuille de soins + le double de l'ordonnance au réseau
- Si la case « en cours » est cochée : je suspends la facturation en attendant l'obtention de la couverture maladie
- Tous les mois, le réseau me contacte pour faire un point sur les factures en attente et/ou me transmettre la copie de la preuve de la couverture maladie

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Je suis un infirmier, kinésithérapeute... qui reçoit un patient dans le cadre de la PASS Ambulatoire

J'ai rencontré le réseau L'AVIH et j'ai accepté de participer à l'expérimentation. Je me suis entendu avec le réseau sur les modalités de prise de rendez-vous et sur le nombre de consultations que j'acceptais de prendre par semaine dans le cadre de la PASS.

1/ Le réseau m'appelle pour prendre rendez-vous

2/ Le patient se présente avec une ordonnance « PASS Ambulatoire », avec la prescription du médecin

3/ Je reçois la personne en consultation

Si j'ai besoin d'utiliser l'interprétariat par téléphone : j'utilise le numéro de téléphone et le code que le réseau m'aura transmis et je coche la case « interprétariat utilisé » sur l'ordonnancier.

4/ Je tiens informé le réseau L'AVIH

- Si le patient n'est pas venu au rendez-vous
- S'il y a des suites à donner à cette consultation (nouveau rendez-vous, orientations à faire...)

5/ Pour le règlement : J'envoie à L'AVIH les feuilles de soins et le double de l'ordonnance

Le réseau sépare alors 2 cas de figure :

- Les soins pourront être pris en charge par la couverture maladie : le réseau met la feuille de soins en attente de la preuve de la couverture maladie puis envoie le tout à la CPAM.
- Les soins ne pourront pas être pris en charge par la couverture maladie : le réseau règle mensuellement le professionnel.

! Au-delà de 3 mois, si le réseau n'a pas pu récupérer la preuve de la couverture maladie, il règlera de toute façon les actes au professionnel !

